



Hospital de Alta Complejidad
CUENCA ALTA SAMIC

**HOSPITAL CUENCA ALTA
NESTOR KIRCHNER SAMIC**

Ruta Provincial Nº 6, cruce con la Ruta 205, Cañuelas,
Provincia de Buenos Aires;
C.U.I.T.: 30-71508015-6 IVA: Exento
compras@hospitalcuencaalta.org.ar

Página : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

Número **112** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Complementos Alimentarios Enterales para ser destinados al Hospital Del Bicentenario Esteban Echeverría, pcia. De Buenos Aires.

Pedido de Provisión: **120-2020** Fecha **07/07/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta LUNES 03 DE AGOSTO DE 2020 a las 12:00 hs. vía correo electrónico a compras@hospitalcuencaalta.org.ar

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos a Usted cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El **precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA**, revistiendo el "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC, el carácter de Exento.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS ENTERALES					
1	<p>FORMULA ENTERAL LIQUIDA, ISOTONICA, CON BAJO CONTENIDO EN RESIDUOS.</p> <p>REFERENCIA: LISTO PARA USAR. (TIPO OSMOLITE HN, NUTRISON STANDARD, FRESUBIN ORIGINAL O SIMILAR). COMPOSICION NUTRICIONAL X LITRO: VCT 1000-1200 KCAL, HIDRATOS DE CARBONO 130-150 GR (CON MALTODEXTRINA, LIBRE DE LACTOSA Y SACAROSA. PROTEINAS 40-50 GRAMOS, GRASAS 30-40 GRAMOS (TCM, ACIDOS GRASOS DE CADENA LARGA). CON APORTE DE VITAMINAS Y MINERALES. ROTULADO SEGUN LEGISLACION VIGENTE. EN CASO DE COTIZAR OSMOLITE HN DEBRA INCLUIR ADAPTADOR CORRESPONDIENTE.</p>	420 LITROS			
2	<p>FORMULA ENTERAL, SEMIELEMENTAL, LIQUIDA, HIPOCALORICA, NUTRICIONALMENTE COMPLET, CON PROTEINAS PARCIALMENTE HIDROLIZADAS.</p> <p>REFERENCIA: (TIPO ALTERNA, SURVIMED EASY BAG O SIMILAR). COMPOSICION POR LITRO: VCT NO MENOR A 1.300 KCAL. HIDRATOS DE CARBONO: 180GR (CON MALTODEXTRINA, LIBRE DE LACTOSA Y SACAROSA) PROTEINAS 60-70 GRAMOS. GRASAS 30-40 (TCM Y ACIDOS GRASOS DE CADENA LARGA), CON APORTE DE VITAMINAS Y MINERALES. ROTULADO SEGUN LEGISLACION VIGENTE. EN CASO DE COTIZAR MARCA ALTERNA DEBERA</p>	42 LITROS			

	INCLUIR ADAPTADOR CORRESPONDIENTE.				
3	FORMULA ENTERAL, LIQUIDA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA DE ALTA DENSIDAD CALORICA Y PROTEICA, CON MEZCLA DE HIDRATOS DE CARBONO DE BAJO INDICE GLUCEMICO. REFERENCIA: DENSIDAD ENERGETICA 1,5 KCAL/LITRO.(TIPO GLUCERNA 1,5 O SIMILAR). ROTULADO SEGÚN LEGISLACION VIGENTE. EN CASO DE COTIZAR MARCA GLUCERNA 1,5 DEBERA INCLUIR ADPATADOR CORREPSONDIENTE	210 LITROS			
4	SUPLEMENTO DE ALTA DENSIDAD CALORICA, LISTA PARA USAR. REFERENCIA: DENSIDAD CALORICA APROX. 2 KCAL/ML. LIBRE DE LACTOSA (TIPO FRESUBIN 2 KCAL, FORTISIP COMPACT O SIMILAR. ROTULADO SEGÚN LEGISLACION VIGENTE.	30 LITROS			
5	SUPLEMENTO CALORICO LIQUIDO, HIPERCALORICO. REFERENCIA: NUTRICIONALMENTE COMPLETO, CON MEZCLA DE HIDRATOS DE CARBONO, CON BAJO INDICE GLUCEMICO. DENSIDAD ENERGETICA 1,5 KCAL/ML. (TIPO DIBEN DRINK O SIMILAR). ROTULADO SEGÚN LEGISLACION VIGENTE.	15 LITROS			
6	ALMIDON DE MAIZ MODIFICADO INSTANTANEO PARA ESPESAR ALIMENTOS Y BEBIDAS. REFERENCIA: LIBRE DE LACTOSA Y GLUTEN. SBOR NEUTRO. PRESENTACION ENVASE X 300-330 GR. (TIPO ESPESAN O SIMILAR). ROTULADO SEGÚN LEGISLACION VIGENTE.	2 UNIDADES			
7	FORMULA EN POLVO EXENTA DE LACTOSA. REFERENCIA: PRESENTACION ENVASE X 800 GR (TIPO NAN SIN LACTOSA). ROTULADO SEGÚN LEGISLACION VIGENTE.	1 UNIDAD			
TOTAL					

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Contratación Directa 112/2020.

Aceptación de Condiciones: La presentación de ofertas implica el conocimiento y aceptación del Pliego de Bases y Condiciones Generales con el sometimiento a todas sus disposiciones, así como también a las del Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar via correo electrónico la siguiente documentación:

- a) **PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO** en formulario Enviado a tal fin. *Se Podrá acompañar además propuesta económica en hoja membretada. EL Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante*

societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada, debiendo el mismo resultar coincidente con el acreditado en la constancia de proveedor que se solicita en el Punto 9-c).

b) **Garantía de la Oferta en Formato PDF** de conformidad a lo establecido en el punto 10) del presente Pliego. La misma deberá encontrarse disponible en formato original y en caso de resultar requerida por parte del HCAS deberá ser presentada en un plazo de 48 hs. La no presentación en términos del eventual requerimiento resultara causal de desestimación de oferta.

c) **Credencial de proveedor del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.**

d) **Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires;**

La falta de presentación de la documentación enumerada en el presente Artículo, será inexcusable y podrá resultar causal de desestimación de la oferta por su apartamiento a los términos de la contratación.

MUESTRAS

En caso de necesidad, la Institución podrá solicitar muestras de los insumos a cotizarse.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. ENTREGA.

La Entrega deberá resultar de 70% de total adjudicado con anterioridad a los 5 (cinco) días de recibida la Orden de Compras y saldo restante del 30% adjudicado a requerimiento **con disponibilidad Inmediata dentro de los 60 días de recibida la Orden de Compra.**

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA

La entrega de los insumos procederá en la **Sede del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría, sito en San Martín 504, Esteban Echeverría, Pcia.de Buenos Aires.**

PENALIDADES. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:

Por NO EFECTUAR LA ENTREGA en los plazos convenidos, cualquiera fuera la causa, se establecerá la penalización del UNO POR CIENTO (1%) de la facturación total por cada día de demora en termino a los renglones no entregados. En caso de una demora de más de 10 Días conforme el plazo establecido, la sanción será la inmediata rescisión del contrato.

EL PAGO SE EFECTUARÁ DESDE ESTE HOSPITAL DE CUENCA ALTA NESTOR KICHNER SAMIC con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES-

NOTA: EL presente Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes a tal fin en carácter de declaración jurada.

FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO	
CARGO	
Nº D.N.I.	
LUGAR Y FECHA	