



**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
www.hospitalcuencaalta.org.ar

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

Número **172** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ : Adquisición de Insumos y Varios para ser destinados al Servicio de Hemoterapia del Hospital del Bicentenario Esteban Echeverría.

Pedido de Provisión: 190-2020 Fecha 16/09/2020

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el JUEVES 05 DE NOVIEMBRE 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.

ARTICULOS DE INSUMOS Y VARIOS SERVICIO DE HEMOTERAPIA HOSPITAL BICENTENARIO ESTEBAN ECHEVERRIA

RG	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	GUIA P/ TRANSFUSION , VOLUMEN NSFUSION DE HEMOCOMPONENTES C/ AGUJA Y DOS CAMARAS (UNA CON FILTRO - OTRA CON GOTEO)	450		
2	BOLSA P/ TRANSFERENCIA DE HEMOCOMPONENTES PLASTICA HASTA 500CC	90		
3	SOLUCION DE LISS MODIFICADA P/ PREPARAR SUSPENSION DE HEMATIES REACTIVO LIQUIDO P/ TECNICA EN GEL X ML	30		
4	SUERO HEMOTIPIFICADOR ANTI-C (CHICA)- Monoclonal REACTIVO LIQUIDO X ML	9		
5	SUERO HEMOTIPIFICADOR ANTI-C - Monoclonal REACTIVO LIQUIDO ML	9		
6	SUERO HEMOTIPIFICADOR ANTI-E(chiac) ANTI E (CHICA)- Monoclonal X ML	9		
7	SUERO HEMOTIPIFICADOR ANTI E - Monoclonal REACTIVO LIQUIDO ML	9		
8	SUERO HEMOTIPIFICADOR ANTI-CDE policlonal REACTIVO LIQUIDO X ML	9		
9	SUERO HEMOTIPIFICADOR ANTI-KELL REACTIVO LIQUIDO ML	3		
10	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI-A - Monoclonal REACTIVO LIQUIDO ML	60		
11	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI -B - Monoclonal REACTIVO LIQUIDO ML	60		
12	SUERO HEMOTIPIFICADOR ANTI -D . Policlonal REACTIVO X	60		

	ML			
13	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI-AB .Monoclonal REACTIVO LIQUIDO X ML	60		
14	CAJA DE 2 VIALES DECELULAS I Y II 2 X10 ML	3		
15	HEMATIES REACTIVOS PARADETERMINACION DE GRUPO SERICO A1B .2 X 10ML	3		
16	SUERO DE COOMBS POLIESPECIFICO X ML	60		
17	ANTICOAGULANTE W. SOLUCION ANTICOAGULANTE DEEDTA . Frasco X 50 ML	30		
18	TUBO DE KHAN PLASTICO	3000		
19	TUBOSDESCARTABLES (PS) CONTENIENDO GRÀNULOS ACELERADORES DE LA COAGULACION 13 X 100MM , CON TAPA DE GOMA , TIPO VITIS	3000		
20	TUBO CON EDTA K3 PARA HEMOGRAMA DESCARTABLES DE ALTA TRANSPARENCIA DE 13 X 75 MM , CON TAPA TROQUELADA	3000		
21	PIPETADE PLASTICO DESCARTABLE TIPO PASTEUR DE 3 ML	7500		
22	DETERGENTE ALCALINO O NO IONICO 5 LTS	3		
23	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS P/ IDENTIFICACION DE TUBOS Y BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES	750		
24	TUBO DE KHAN VIDRIO 7,5 X 10 ML DE DIAMETRO	7500		
25	TUBO DE HEMOLISIS 12X1 VIDRIO UNIDAD	7500		
26	PUNTAS IDPARA PIPETOR(TIPS)	1500		
27	TAPON DE GOMA P/ TUBO KAHN	300		
28	TERMOMETRO DE ALCOHOL -40 A + 50°C	2		
29	PINZA KOCHER .RECTA	6		
30	TIJERA PARA CIRUJIA RECTA .PUNTA CURVA	4		

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

Además, la presentación de Oferta implicara la **DECLARACIÓN POR PARTE DEL OFERENTE QUE EL MISMO NO HA SIDO DEMANDADO POR LA NACIÓN Y/O LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O SUS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS POR CAUSAS FISCALES O CONTRACTUALES**, y de **QUE LA FIRMA NO UTILIZA NI UTILIZARÁ MANO DE OBRA INFANTIL** EN ninguno de los segmentos de sus procesos de conformidad con las normas legales vigentes.

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

documentación:

- a) EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,*
- b) CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.
- c) CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA

La entrega de los insumos procederá de **MANERA INMEDIATA** en la **Sede del Hospital del Bicentenario 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	