



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](mailto:compras@hospitalcuencaalta.org.ar)

Página : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**

Número **091** Año **2020**

Ejercicio 2020

*Ref./ Adquisición de Productos Médicos Descartables de Alto Costo para el Servicio de Farmacia de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC*

Pedido de Provisión: **097-2020** Fecha **01/06/2020**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIÉRCOLES 17 DE JUNIO DE 2020 a las 12:00 hs. vía correo electrónico a [compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto: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
<b>ELEMENTOS DEL APARATO RESPIRATORIO</b>					
1	CIRCUITO RESPIRATORIO DE RAMA ÚNICA, PARA LACTANTES CON VÁLVULA DE ALIVIO DE PRESIÓN PARA USAR EN CANULAS NASALES DE ALTO FLUJO PARA NEONATOS Y PEDIÁTRICOS. CALEFACCIONADO Y CON CALENTADOR	20			
2	CIRCUITO RESPIRATORIO PARA ADULTO DE DOBLE RAMAL CON COLECTOR DE AGUA ESPIRATORIA Y LÍNEA DE PRESIÓN, CALEFACCIONADO	10			
3	CIRCUITO RESPIRATORIO PARA LACTANTES DE DOBLE RAMAL, CALEFACCIONADO. CON UN SISTEMA QUE PERMITE QUE NO CONDENSE AGUA EN LA RAMA ESPIRATORIA O EN EL VENTILADOR, PERO DEJANDO EL CIRCUITO CERRADO SIN LA NECESIDAD DE INTERVENIR. CONTARÁ CON UN CALENTADOR	30			
4	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO ADULTO CON SISTEMA DE FIJACIÓN Y AJUSTE DE VELCRO, DE TAMAÑO MEDIUM. COMPATIBLE CON EL RENGLÓN 2	8			
5	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO INFANTIL CON SISTEMA DE FIJACIÓN Y AJUSTE DE VELCRO, PARA PACIENTES CON UN PESO DE ENTRE 3 Y 15 KG. COMPATIBLE CON EL RENGLÓN 1	3			
6	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO NEONATAL CON SISTEMA DE FIJACIÓN Y AJUSTE DE VELCRO, PARA PACIENTES CON UN PESO DE ENTRE 1 Y 8 KG. COMPATIBLE CON EL RENGLÓN 1	10			
7	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO PREMATURO CON SISTEMA DE FIJACIÓN Y	10			

	AJUSTE DE VELCRO, PARA PACIENTES CON UN PESO MENOR A 2 KG. COMPATIBLE CON EL RENGLÓN 1				
8	SISTEMA CPAP A BURBUJA CALEFACCIONADO LISTO PARA USAR	10			
9	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 10FR	2			
10	CIRCUITO CORRUGADO PARA RESPIRADOR PEDIÁTRICO SIN TRAMPA DE AGUA	10			
11	FILTRO BACTERIAL/ VIRAL PEDIATRICO	50			
12	FILTRO BACTERIAL/ VIRAL PEDIATRICO CON INTERCAMBIADOR DE CALOR Y HUMEDAD( HME)	50			
13	MASCARA LARINGEA DESCARTABLE FASTRACH Nº3	3			
14	MASCARA LARINGEA DESCARTABLE FASTRACH Nº4	3			
15	MASCARA LARINGEA DESCARTABLE FASTRACH Nº5	3			
16	CANULA NASOFARINGEA ROBERTAZZI Nº28	5			
17	CANULA NASOFARINGEA ROBERTAZZI Nº30	5			
18	CANULA NASOFARINGEA ROBERTAZZI Nº32	5			
19	SET DE CRICOTOMIA 4 MM	1			
<b>ELEMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CENTRO QUIRÚRGICO Y HEMATOLOGÍA</b>					
20	GUIA/ VARA DE EISCHMANN	20			
<b>ELEMENTOS PARA USO DIAGNOSTICO</b>					
21	PAPEL TERMICO PARA MONITOR FETAL STANDARD 152X90 MM 150 PP. UNIDAD: UNA RESMA	130			
<b>ELEMENTOS PARA EL APARATO CARDIOVASCULAR</b>					
22	TRANSDUCTOR DE PRESION. Observaciones: compatible con cable intermedio de presión conector BD existente en el hospital	25			
<b>TOTAL</b>					

**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](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones)

**Los proveedores cotizantes, deberán enviar via correo electrónico la siguiente documentación:**

- a) **PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO.** 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 encontrarse acreditado al efecto en la credencial a requerirse conforme Punto c) del presente.

- 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, 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;

**PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN.** Entrega a requerimiento con disponibilidad Inmediata.

**LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA.** La entrega de los insumos procederá en la Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires .

**CONDICION DE PAGO** El pago se efectuará 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 EXCECIONALES-EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES**

**ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES**

**1) PRODUCTOS MEDICOS ENVASE** En el caso de los productos médicos, Es imprescindible el envase original. No se aceptará aquella mercadería que no conserve debidamente el aspecto e integridad de los embalajes y se verificará especialmente el estado de aquellos productos que requieran condiciones especiales de almacenamiento.

**2) FECHAS DE VENCIMIENTO INSUMOS A COTIZARSE**

**En la totalidad de los productos a cotizarse, la fecha de vencimiento no podrá ser inferior a 18 meses contados a partir de la fecha de entrega efectiva. La falta de cumplimiento de lo establecido, será causal de devolución de la mercadería presentada.**

El Hospital tendrá opción de recibir la mercadería en caso de considerarlo necesario, aún no pudiendo haber sido cumplimentado este punto. El mismo se realizará bajo el compromiso de canje, por parte del proveedor, por igual producto de idéntica marca, cantidad de unidades y calidad. El proveedor deberá responsabilizarse a realizar el canje con la suficiente antelación sin que ello signifique erogación al hospital.

**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.**

<b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>Nº D.N.I.</b>	
<b>LUGAR Y FECHA</b>	