



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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
LICITACION PÚBLICA**

Número **007** Año **2019**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Antisépticos y Desinfectantes 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: **103-2019** Fecha **29/11/2019**

FECHA DE APERTURA: 21 DE FEBRERO DE 2020 – 10:00 HS.

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 750,00

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, revisiendo 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
ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES					
1	ÁCIDO PERACÉTICO POR 5 LITROS CON ACTIVADOR	3			
2	AGUA OXIGENADA 10 VOLÚMENES POR 1 LITRO	240			
3	ALCOHOL 70º 500 ML	1150			
4	ALCOHOL 96º 500 ML	48			
5	ALCOHOL EN GEL 70º 250 GR	700			
6	ANTISÉPTICO PARA HIGIENE DE MANOS CON CLORHEXIDINA 1%-ALCOHOL ETÍLICO 61% CON AGENTE HUMECTANTE. 500 ML	24			
7	CLORHEXIDINA 2%-ALCOHOL ISOPROPÍLICO 70% 1,6 ML HISOPO MONODOSIS	550			
8	CLORHEXIDINA 2%-ALCOHOL ISOPROPÍLICO 70% 225 ML SOLUCIÓN	30			
9	CLORHEXIDINA 4% JABONOSA 500 ML CON PICO DOSIFICADOR	350			
10	DETERGENTE DESINFECTANTE PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, AMONIO CUATERNARIO POR 750 ML LISTO PARA USAR. BIOLIMPIEZA	50			
11	DETERGENTE TRIENZIMÁTICO 1 LITRO CON DOSIFICADOR	58			
12	DETERGENTE TRIENZIMÁTICO 5 LITROS CON PICO DOSIFICADOR	9			
13	IODOPOVIDONA 10% SOLUCIÓN POR 250 ML CON PICO DOSIFICADOR	474			
14	IODOPOVIDONA 5% JABONOSA POR 250 ML CON PICO DOSIFICADOR	114			

15	NITROFUZAZONA 0,2% SOLUCIÓN POR 1 LITRO	20			
16	ORTOFTALALDEHIDO 0,55% BIDÓN POR 5 LITROS	10			
17	PAÑO DESCARTABLE DE CLORHEXIDINA PARA BAÑO INSTANTÁNEO SIN AGUA	2500			
18	PEROXOSULFATO ÁCIDO DE POTASIO 43% SOBRE POR 5 GR.	15			
19	RENOVADOR DE ACERO INOXIDABLE A BASE DE ÁCIDO FOSFÓRICO Y TENSIOACTIVOS POR UN LITRO	2			
TOTAL					

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 007/2019.

Muestras: en caso de necesidad, la Institución podrá solicitar muestras de los insumos a cotizarse.

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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

SE HACE CONSTAR QUE DESDE EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y DURANTE TODO EL PROCESO DE CONTRATACIÓN, EL OFERENTE DEBERÁ ENCONTRARSE CON APTITUD VIGENTE PARA CONTRATAR EN SU CALIDAD DE PROVEEDOR DEL ESTADO Y EN PLENO CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES Y PREVISIONALES DE CONFORMIDAD A LA LEGISLACIÓN VIGENTE. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA CONDICIÓN, RESULTARA CAUSAL DE DESESTIMACIÓN DE LA OFERTA.

Plazo y Lugar de Entrega: Entrega 60% de forma inmediata y saldo del 40% a requerimiento del del HCAS. Los insumos requeridos deberán ser entregados en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas, previa coordinación de entrega con 48 horas de antelación con la Comisión de Recepción de este Hospital, al teléfono 011-5273-4700. No se permitirán entregas fuera de los referidos días y horarios establecidos a tal fin, salvo pedido expreso del proveedor y consecuente autorización por parte de las autoridades del HCAS.

Pago: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura.

Factura de acuerdo a Orden de Compra. ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ CARGO POR GASTOS ADICIONALES.

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	