



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 /10

PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

Número **061** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Medicamentos para ser destinados al Hospital del
Bicentenario Esteban Echeverría.

Pedido de Provisión: **065-2020** Fecha **05/05/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta 20 DE MAYO DE 2020 a las 10:00 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
MEDICAMENTOS					
1	ACEITE DE SILICONA EN AEROSOL	120			
2	ACENOCUMAROL 1 MG CP	60			
3	ACENOCUMAROL 4 MG CP	180			
4	ACETIL CISTEINA 600 MG COMP. EFERVECENTE	360			
5	ACICLOVIR 500 MG F.A	180			
6	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG CP	300			
7	ÁCIDO FUSÍDICO 2% CREMA	18			
8	ÁCIDO TRANEXÁMICO 500 MG AMP	180			
9	ADENOSINA 6 MG/2 ML AMP	180			
10	ADRENALINA 1MG/ 1 ML AMP	1200			
11	AGUA DESTILADA ESTÉRIL 5 ML AMP	6000			
12	ALBÚMINA HUMANA 20% F.A	20			
13	ALIMENTACION PARENTERAL TRES EN UNO, PARA ADULTOS CON SMOF	50			
14	ALPRAZOLAM 1 MG CP	500			
15	AMIKACINA 500 MG / 2 ML AMP	300			
16	AMIODARONA 150 MG/ 3 ML AMP	300			

17	AMIODARONA 200 MG CP	60			
18	AMLODIPINA 10 MG CP	600			
19	AMOXICILINA/ ÁCIDO CLAVULÁNICO 875/125 MG CP	420			
20	AMPICILINA 1 GR F.A	1000			
21	AMPICILINA/ SULBACTAM 1,5 GR F.A	3600			
22	ATENOLOL 50 MG CP	120			
23	ATORVASTATINA 20 MG CP	300			
24	ATRACURIO 50 MG / 5 ML AMP	3500			
25	ATROPINA 1 MG / 1 ML AMP	600			
26	AZITROMICINA 500 MG CP	360			
27	BACLOFENO 10 MG CP	180			
28	BISOPROLOL 5 MG CP	120			
29	BROMFENAC 0,09% 5 ML GOTAS OFTÁLMICAS	12			
30	BUDESONIDE 0,1% GOTAS PARA NEBULIZAR	100			
31	BUDESONIDE 200 MCG. AEROSOL	120			
32	CARBAMAZEPINA 200 MG CP	200			
33	CARBON ACTIVADO USP 1 KG	2			
34	CARVEDILOL 12,5 MG CP	210			
35	CARVEDILOL 6,25 MG CP	210			
36	CEFAZOLINA 1 GR F.A	1800			
37	CEFEPIME 2 GR F.A	180			
38	CEFTAZIDIMA 1 GR F.A	1000			
39	CEFTRIAXONA 1 GR F.A	1000			
40	CILOSTAZOL 100 MG CP	120			
41	CIPROFLOXACINA 0,3% DEXAMETASONA 0,1% GOTA OFTÁLMICA	30			
42	CIPROFLOXACINA 0,3% DEXAMETASONA 0,1% UNGÜENTO OFTÁLMICO	30			

43	CIPROFLOXACINA 200 MG SACHET	1500			
44	CIPROFLOXACINA 500 MG CP	250			
45	CLARITROMICINA 500 MG CP	400			
46	CLARITROMICINA 500 MG F.A	2500			
47	CLINDAMICINA 300 MG CP	200			
48	CLINDAMICINA 600 MG / 4 ML AMP	800			
49	CLONAZEPAM 0,5 MG CP	300			
50	CLONAZEPAM 2 MG CP	300			
51	CLONIDINA 0,15 MG/ 1 ML AMP	300			
52	CLOPIDOGREL 75 MG CP	200			
53	CLORHEXIDINA 0,12% COLUTORIO ORAL	100			
54	CLORPROMAZINA 50 MG/ 5 ML AMP	300			
55	CLORURADO HIPERTÓNICO 2000 MG/10 ML(20%) AMP	1200			
56	CLORURO DE CALCIO 1000 MG/ 10 ML AMP	30			
57	CLORURO DE POTASIO 15 MEQ/ 5 ML AMP	5000			
58	CLOTRIMAZOL 1% CREMA	30			
59	COLCHICINA 1MG	200			
60	COLISTIN 100 MG F.A	900			
61	COMPLEJO PROTROMBÍNICO HUMANO 500 UI F.A	6			
62	COMPLEJO VITAMÍNICO B EN AMPOLLA	120			
63	CREMA DE BISMUTO 3% 90 ML SUSPENSIÓN	42			
64	DESMOPRESINA 4 MCG AMP	60			
65	DEXAMETASONA 8 MG/2 ML AMP	1200			
66	DEXMEDETOMIDINA 100 MCG/ 1 ML AMP	1200			
67	DIAZEPAM 10 MG/2 ML AMP	600			
68	DICLOFENAC 75 MG AMP	1800			

69	DICLOFENAC 75 MG CP	400			
70	DIFENHIDRAMINA 10 MG /1 ML AMP	300			
71	DIGOXINA 0,25 MG CP	120			
72	DIGOXINA 0,25 MG/ 1 ML AMP	600			
73	DILTIAZEM 25 MG/ 5 ML AMP	60			
74	DILTIAZEM 60 MG CP	120			
75	DIPIRONA 1 GR/ 2 ML AMP	2400			
76	DIVALPROATO DE SODIO 250 MG CP	180			
77	DOBUTAMINA 250 MG/20 ML AMP	300			
78	DOPAMINA 200 MG / 5 ML AMP	800			
79	DOXICICLINA 100 MG CP	36			
80	ENALAPRIL 10 MG CP	1200			
81	ENOXAPARINA 0,4 MG JERINGA	350			
82	ENOXAPARINA 0,6 MG JERINGA	250			
83	ENOXAPARINA 0,8 MG JERINGA	200			
84	ERITROMICINA 0,5% GOTAS OFTÁLMICAS	30			
85	ESPIRONOLACTONA 25 MG CP	180			
86	ESTREPTOQUINASA 1,5M UI F.A	8			
87	ETOMIDATO 2 MG/ ML AMP	120			
88	FENILEFRINA 5% TROPICAMIDA 0,5% GOTA OFTÁLMICA	60			
89	FENITOINA 100 MG CP	360			
90	FENITOINA 100 MG/ 2 ML AMP	2400			
91	FENOBARBITAL 100 MG CP	120			
92	FENOBARBITAL 100 MG/ 2 ML AMP	120			
93	FENTANILO 250 MCG AMP	36000			
94	FLUCONAZOL 200 MG/100 ML SACHET	120			
95	FLUMAZENIL 0,5 MG/ 5 ML AMP	180			

96	FLUTICASONA-SALMETEROL 250/25 MCG AEROSOL	30			
97	FOSFATO DE POTASIO 3 MMOL/ML AMP	18			
98	FOSFATO MONOSÓDICO/DE SODIO 18/ 8 GR ENEMA 135 ML	36			
99	FUROSEMIDA 20 MG/ 2 ML AMP	2400			
100	FUROSEMIDA 40 MG CP	240			
101	GAMMAGLOBULINA Y TOXOIDE TETÁNICO 500 U.I	24			
102	GENTAMICINA 80 MG/ 2 ML AMP	1000			
103	GLIBENCLAMIDA 5 MG CP	200			
104	GLUCONATO DE CALCIO 1000 MG/ 10 ML AMP	600			
105	GLUCONATO DE POTASIO 31,2% ELIXIR	20			
106	GLUCOSADO HIPERTÓNICO 2500 MG/10 ML (25%) AMP	400			
107	GLUCOSADO HIPERTÓNICO 5000 MG/ 10 ML (50%) AMP	300			
108	HALOPERIDOL 5 MG/ 1 ML AMP	600			
109	HEPARINA SÓDICA 25000 UI/ 5 ML F.A	720			
110	HIDRALAZINA 50 MG CP	360			
111	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG CP	200			
112	HIDROCORTISONA 100 MG F.A	600			
113	HIDROCORTISONA 500 MG F.A	300			
114	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO 30%/13% SUSPENSIÓN	12			
115	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 0,3% GOTAS OFTÁLMICA	65			
116	HIDROXICLOROQUINA 200MG	360			
117	HIOSCINA 20 MG/ 1 ML AMP	600			
118	IBUPROFENO 400 MG CP	2400			
119	IMIPENEM 500 MG F.A	480			
120	INDOMETACINA 50 MG F.A	60			

121	INSULINA HUMANA CORRIENTE/REGULAR 1000 UI/ 10 ML F.A	20			
122	INSULINA NPH 1000 UI/ 10 ML F.A	15			
123	IPRATROPIO 0,025% GOTAS PARA NEBULIZAR	80			
124	IPRATROPIO 20 MCG AEROSOL	100			
125	ISOPROTERENOL 1 MG/ 5 ML AMP	200			
126	IVERMECTINA 6 MG CP	60			
127	KETOROLAC 20 MG CP	600			
128	KETOROLAC 30 MG/ ML AMP	1800			
129	LABETALOL 20 MG / 4 ML AMP	2000			
130	LABETALOL 200 MG CP	180			
131	LACTULOSA 65% SUSPENSIÓN	50			
132	LEVETIRACETAM 500 MG/ 5 ML F.A	120			
133	LEVOFLOXACINA 500 MG F.A	180			
134	LEVOFLOXACINA 500 MG CP	500			
135	LEVOMEPROMAZINA 25 MG/ 1 ML AMP	300			
136	LEVOSIMENDAN 12,5 MG/ 5 ML F.A	8			
137	LEVOTIROXINA 100 MCG	180			
138	LEVOTIROXINA 50 MCG	180			
139	LIDOCAÍNA 100 MG/ 5 ML (2%) AMP	360			
140	LIDOCAINA 2% JALEA	360			
141	LIDOCAÍNA 50 MG/ 5 ML(1%) AMP	300			
142	LINEZOLID 600 MG SACHET	100			
143	LOPERAMIDA 2 MG CP	400			
144	LORATADINA 10 MG CP	200			
145	LORAZEPAM 2,5 MG CP	200			
146	LORAZEPAM 4 MG/ 1 ML AMP	600			
147	LOSARTAN 50 MG CP	600			

148	MEPREDNISONA 40 MG CP	360			
149	MEPREDNISONA 8 MG CP	360			
150	MEROPENEM 1 GR F.A	720			
151	METFORMINA 500 MG CP	180			
152	METILPREDNISOLONA 500 MG F.A	60			
153	METOCLOPRAMIDA 10 MG AMP	1200			
154	METOCLOPRAMIDA 10 MG CP	200			
155	METRONIDAZOL 500 MG CP	120			
156	METRONIDAZOL 500 MG ÓVULOS VAGINALES	60			
157	METRONIDAZOL 500 MG SACHET	360			
158	MIDAZOLAM 15 MG/ 3 ML AMP	30000			
159	MILRINONA 10 MG/ 10 ML F.A	120			
160	MORFINA 10 MG/ 1 ML AMP	1800			
161	NALOXONA 0,4 MG/ 1 ML AMP	120			
162	NEOMICINA 15 MG CP	90			
163	NIMODIPINA 60 MG CP	1200			
164	NISTATINA 100000 U.I/ 1 ML SUSPENSIÓN	30			
165	NITROFURAZONA APÓSITO X 40	12			
166	NITROGLICERINA 25 MG/ 5 ML AMP	600			
167	NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG F.A	300			
168	NORADRENALINA 4 MG/ 4 ML AMP	2500			
169	OCTREÓTIDO 0,1 MG/ ML AMP	60			
170	OMEPRAZOL 20 MG CP	400			
171	OMEPRAZOL 40 MG F.A	600			
172	ONDANSETRON 8 MG/4 ML AMP	60			
173	PANCURONIO 4 MG /2 ML AMP	800			
174	PARACETAMOL 1000 MG/ 100 ML SACHET	300			

175	PARACETAMOL 500 MG CP	2400			
176	PASTA LASSAR FNA VI POTE X1 KG	6			
177	PERMETRINA 5% EMULSIÓN	12			
178	PIPERACILINA/ TAZOBACTAM 4,5 GR F.A	2000			
179	PREGABALINA 75 MG CP RANURADOS	120			
180	PROPOFOL 2% VIAL POR 50 ML	2200			
181	PROPOFOL 200 MG/ 20 ML AMP.	600			
182	PROPRANOLOL 40 MG CP	600			
183	PROPRANOLOL 5MG/ 5ML AMP	80			
184	PROTAMINA 50 MG/ 5 ML AMP	60			
185	QUETIAPINA 100 MG CP	400			
186	QUETIAPINA 25 MG CP	300			
187	RANITIDINA 300 MG CP	180			
188	RANITIDINA 50 MG/ 5 ML AMP	6000			
189	REMIFENTANILO 5 MG F.A	1000			
190	RIFAMPICINA 300 MG CP	120			
191	RISPERIDONA 0,5 MG CP	300			
192	RISPERIDONA 1 MG CP	500			
193	SALBUTAMOL 0,5% GOTAS PARA NEBULIZAR	100			
194	SALBUTAMOL 100 MCG AEROSOL	150			
195	SIMETICONA 200 MG CP	200			
196	SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL 5 ML AMP	10000			
197	SUCCINILCOLINA 100 MG /2 ML AMP	1000			
198	SUCRALFATO 20% SUSPENSIÓN	40			
199	SULFADIAZINA DE PLATA/ VITAMINA A/ LIDOCAINA CREMA 400 GR	90			
200	SULFATO DE MAGNESIO 1250 MG/ 5ML(25%) AMP	2000			
201	TIGECICLINA 50 MG F.A	150			

202	TIOPIENTAL SÓDICO 1 GR F.A	100			
203	TIRAS REACTIVAS PARA HEMOGLUCOTEST CON APARATO	12000			
204	TOBRAMICINA 0,3% GOTAS OFTÁLMICAS	10			
205	TOBRAMICINA 0,3%, DEXAMETASONA 0,1% GOTA OFTÁLMICA	20			
206	TRAMADOL 100 MG/ 2 ML AMP	1200			
207	TRAMADOL 50 MG CP	180			
208	TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL(COTRIMOXAZOL) 80-400 MG/ 5 ML AMP	1500			
209	TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL(COTRIMOXAZOL) 160/800 MG CP	600			
210	VALSARTAN 80 MG CP	180			
211	VANCOMICINA 1 GR F.A	1200			
212	VASELINA LÍQUIDA 250 ML	200			
213	VASELINA SÓLIDA 1 KG	60			
214	VASOPRESINA 20 UI/ 1 ML AMP	60			
215	VECURONIO 10 MG F.A	200			
216	VITAMINA B 1 100 MG/1 ML AMP	120			
217	VITAMINA K 10 MG/ 1 ML AMP	300			
TOTAL					

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Contratación Directa 061/2020.

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.

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 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	