



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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
LICITACION PÚBLICA**

Número **016** Año **2019**

Ejercicio 2020

*Ref./ Adquisición de Leche de Formula, Fortificadores e Insumos varios para el Servicio de Nutricion de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC*

Pedido de Provisión: **114-2019** Fecha **29/11/2019**

**FECHA DE APERTURA: 14 DE FEBRERO DE 2020 – 10:00 HS.**

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

**VALOR DEL PLIEGO \$ 800,00**

**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
<b>INSUMOS SERVICIO NUTRICION</b>					
1	LECHE DE FÓRMULA LÍQUIDA DE INICIO. UNIDAD 1 LITRO.	348			
2	FORTIFICADOR DE LECHE HUMANA. UNIDAD VIAL POR 5ML	81			
3	LECHE DE FÓRMULA PARA PREMATURO LÍQUIDA. ENVASE POR 59ML	1212			
4	LECHE DE FÓRMULA PARA PREMATURO EN POLVO. UNIDAD LATA 400 G	15			
5	LECHE DE FÓRMULA ANTIREFLUJO. UNIDAD: LATA 400G	2			
6	FÓRMULA ENTERAL LÍQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda STANDAR NORMOCALÓRICA, NORMOPROTEICA.	684			
7	FÓRMULA ENTERAL LÍQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda PARAPACIENTES CON DIABETES.	276			
8	FÓRMULA ENTERAL LÍQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda HIPERPROTEICA NORMOCALÓRICA	900			

9	FÓRMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR SONDA SEMIELEMENTAL	18			
10	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL PARA DIABÉTICOS. 200ML.	42			
11	ESPELANTE EN POLVO LATA 300 G	3			
TOTAL					

**Condiciones de Contratación:** Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 016/2019.

**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](http://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, RESULTARÁ CAUSAL DE DESESTIMACIÓN DE LA OFERTA.

**Vencimiento de los Insumos a cotizarse.** En la totalidad de los productos a cotizarse, la fecha de vencimiento no podrá ser inferior a 12 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, aun 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.

**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.

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