



ANEXO III

DETALLE DE RENGLONES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

DATOS DEL PROCEDIMIENTO CONTRACTUAL

Tipo/Número/año: **Procedimiento Abreviado - 241/2026**

Expediente N°: EX-2026-36687646- -GDEBA-RSXIIMSALGP

DATOS DEL ORGANISMO CONTRATANTE

Denominación: **HOSPITAL DE GESTION DESCENTRALIZADO REGION SANITARIA XII**

Domicilio: **HOSPITAL PAROISSIEN RUTA 3 KM. 21 Nro. 0 - ISIDRO CASANOVA**

El presente llamado tiene por objeto la adquisición de los bienes o servicios que se detallan

RENLÓN	CANTIDAD	MUESTRA	CÓD. VADEME	CÓD. SIGAF	DESCRIPCIÓN
1	2	No	NM002001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE CONCENTRADOR DE OXIGENO C/TUBO DE BACK UP EQUIPO CONCENTRADOR DE O2; FLUJO 0 A 4 L/MIN. MAT. DESCART. CÁNULA NASAL, MASCARA, EXTENSO, 1 VASO HUMIFICADOR POR TRIMESTR TUBO DE BACK UP DE 6 M3, INCLUYE CAMBIOS DE FILTROS, CARGAS NECESARIAS Y MANTENIMIENTO DE EQUIPO, TUBO COLOR BLANCO CON PRECINTO DE SEGURIDAD. -- (TUBO DE BACK UP HASTA 2 RECARGAS MENSUALES EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 48HS DESDE QUE EL PACIENTE SOLICITA) 24HS DE USO. FLUJO POR MINUTO 2LT -- PACIENTE: FABIANO CRISTIAN MARCELO. DNI: 29.824.184. DOMICILIO: WASHINGTON 6277, ISIDRO CASANOVA. TELEFONO: 1165539107 / 1166780885
2	2	No	NM003001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO ULTRALIVIANO DE CAPACIDAD 415-425 C/O2 GASEOSO, CÁNULA MÁSCARA, BOLSO DE TRANSPORTE, REGULADOR CAUDALIMETRO. INCLUYE SEGURO. REF. MÓDULO III -- PACIENTE: FABIANO CRISTIAN MARCELO. DNI: 29.824.184. DOMICILIO: WASHINGTON 6277, ISIDRO CASANOVA. TELEFONO: 1165539107 / 1166780885
3	2	No	N9910055	09089-0001	SERVICIO DE RECARGA DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO

PLIEG-2026-36788007-GDEBA-RSXIIMSALGP

					ULTRALIVIANO - CAPACIDAD 415-425 M3 OXIGENO GASEOSO - - PROVISION DE 8 (OCHO) RECARGAS MENSUALES EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 48HS DESDE QUE SOLICITA EL PACIENTE - - PACIENTE: FABIANO CRISTIAN MARCELO. DNI: 29.824.184. DOMICILIO: WASHINGTON 6277, ISIDRO CASANOVA. TELEFONO: 1165539107 / 1166780885
4	2	No	NM002001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE CONCENTRADOR DE OXIGENO C/TUBO DE BACK UP EQUIPO CONCENTRADOR DE O2; FLUJO 0 A 4 L/MIN. MAT. DESCART. CÁNULA NASAL, MASCARA, EXTENSO, 1 VASO HUMIFICADOR POR TRIMESTR TUBO DE BACK UP DE 6 M3, INCLUYE CAMBIOS DE FILTROS, CARGAS NECESARIAS Y MANTENIMIENTO DE EQUIPO, TUBO COLOR BLANCO CON PRECINTO DE SEGURIDAD. - - (TUBO DE BACK UP HASTA 2 RECARGAS MENSUALES EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 48HS DESDE QUE EL PACIENTE SOLICITA) 14-16HS DE USO. FLUJO POR MINUTO 1-2HS MIN- - PACIENTE: URUNAGA JUSTO PASTOR. DNI: 92.992.468. DOMICILIO: LEOPARDI 3867, GONZALEZ CATAN. TELEFONO: 1166316260
5	2	No	NM003001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO ULTRALIVIANO DE CAPACIDAD 415-425 C/O2 GASEOSO, CÁNULA MÁSCARA, BOLSO DE TRANSPORTE, REGULADOR CAUDALIMETRO. INCLUYE SEGURO. REF. MÓDULO III - - PACIENTE: URUNAGA JUSTO PASTOR. DNI: 92.992.468. DOMICILIO: LEOPARDI 3867, GONZALEZ CATAN. TELEFONO: 1166316260
6	2	No	N9910055	09089-0001	SERVICIO DE RECARGA DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO ULTRALIVIANO - CAPACIDAD 415-425 M3 OXIGENO GASEOSO - - PROVISION DE 8 (OCHO) RECARGAS MENSUALES EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 48HS DESDE QUE SOLICITA EL PACIENTE - - PACIENTE: URUNAGA JUSTO PASTOR. DNI: 92.992.468. DOMICILIO: LEOPARDI 3867, GONZALEZ CATAN. TELEFONO: 1166316260
7	2	No	N9910051	09089 - 0001	SERVICIO ALQUILER DE CIPAP AUTO AJUSTABLE - - AUTO CPAP REGULADO ENTRE 4 Y 20 CM DE PRESION DE AGUA. MASCARA NASAL SILICONADA TALLE M. TARJETA DE MEMORIA SD. TUBULADURA. ARNES. TERMOHUMIDIFICADOR INCORPORADO - - PACIENTE: AGUIRRE DANIEL ISAUL. DNI: 36.439.748. DOMICILIO: ROCHA 3339, LAFERRERE. TELEFONO: 1164547036
8	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR - - ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES

PLIEG-2026-36788007-GDEBA-RSXIIMSALGP

					AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: AGUIRRE DANIEL ISAUL. DNI: 36.439.748. DOMICILIO: ROCHA 3339, LA FERRERE. TELEFONO: 1164547036
9	2	No	N9910051	09089 - 0001	SERVICIO ALQUILER DE CIPAP AUTO AJUSTABLE -- AUTO CPAP REGULADO ENTRE 4 Y 20 CM DE PRESION DE AGUA. MASCARA NASAL SILICONADA TALLE M. TARJETA DE MEMORIA SD. TUBULADURA. ARNES. TERMOHUMIDIFICADOR INCORPORADO -- PACIENTE: CAPELETTI CRISTIAN ADRIAN. DNI: 25.997.494. DOMICILIO: DEL BAÑADO 272, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1138032166 / 1132584029
10	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA - - PACIENTE: CAPELETTI CRISTIAN ADRIAN. DNI: 25.997.494. DOMICILIO: DEL BAÑADO 272, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1138032166 / 1132584029.
11	2	No	NM005001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE CPAP EQUIPO DE PRESION POSITIVA DE LA VIA AEREA CIRCUITO PACIENTE, MÁSCARA NASAL SILICONADA CON ARNES SEMESTRAL Y WISPER. INCLUYE MANTENIMIENTO DEL EQUIPO Y SEGURO. REF. MÓDULO V -- EPAP: 16 RAMPA NO. 10CM DE H2O. MASCARA ORONASAL TALLE M. HUMIDIFICADOR. TARJETA DE MEMORIA SD. TUBULADURA. ARNES. PACIENTE: SARMIENTO GLADYS ESTER. DNI: 18.028.325. DOMICILIO: SICILIA 12 DPTO 8, VILLA CELINA. TELEFONO: 1154741656 / 1132476479.
12	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR -- ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: SARMIENTO GLADYS ESTER. DNI: 18.028.325. DOMICILIO: SICILIA 12 DPTO 8, VILLA CELINA. TELEFONO: 1154741656 / 1132476479
13	2	No	NM005001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE CPAP EQUIPO DE PRESION POSITIVA DE LA VIA AEREA CIRCUITO PACIENTE, MÁSCARA NASAL SILICONADA CON ARNES SEMESTRAL Y WISPER. INCLUYE MANTENIMIENTO DEL EQUIPO Y SEGURO. REF. MÓDULO V -- 6CM DE H2O. TIEMPO 12HS. MASCARA BUCONASAL SILICONADA TALLE L CON APOYO FRONTAL. HUMIDIFICADOR. TARJETA DE MEMORIA SD. TUBULADURA. ARNES. -- PACIENTE: CENTURION MARCOS

PLIEG-2026-36788007-GDEBA-RSXIIMSALGP

					ARIEL. DNI: 25.059.051. DOMICILIO: PARRAL 3975, SAN JUSTO. TELEFONO: 1163769963
14	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR -- ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: CENTURION MARCOS ARIEL. DNI: 25.059.051. DOMICILIO: PARRAL 3975, SAN JUSTO. TELEFONO: 1163769963
15	2	No	NM006001	09328-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE BIPAP EQUIPO DE 2 PRESIONES EN VIA AEREA COMPRENDE CIRCUITO PACIENTE, MASCARA NASAL CON ARNES Y WISPER. INCLUYE MANTENIMIENTO DEL EQUIPO Y SEGURO. REF. MÓDULO VI -- CON TUBULADURA + ARNÉS + MÁSCARA ORONASAL SILICONADA TALLE L. TARJETA DE MEMORIA SD. HUMIDIFICADOR. EPAP 9 IPAP 14. RAMPA SI. TIEMPO 20 MIN -- PACIENTE: BALLEBBO ROSA ISABEL. DNI: 22.488.380. DOMICILIO: JOAQUIN DEL PINO 6600, GONZALEZ CATAN. TELEFONO: 1128160807 / 1122638320
16	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR -- ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: BALLEBBO ROSA ISABEL. DNI: 22.488.380. DOMICILIO: JOAQUIN DEL PINO 6600, GONZALEZ CATAN. TELEFONO: 1128160807 / 1122638320
17	2	No	TVENT015	09328-0001	ALQUILER DE RESPIRADOR -- REQUIERE PARA SU ASISTENCIA RESPIRADOR DOMICILIARIO DE SOPORTE VITAL. ARM 24HS CON BACK UP DE APNEA. ASOCIADO A CIRCUITO SISTEMA DE HUMIDIFICACION CON CALEFACTOR. MAS TODO LO NECESARIO PARA EL USO DE PACIENTE PEDIATRICO DE UN AÑO DE EDAD CON TQT -- PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508
18	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR -- ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225 DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO.

PLIEG-2026-36788007-GDEBA-RSXIIMSALGP

					TELEFONO: 1156627452 / 1123495508
19	2	No	N9910052	04444 - 0001	SERVICIO ALQUILER DE BATERIA - - SERVICIO DE ALQUILER DE BATERIA EXTRA QUE SE ADAPTE AL RESPIRADOR QUE SE SOLICITA. PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508
20	2	No	NM003001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO ULTRALIVIANO DE CAPACIDAD 415-425 C/O2 GASEOSO, CÁNULA MÁSCARA, BOLSO DE TRANSPORTE, REGULADOR CAUDALIMETRO. INCLUYE SEGURO. REF. MÓDULO III - - PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508
21	2	No	N9910055	09089-0001	SERVICIO DE RECARGA DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO ULTRALIVIANO - CAPACIDAD 415-425 M3 OXIGENO GASEOSO - - PROVISION DE 8 (OCHO) RECARGAS MENSUALES EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 48HS DESDE QUE SOLICITA EL PACIENTE - - PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508.
22	2	No	NM003001	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO ULTRALIVIANO DE CAPACIDAD 415-425 C/O2 GASEOSO, CÁNULA MÁSCARA, BOLSO DE TRANSPORTE, REGULADOR CAUDALIMETRO. INCLUYE SEGURO. REF. MÓDULO III - - ALQUILER DE SEGUNDA MOCHILA - - PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508
23	2	No	N9910055	09089-0001	SERVICIO DE RECARGA DE MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE TUBO ULTRALIVIANO - CAPACIDAD 415-425 M3 OXIGENO GASEOSO - - PROVISION DE 8 (OCHO) RECARGAS MENSUALES EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 48HS DESDE QUE SOLICITA EL PACIENTE - - PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508.
24	2	No	NM006001	09328-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE BIPAP EQUIPO DE 2 PRESIONES EN VIA AEREA COMPRENDE CIRCUITO PACIENTE, MASCARA NASAL CON ARNES Y WISPER.

PLIEG-2026-36788007-GDEBA-RSXIIMSALGP

					INCLUYE MANTENIMIENTO DEL EQUIPO Y SEGURO. REF. MÓDULO VI - - CON TUBULADURA + ARNÉS + MÁSCARA ORONASAL SILICONADA (según solicite paciente). TARJETA DE MEMORIA SD. HUMIDIFICADOR. EPAP 9 IPAP 14. RAMPA NO - - PACIENTE: GIMENEZ CACERES ALICIA. DNI: 95.325.274. DOMICILIO: MZNA 53X LOTE 12, B° NICOLE, VIRREY DEL PINO. TELEFONO: 1123594096 / 1159026249
25	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR - - ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRIC. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA - - PACIENTE: GIMENEZ CACERES ALICIA. DNI: 95.325.274. DOMICILIO: MZNA 53X LOTE 12, B° NICOLE, VIRREY DEL PINO. TELEFONO: 1123594096 / 1159026249
26	2	No	TMONI016	09328-0001	ALQUILER DE OXIMETRO DE PULSO - - ALQUILER DE OXIMETRO DE PULSO OXIMETRO DE PULSO CON ALARMA DE FRECUENCIA CARDIACA Y SATURACION - - PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508
27	2	No	TBOMB004	09328-0001	ALQUILER DE ASPIRADOR - - ASPIRADOR NEBULIZADOR DE PEDIATRICO DE 1/2 HP CON FRASCO DE VIDRIO (TIPO MARCA SILFAB O SIMILAR). MANGUERAS RECAMBIALES. PACIENTE CON TQT - PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508.
28	2	No	NMO07001	9328-0001	ALQUILER DE ASPIRADOR MANUAL A MOTOR REFERENCIA MÓDULO VIII - - ALQUILER DE ASPIRADOR PORTATIL PARA PACIENTE PEDIATRICO TRAQUEOSTOMIZADO - - PACIENTE: JURADO VIOLETA ISABELLA. DNI: 70.869.225. DOMICILIO: SAN MATIAS Y REAÑO S/N B° 16 DE FEBRERO, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1156627452 / 1123495508
29	2	No	NM006002	09089-0001	SERVICIO DE ALQUILER DE BIPAP CON FRECUENCIA BACK UP COMPRENDE CIRCUITO PACIENTE, MÁSCAR NASAL CON ARNES Y WISPER. INCLUYE MANTENIMIENTO DEL EQUIPO Y SEGURO. REF. MÓDULO VII - EPAP 5 - IPAP 11- MASCARA NASAL SILICONADA TALLE L. TARJETA DE MEMORIA SD INCORPORADA. TUBULADURA. ARNES - PACIENTE: FERNANDEZ LUCAS DAVID. DNI: 36.875.940. DOMICILIO: TAFI 3840, LAFERRERE

					TELEFONO: 1126288121 / 1162733996
30	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR -- ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: FERNANDEZ LUCAS DAVID. DNI: 36.875.940. DOMICILIO: TAFI 3840, LAFERRERE. TELEFONO: 1126288121
31	2	No	TVENT015	09328-0001	ALQUILER DE RESPIRADOR -- ALQUILER DE EQUIPO DE VENTILACION SOPORTE VITAL QUE CUENTE CON ALARMA DE FUGA / DESCONEXION Y DE CORTE DE SUMINISTRO ELECTRICO. BATERIA DE RESPALDO INCORPORADA O ADICIONAL PARA UN MINIMO DE 8HS DE AUTONOMIA. TERMOHUMIDIFICADOR INCORPORADO O ADICIONAL EN CASO DE NO ESTAR INCORPORADO. TUBULADURAS CORRUGADAS CON INTERIOR LISO: 2 (DOS) DE 22 CM DE DIAMETRO, 2 (DOS) DE 60 CM SI EL TERMOHUMIDIFICADOR NO ESTUVIERA INCORPORADO AL EQUIPO. FILTROS ANTIBACTERIANOS POR 6 MESES. MASCARA NASAL TALLE S (PREFERENTEMENTE WISP YOUTH PEDIATRICO). IPAP 14 EPAP 4 FR 14 -- PACIENTE: TEIXEIRA ISABELLA. DNI: 53.688.597 DOMICILIO: VICTORINO DE LA PLAZA 1243, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1131623116
32	2	No	TVENT006	09328-0001	ALQUILER DE HUMIDIFICADOR -- ALQUILER DE CALENTADOR HUMIDIFICADOR ELECTRICO. COMPRENDE UNA CARCAZA POR MES, FILTROS E INCLUYE SEGURO. CONEXIONES AUXILIARES. DEBE ADAPTARSE AL EQUIPO QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: TEIXEIRA ISABELLA. DNI: 53.688.597. DOMICILIO: VICTORINO DE LA PLAZA 1243, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1131623116
33	2	No	N9910052	04444 - 0001	SERVICIO ALQUILER DE BATERIA -- SERVICIO DE ALQUILER DE BATERIA EXTRA QUE SE ADAPTE AL RESPIRADOR QUE SE SOLICITA -- PACIENTE: TEIXEIRA ISABELLA. DNI: 53.688.597. DOMICILIO: VICTORINO DE LA PLAZA 1243, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1131623116
34	2	No	TMONI016	09328-0001	ALQUILER DE OXIMETRO DE PULSO -- ALQUILER DE OXIMETRO DE PULSO OXIMETRO DE PULSO CON REGISTRO DE TENDENCIAS Y BATERIA INCORPORADA Y ALARMAS -- PACIENTE: TEIXEIRA ISABELLA. DNI: 53.688.597. DOMICILIO: VICTORINO DE LA PLAZA 1243, RAFAEL CASTILLO. TELEFONO: 1131623116

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA:

1.- LUGAR DE ENTREGA DE LOS INSUMOS: Domicilio del paciente (expresado en el Detalle del cuadro anterior).

2.- PLAZO DE ENTREGA: Dentro de los diez (10) días corridos. Los plazos se computarán a partir del día siguiente de la recepción de la orden de compra por parte de la adjudicataria.

3.- MANTENIMIENTO DE OFERTA: Treinta (30) días. Producido el vencimiento del plazo de mantenimiento de oferta, el mismo quedará prorrogado por igual término, salvo manifestación fehaciente del oferente, efectuada con una antelación mínima de diez (10) días anteriores al vencimiento del plazo, conforme el Artículo 17º, apartado 4 de la Ley 13.981 y su Decreto Reglamentario.

4.- FACTURACION Y PAGO: El Comitente cancelará sus obligaciones conforme las disposiciones y el proceso establecido por el Artículo 23º de la Ley 13.981 y su Decreto Reglamentario.

Oficina de Oxígeno del Hospital de Gestión Descentralizado Región Sanitaria XII

5.- OBSERVACIONES: El presente llamado se rige por la Ley N° 13.981 y su DECTO-2019-59-GDEBA-GPBA

ANEXO IV**ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL SERVICIO**

1) Los adjudicatarios deben cumplir la obligación en la forma, fecha o plazos, lugar y demás condiciones establecidas.

Importante:

El adjudicatario deberá dar cumplimiento a las normas establecidas por el A.N.M.A.T.; asimismo, deberán proveerse todos los materiales descartables necesarios para el perfecto funcionamiento de los equipos.

El tubo deberá presentar: número de serie identificable y color debidamente pintado, debiendo acompañar copia de la última prueba hidráulica (con vencimiento no menor a 12 meses) que condiga con el número de serie; el manómetro deberá acompañar última revisión técnica no superior a 12 meses.

2) Los insumos serán suministrado por la empresa adjudicataria en carácter de comodato gratuito para el paciente, con capacidad adecuada para el consumo dentro de los diez días corridos de notificada la orden de compra, cumpliendo indefectiblemente con la forma de entrega indicada como inmediata, la pena de rescindir (sin necesidad de intimación previa) el contrato (conforme artículo 24 del anexo I, apartado 1 del DECTO-2019-59-GDEBA-GPBA) por exclusiva culpa del contratante (sin derecho a reclamo alguno por parte de la empresa adjudicataria). La empresa deberá garantizar, sin necesidad de que medie solicitud de reposición por parte de la autoridad o paciente, la constante provisión del oxígeno, tomando los recaudos con la debida anticipación para la adecuada reposición del producto.

3) Cuando sea posible admitir el cumplimiento de las prestaciones fuera de término, la autoridad contratante estará facultada para intimar previamente el cumplimiento, bajo apercibimiento de rescisión y sin perjuicio de la aplicación de las penalidades por mora.

4) Las entregas serán "auditadas" por el personal responsable de la Región Sanitaria o del agente que esta designe de la "manera que crea más conveniente", siendo que el adjudicatario deberá informar de inmediato a la Región Sanitaria o al personal que éste designe todo hecho que afecte a la seguridad y normal funcionamiento de los insumos entregados inmediatamente de conocido, tomando a su exclusivo cargo las medidas que aseguren la continuidad del servicio. La falta de dicha continuidad será considerada "falta grave" y frente a dicho acontecimiento, el efector se reserva las facultades establecidas en el art. 24 de la Ley N° 13.981 y su decreto reglamentario, DECTO-2019-59-GDEBA-GPBA.

5) Los equipos deberán ser entregados en perfecto estado de funcionamiento y en caso de desperfectos, la empresa deberá inmediatamente repararlos o reemplazarlos por uno de características equivalentes.

6) La empresa deberá realizar el traslado, puesta en funcionamiento, prueba y capacitación del usuario del servicio de oxígeno y/o de asistencia ventilatoria domiciliaria luego de recibida la orden de provisión.

7) La empresa adjudicataria deberá encargarse del mantenimiento preventivo de los equipos instalados en el domicilio (ejemplo: revisión de funcionamiento, cambio de filtros del concentrador, etc.). Quedarán a exclusivo

PLIEG-2026-36788007-GDEBA-RSXIIMSALGP

cargo del proveedor, en caso de comprobarse responsabilidad objetiva o subjetiva de éste, los daños que pudieran ocasionarse a vidas humanas o cosas materiales con motivo de la provisión y durante el período que dure el contrato, ya sea personal, propio o terceros.

8) La empresa debe realizar las recargas correspondientes al equipo solicitado, con un plazo no mayor a las 48hs. a partir del pedido del paciente, para de esta manera garantizar la continuidad en tiempo y forma de los tratamientos y así también el bienestar de su salud.

9) Brindar un servicio integral de asistencia para el paciente con oxígeno domiciliario, de manera de garantizar la continuidad en la provisión del mismo, dentro de un marco de seguridad, confiabilidad y capacitación al usuario.



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2026 - "Año de los Derechos Humanos por la Memoria, la Verdad y la Justicia. A 50 años de la última
Dictadura cívico militar"

**Hoja Adicional de Firmas
Pliego**

Número: PLIEG-2026-36788007-GDEBA-RSXIIMSALGP

ISIDRO CASANOVA, BUENOS AIRES
Miércoles 14 de Octubre de 2026

Referencia: ANEXO 3

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 9 pagina/s.

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO BS.AS.,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715124234
Date: 2026.10.14 09:42:27 -03'00'

Sandra Silvina Lobosco
Director Ejecutivo
Región Sanitaria XII
Ministerio de Salud

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE
GOBIERNO BS.AS., ou=SUBSECRETARIA DE
GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715124234
Date: 2026.10.14 09:42:28 -03'00'