



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

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

Número **016** Año **2020**

Ejercicio 2020

Referente: Instalación de bocas de Oxígeno Medicinal en Paneles de cabecera para este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC.

Pedido de Provisión: 016-2020 Fecha 25/03/2020

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el 16 DE MARZO DE 2020 a las 12:00 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 | Pcio. Unitario | Pcio. Total Renglón |
|---------|---|----------|----------------|---------------------|
| 1 | <p>INSTALACIÓN DE 12 BOCAS DE OXIGENO MEDICINAL NORMA DISS EN PANELES DE CABECERA STANDARD.</p> <p>La Instalación debe tener incluido: Armado y desarmado del panel; 12 Bocas de Oxígeno medicinal Norma Diss; Materiales Necesarios para la Instalación; Puesta en Marcha y prueba de Funcionamiento.</p> <p>La totalidad de datos técnicos, descripción de las tareas, así como cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCAS – Área de Ingeniería Clínica al correo electromedicina@hospitalcuencaalta.org.ar</p> | 1 | | |

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

Aquellas firmas cotizantes, deberán acompañar al **PRESENTE PEDIDO DE COTIZACION COMPLETO y FIRMADO** la siguiente documentación:

- 1) Documentación emitida por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP)** que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
- 2) Documentación emitida por la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires (ARBA)**, que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto sobre los Ingresos Brutos o Convenio Multilateral;
- 3) Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires.**
- 4) Declaración en instrumento privado que indique que no ha sido demandado por la Nación y/o la Provincia de Buenos Aires o sus entidades descentralizadas por causas fiscales o contractuales.**

5) Declaración en instrumento privado que indique que la firma no utiliza ni utilizará mano de obra infantil en ninguno de los segmentos de sus procesos de conformidad con las normas legales vigentes,

Plazo y Lugar de realización de la Obra: Prestación Inmediata 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 | |