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 **021** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Heladeras para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC – TRAMITE URGENTE

Pedido de Provisión: **021-2020** Fecha **02/04/2020**

Se recibirán Ofertas hasta el LUNES 27 DE ABRIL 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	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	**HELADERA BLANCA DE 285 LITROS CON FREEZER** *REFERENCIA: DIMENSIONES APROX.154 CM ALTO, 62 CM PROFUNDIDAD, 59.5 ANCHO*	**2**		
2	**HELADERA EXHIBIDORA VERTICAR CONMEDIDOR DE TEMPERATURA** *REFERENCIA: CAPACIDAD 470 LTS.* *ESTANTES AJUSTABLES 5.* *LUZ INTERIOR: LEDS* *PUERTA: 1 (PANEL 2 VIDRIOS, EXTERIOR TEMPLADO LOWE)* *REFRIGERANTE (LIBRE CFC): R134a* *CONDENSACION: AIRE FORZADO* *VENTILADOR EVAPORADOR: TANGENCIAL* *DIMENSIONES APROX.213 CM ALTO, 65 CM PROFUNDIDAD, 66CM ANCHO* *PESO NETO APROX.86.5 KG.*	**2**		
3	**FREEZER PARA CONSERVACION DE PRODUCTOS BIOLOGICOS** *REFERENCIA: FREEZER ENTRE -4 Y -18°C* *VERTICAL NO MENOR A 300 LTS.* *GABINETE INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE.* *TABLERO DE CONTROL CON VISUALIZACION CONSTANTE DE TEMPERATURA.* *TEMPERATURA Y ALARMAS PROGRAMABLES, SONORAS Y AUDIBLES.* *CALIBRACION DE ALARMAS Y TEMPRATURAS DE TRABAJO POR EL USUARIO.*	**1**		
TOTAL				

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,

Muestras: en caso de resultar necesario, la institución podrá solicitar muestras de los insumos a cotizarse, folletos, catálogos, y/o cualquier otro elemento conducente a valorar las cualidades del material ofertado, debidamente identificadas con número de Contratación, número de renglón y nombre de la firma, en el lugar, hora y lugar indicado en el anuncio de convocatoria. La no presentación de las mismas en los términos requeridos podrá resultar causal de desestimación de la oferta.

Plazo y Lugar de Entrega: Entrega 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. Se podrán considerar propuestas con propuestas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

Pago: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

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	