



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)

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**  
Número **023** Año **2020**  
**SEGUNDO LLAMADO**

Ejercicio 2020

*Ref./Adquisición de Etiquetas Autoadhesivas para el Servicio de Laboratorio de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC – TRAMITE URGENTE*

Pedido de Provisión: **023-2020** Fecha **02/04/2020**

**Se recibirán Ofertas hasta el MIÉRCOLES 13 DE MAYO DE 2020 a las 10:00 hs.  
vía correo electrónico a [compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto: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.

REGLÓN	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	<b>ETIQUETAS TERMICAS</b> <i>REFERENCIA: 64 MM X 32 MM X 1000 UNIDADES.</i>	<b>120</b>		
<b>TOTAL</b>				

**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](http://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 a requerimiento 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.

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