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 **027** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Contratación del Servicio de Validación de Campanas de Flujo Laminar del Servicio de Laboratorio para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **027-2020** Fecha **03/04/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 15 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	**VALIDACION DE CAMPANA DE FLUJO LAMINAR** *REFERENCIA: MARCA GENERAL FILTER FLV 2436;* *DEBERA REALIZARSE LA VERIFICACION DE INTEGRIDAD Y FUGAS DE FILTROS HEPA;* *DEBERA REALIZARSE MEDICION DE LA VELOCIDAD DE FLUJO* *CERTIFICACION DE FUNCIONAMIENTOS*	1		
2	**VALIDACION PARA CABINA DE SEGURIDAD BIOLOGICA** *REFERENCIA: MARCA GENERAL FILTER CLASE II TIPO A2* *DEBERA REALIZARSE LA VERIFICACION DE INTEGRIDAD Y FUGAS DE FILTROS HEPA;* *DEBERA REALIZARSE MEDICION DE LA VELOCIDAD DE FLUJO* *CERTIFICACION DE FUNCIONAMIENTOS*	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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

La totalidad de datos técnicos, planos descriptivos de las tareas, asi como cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante el Area de Ingenieria Clinica de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCAS al correo **electromedicina@hospitalcuencaalta.org.ar**

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,*

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, resultara causal de desestimación de la oferta.

Plazo y Lugar de Entrega: La prestación del Servicio deberá resultar inmediata, en la sede la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC-Servicio de Laboratorio, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires, previa coordinación con el Área de Ingeniería Clínica al correo referido precedentemente o al teléfono 011-5273-4700. No se permitirá la realización de las tareas por 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	