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 **038** Año **2020**

**Ejercicio 2020**

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

Pedido de Provisión: **038-2020** Fecha **11/04/2020**

## Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 24 DE ABRIL 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 | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **PANEL LED 24 W**<br>*Referencia: Plafón para embutir*<br>*Blanco Frio Circular Ø30 CM*<br>*1600 Lumenes*<br>*220 v.* | **200** | | |
| **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 a requerimiento con disponibilidad 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** | |