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 **048** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Bateas plásticas, Cajas Plásticas y cepillos varios para el Servicio de Esterilización de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **050-2020** Fecha **17/04/2020**

Se recibirán Ofertas hasta el LUNES 04 DE MAYO 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	**BATEA / BANDEJA/ CONTENEDOR DE PLÁSTICO RECTANGULAR MEDIDAS APROXIMADAS 53 X 39 X 12 CM DE ALTO.** REFERENCIA: *DEBERAN SE APTAS PARA LAVADO DE PRODUCTOS MEDICOS DESCARTABLES Y CONTACTO CON DETERGENTE ENZINATICO Y SOLUCION DESINFECTANTE.* ***SE DEBERÁN PRESENTAR MUESTRAS FOTOGRÁFICAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS****, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER OTRO ELEMENTO CONDUCENTE A VALORAR LAS CUALIDADES DEL MATERIAL OFERTADO, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON NÚMERO DE RENGLON.*	24		
2	**CAJA PLÁSTICA MEDIDAS APROXIMADAS 47 X 34 X 28 CM DE ALTO (34 LITROS)** REFERENCIA: *DEBERAN SE APTAS PARA LAVADO DE PRODUCTOS MEDICOS DESCARTABLES Y CONTACTO CON DETERGENTE ENZINATICO Y SOLUCION DESINFECTANTE.* ***SE DEBERÁN PRESENTAR MUESTRAS FOTOGRÁFICAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS****, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER OTRO ELEMENTO CONDUCENTE A VALORAR LAS CUALIDADES DEL MATERIAL OFERTADO, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON NÚMERO DE RENGLON.*	24		
3	**CAJA PLÁSTICA MEDIDAS APROXIMADAS 52 X 37 X 31 CM DE ALTO (42 LITROS)** REFERENCIA: *DEBERAN SE APTAS PARA LAVADO DE PRODUCTOS MEDICOS DESCARTABLES Y CONTACTO CON DETERGENTE ENZINATICO Y SOLUCION DESINFECTANTE.* ***SE DEBERÁN PRESENTAR MUESTRAS FOTOGRÁFICAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS****, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER OTRO ELEMENTO CONDUCENTE A VALORAR LAS CUALIDADES DEL MATERIAL OFERTADO, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON NÚMERO DE RENGLON.*	24		
4	**CEPILLO RÍGIDO PARA LIMPIEZA DE CÁNULAS LARGO DE CERDA: 5 MM ANCHO}** *REFERENCIA:* ***SE DEBERÁN PRESENTAR MUESTRAS FOTOGRÁFICAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS****, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER OTRO ELEMENTO CONDUCENTE A VALORAR LAS CUALIDADES DEL MATERIAL OFERTADO, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON NÚMERO DE RENGLON.*	20		
5	**CEPILLO RÍGIDO PARA LIMPIEZA DE CÁNULAS LARGO DE CERDA: 15 MM ANCHO** *REFERENCIA:* ***SE DEBERÁN PRESENTAR MUESTRAS FOTOGRÁFICAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS****, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER OTRO ELEMENTO CONDUCENTE A VALORAR LAS CUALIDADES DEL MATERIAL OFERTADO, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON NÚMERO DE*	20		

	RENGLON.			
6	**CESTO CALADO RECTANGULAR MEDIDAS APROXIMADAS 32 CM ANCHO, 45 CM PROFUNDIDAD, 18 CM ALTURA** *REFERENCIA: SE DEBERÁN PRESENTARSE **MUESTRAS FOTOGRÁFICAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS**, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER OTRO ELEMENTO CONDUCENTE A VALORAR LAS CUALIDADES DEL MATERIAL OFERTADO, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON NÚMERO DE RENGLON.*	20		
7	**CEPILLO PARA LAVAR MAMADERAS** *REFERENCIA: SE DEBERÁN PRESENTARSE **MUESTRAS FOTOGRÁFICAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS**, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER OTRO ELEMENTO CONDUCENTE A VALORAR LAS CUALIDADES DEL MATERIAL OFERTADO, DEBIDAMENTE IDENTIFICADAS CON NÚMERO DE RENGLON.*	75		
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

INSCRICPION OBLIGATORIA: para efectuar su cotización los Oferentes deberán encontrarse inscriptos en el Registro de Proveedores de este Hospital, acompañando a su cotización con la CREDENCIAL HABILITANTE.

Aquellos proveedores que se encuentren PREINSCRIPTOS en el Registro del HCAS, deberán acompañar conjuntamente a su oferta con 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 necesidad, la Institución podrá solicitar muestras físicas de los insumos a cotizarse. La no presentación de las mismas en los términos establecidos 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. 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	