



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

Página : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

Número **052** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Cestos de Basura para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **055-2020** Fecha **21/04/2020**

Se recibirán Ofertas hasta el MARTES 19 DE MAYO DE 2020 a las 15:00 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.

REGLÓN	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	CESTO PLÁSTICO PARA SEPARACIÓN DE RESIDUOS. REFERENCIA: CAPACIDAD NO MENOR DE 68 LTS CON TAPA Y PEDAL COLOR NEGRO	20		
2	CESTO PLÁSTICO PARA SEPARACIÓN DE RESIDUOS. REFERENCIA: CAPACIDAD NO MENOR DE 68 LTS CON TAPA Y PEDAL COLOR AZUL	20		
3	CESTO PLÁSTICO PARA SEPARACIÓN DE RESIDUOS. REFERENCIA: CAPACIDAD NO MENOR DE 68 LTS CON TAPA Y PEDAL COLOR VERDE	20		
4	CESTO PLÁSTICO PARA RESIDUOS PATOGENICOS. REFERENCIA: CAPACIDAD 35 LITROS COLOR ROJO	100		
5	CESTO PLÁSTICO PARA RESIDUOS PLASTICOS. REFERENCIA: CAPACIDAD 35 LITROS COLOR NEGRO	100		
6	CONTENEDOR PLASTICO PARA RESIDUOS REFERENCIA: CAPACIDAD 1100 LITROS	3		
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

MUESTRAS: Se deberá acompañar muestras fotográficas, folletos, catálogos, o cualquier otro elemento conducente a valorar las cualidades del material ofertado. La no presentación de lo requerido en los términos establecidos podrá resultar causal de desestimación de la oferta.

INSCRIPCION 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,

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	