



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 **072** Año **2020**

Ejercicio 2020

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

Pedido de Provisión: **076-2020** Fecha **13/05/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 22 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.

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	CAMA CUCHETA SUPERPUESTA , MADERA REFORZADA REFERENCIA: PARA COLCHÓN DE 0,80 MTS. X1,90 MTS. CON ESCALERA Y BARANDA	13		
2	MESA DE LUZ, MADERA MACIZA CON CAJONERA REFERENCIA: MEDIDAS APROX. ALTO TOTAL FINAL 0.70 MTS.; ANCHO 0.45 MTS.; PROFUNDIDAD 0.40 MTS.	13		
3	COLCHON REFERENCIA: 0,80 MTS. X1,90 MTS	26		
4	ALMOHADA REFERENCIA: FORMA TRADICIONAL, 0,70 MTS. DE LARGO, HIPO ALERGENICA, ANTI HONGOS, ANTIBACTERIANA	26		
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

Aquellas firmas cotizantes, deberán acompañar:

1) El PRESENTE PEDIDO DE COTIZACION COMPLETO y FIRMADO;

2) Documentación emitida por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;

- 3) 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;**
- 4) Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires.**
- 5) Declaración Jurada 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 Jurada 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,**
- 6) 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 Renglón.**

Consultas y Especificaciones técnicas particulares. La totalidad de datos técnicos, planos descriptivos de las tareas, así como cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCAS al correo adriana.facin@hospitalcuencaalta.org.ar

Plazo y Lugar de Entrega: Entrega 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. 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	