



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](mailto:compras@hospitalcuencaalta.org.ar)

Página : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**

Número **074** Año **2020**

Ejercicio 2020

*Ref./ Adquisición de Insumos para el Servicio de Medicina Transfusional de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC*

Pedido de Provisión: **078-2020** Fecha **15/05/2020**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el 05 DE JUNIO DE 2020 A LAS 10:00 hs.**  
**vía correo electrónico a [compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto: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 | Marca | Precio Unitario | Precio Total |
|---|---|----------|-------|-----------------|--------------|
| <b>INSUMOS SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</b> |   |          |       |                 |              |
| 1   | TUBO CONTENIENDO EDTA CON SOLUCION ANTICOAGULANTE, CON CAPACIDAD DE 3 ML, SISTEMA AL VACIO.                 | 1000     |       |                 |              |
| 2   | TUBOS DE 5 ML, CONTENIENDO ACELERADORES DE LA COAGULACION Y GEL SEPARADOR, SISTEMA AL VACIO.                | 2000     |       |                 |              |
| 3   | TUBOS CONICOS, TRANSPARENTES CON TAPA A ROSCA, CAPACIDAD 15 ML.   | 1000     |       |                 |              |
| 4   | TUBOS CONTENIENDO CITRATO DE SODIO AL 3.8 %, CON CAPACIDAD DE 2.5 ML.                                       | 1000     |       |                 |              |
| 5   | CUCHILLAS (LAMINAS) DESCARTABLES PARA CONECTOR ESTERIL DE TUBULADURAS. CAJA DE 2 CASETE DE 70 UNIDADES C/U. | 420      |       |                 |              |
| 6   | BOLSAS DE TRANSFERENCIA PARA NEONATOLOGIA, CON 4 DIVISIONES, VENCIMIENTO NO MENOR A 12 MESES.               | 15       |       |                 |              |
| <b>TOTAL</b>                                      |   |          |       |                 |              |

**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](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones)

Aquellas firmas cotizantes, deberán presentar:

- 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 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.**

**6) 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,

**GARANTIA DE OFERTA:** en caso de corresponder los oferentes deberán enviar la **Garantía de la Oferta en Formato PDF** de conformidad a lo establecido en el Art.31 del Reglamento de Contrataciones del Hospital, y la misma deberá encontrarse disponible en formato original y en caso de resultar requerida por parte del HCAS deberá ser presentada en un plazo de 48 hs. La no presentación en términos del eventual requerimiento resultara causal de desestimación de oferta.

La garantía se calculará sobre la oferta de mayor monto, considerando además sus posibles ampliaciones o prórrogas. A saber:

**Oferta Menor a TRESCIENTOS MIL PESOS \$300.000**

**SIN GARANTÍAS de mantenimiento de Ofertas**

PAGARE 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

**Oferta Mayor a TRESCIENTOS MIL PESOS \$300.000 y Menor a OCHOCIENTOS MIL PESOS \$800.000**

PAGARE 2% para mantenimiento de Oferta.

POLIZA 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

**Oferta Mayor a OCHOCIENTOS MIL PESOS \$800.000 y Menor a CINCO MILLONES DE PESOS \$5.000.000**

PAGARE 2% para mantenimiento de Oferta.

POLIZA 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

**Oferta Mayor a CINCO MILLONES DE PESOS \$5.000.000**

POLIZA 2% para mantenimiento de Oferta.

POLIZA 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

**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.**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>FIRMA</b>             |  |
| <b>NOMBRE Y APELLIDO</b> |  |
| <b>CARGO</b>             |  |
| <b>Nº D.N.I.</b>         |  |
| <b>LUGAR Y FECHA</b>     |  |