



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 **079** Año **2020**

Ejercicio 2020

*Ref./Adquisición de Filtros y Porta Filtros para Modificación de Instalaciones Termomecánicas para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC*

Pedido de Provisión: **085-2020** Fecha **27/05/2020**

**Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 12 DE JUNIO DE 2020 a las 12:00 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.

| REGLÓN       | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|--------------|
| 1            | <b>CABINA PORTA FILTRO DE 3 ETAPAS (G4, F9 y H13)</b><br>REFERENCIA: <b>DIMENSIÓN EXTERIOR 625 X 625 X 900 MM.</b><br>3 accesos independientes por cada etapa, con puerta selladas con burletes y manija.<br>Bridas en ambas caras para acople a ductos, incluye reducciones a 300x400 en ambas bridas.<br>Todos los materiales deberán ser nuevos y originales, presentado con las garantías y documentación pertinentes.           | 1        |                 |              |
| 2            | <b>COMPRA DE CABINA PORTA FILTRO DE 3 ETAPAS (G4, F9 Y H13)</b><br>REFERENCIA: <b>DIMENSIÓN EXTERIOR 625 X 625 X 900 MM.</b><br>3 accesos independientes por cada etapa, con puerta selladas con burletes y manija. Bridas en ambas caras para acople a ductos, incluye reducciones a 450 x 500mm en ambas bridas<br>Todos los materiales deberán ser nuevos y originales, presentado con las garantías y documentación pertinentes. | 1        |                 |              |
| 3            | <b>COMPRA DE CABINA PORTA FILTRO DE 3 ETAPAS (G4, F9 y H13)</b><br>REFERENCIA: <b>DIMENSIÓN EXTERIOR 625 X 625 X 900 MM.</b><br>3 accesos independientes por cada etapa, con puerta selladas con burletes y manija. Bridas en ambas caras para acople a ductos, incluye reducciones a 600x500mm en ambas bridas<br>Todos los materiales deberán ser nuevos y originales, presentado con las garantías y documentación pertinentes.   | 1        |                 |              |
| 4            | <b>FILTRO D-PLC9CXX DE 595X595X048MM</b><br>REFERENCIA: Todos los materiales deberán ser nuevos y originales, presentado con las garantías y documentación pertinentes.                                                                                                                                                                                                                                                              | 3        |                 |              |
| 5            | <b>FILTRO P-FLU9GXX DE 595X595X150MM</b><br>REFERENCIA: Todos los materiales deberán ser nuevos y originales, presentado con las garantías y documentación pertinentes.                                                                                                                                                                                                                                                              | 3        |                 |              |
| 6            | <b>FILTRO HEPAFILH13 DE 610X610X292MM</b><br>REFERENCIA: Todos los materiales deberán ser nuevos y originales, presentado con las garantías y documentación pertinentes                                                                                                                                                                                                                                                              | 3        |                 |              |
| <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 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 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>     |  |