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 **105** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Servicio de Mantenimiento Preventivo de Respirador Acutronic de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **112-2020** Fecha **24/06/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 31 DE JULIO 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	**MANTENIMIENTO PREVENTIVO ANUAL CON CERTIFICACION DE FUNCIONAMIENTO :** **-Ventilador Acutronic modelo NS: AK18DD-01094** El mantenimiento por cada equipo debe tener: -Inspeccion integridad, daños y faltantes -Limpieza y mantenimiento del sistema ventilatorio -Aplicacion de Kit de mantenimiento anual -Reemplazo de bateria interna -Reemplazo de celda de oxigeno -Pruebas de fugas de alta y baja presion -Calibracion integral de la unidad -Test de seguridad electrica -Control y certificacion de funcionamiento.	1		
2	**MANTENIMIENTO PREVENTIVO ANUAL CON CERTIFICACION DE FUNCIONAMIENTO :** **-Ventilador Acutronic modelo NS: AK18FD-01168** El mantenimiento por cada equipo debe tener: -Inspeccion integridad, daños y faltantes -Limpieza y mantenimiento del sistema ventilatorio -Aplicacion de Kit de mantenimiento anual -Reemplazo de bateria interna -Reemplazo de celda de oxigeno -Pruebas de fugas de alta y baja presion -Calibracion integral de la unidad -Test de seguridad electrica -Control y certificacion de funcionamiento.	1		
3	**MANTENIMIENTO PREVENTIVO ANUAL CON CERTIFICACION DE FUNCIONAMIENTO :** **-Ventilador Acutronic modelo NS: AN11FD-1133** El mantenimiento por cada equipo debe tener: -Inspección integridad, daños y faltantes -Limpieza y mantenimiento del sistema ventilatorio -Aplicación de Kit de mantenimiento anual -Reemplazo de batería interna -Reemplazo de celda de oxigeno -Pruebas de fugas de alta y baja presión -Calibración integral de la unidad -Test de seguridad eléctrica -Control y certificación de funcionamiento.	1		
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

NOTA: cualquier tipo de consulta técnica y/o solicitud referida al dimensionamiento y/o alcance de la prestación deberá efectuarse ante el AREA DE INGENIERIA CLINICA al correo ingenieriaclinica@hospitalcuencaalta.org.ar

La presentación de la Oferta, implicara el pleno conocimiento del estado situacional de los equipos referidos y las necesidades de intervención de los mismos que resultan el objeto de la presente contratación.

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.*

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 encontrase 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: Prestación del Servicio Inmediata y/o según propuesta, 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	