



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
LICITACION PUBLICA**

Número **017** Año **2019**
SEGUNDO LLAMADO

Ejercicio 2020

Ref./ Contratación Integral del Servicio de Racionamiento de Cocido según
Pliego de Condiciones Particulares y Especificaciones Técnicas para el Hospital
de Cuenca Alta SAMIC – 1er.Semestre Año 2019

Pedido de Provisión: **115-2018** Fecha **29/11/2019**

FECHA DE APERTURA: JUEVES 20 DE AGOSTO DE 2020 – 10:00 HORAS

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 45.000,00

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	Precio Unitario \$ RACIÓN COMPLETA	Abono Mensual \$ Total 3500 RACIONES COMPLETAS	Abono Total \$ Periodo 5 meses
1	RACION COMPLETA DEL REGIMEN GENERAL (Incluye Desayuno, almuerzo, merienda y cena) en el marco de la prestación del Servicio de Racionamiento de cocido según Pliego de Condiciones Particulares y Especificaciones técnicos.			

Condiciones de Contratación: Según Especificaciones técnicas del Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 017/2019 SEGUNDO LLAMADO.

Forma de cotizar: Se deberá cotizar solamente la RACION COMPLETA DEL REGIMEN GENERAL que incluirá Desayuno, almuerzo, merienda y cena). Para valorizar la Ración Completa de los restantes regímenes y sus componentes, se tomarán los coeficientes que se consignan a continuación, considerando la RACION COMPLETA DEL RÉGIMEN GENERAL como coeficiente 1.

Régimen	Coeficiente
Ración completa Paciente Régimen General	1
Ración completa Régimen Diabético	1.2
Ración completa Régimen Blando / Hiposódico	1.2
Ración completa Régimen Post Operatorio II	1
Ración completa Régimen Post Operatorio I	0.8
Ración completa Régimen Líquido	0.2
Ración completa Régimen individual	1.3
Desayuno/Merienda personal autorizado	0.1
Almuerzo/Cena Personal Autorizado	0.45

	Colaciones	0.1	
	Refrigerio	0.4	
	Desayunos Donantes	0.15	

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

Plazo de Prestación de Servicio: La prestación del servicio se extenderá por un período de Cinco (05) meses a contar desde el 01 de Agosto de 2020 o bien a partir de los 5 (cinco) días desde el momento de recepción de la orden de compra y hasta el 31 de Diciembre de 2020, con opción a Prorroga del Servicio, a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 15 días de la finalización de dicho periodo.

Lugar de Entrega: Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sita en Ruta provincial Nº 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires.

SE HACE CONSTAR QUE DESDE EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y DURANTE TODO EL PROCESO DE CONTRATACIÓN, EL OFERENTE DEBERÁ ENCONTRARSE CON APTITUD VIGENTE PARA CONTRATAR EN SU CALIDAD DE PROVEEDOR DEL ESTADO Y EN PLENO CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES Y PREVISIONALES DE CONFORMIDAD A LA LEGISLACIÓN VIGENTE. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA CONDICIÓN, RESULTARA CAUSAL DE DESESTIMACIÓN DE LA OFERTA.

Pago: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura.

-Factura de acuerdo a Orden de Compra y de acuerdo al consumo certificado por la Institución.

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	