



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 **130** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Parque Informático para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC – TRAMITE URGENTE

Pedido de Provisión: **140-2020** Fecha **21/07/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el LUNES 10 DE AGOSTO 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.

RENGLÓN	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	COMPUTADORA PORTATIL SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS	10		
2	COMPUTADORA ESCRITORIO SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS	41		
TOTAL				

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Contratación Directa 130/2020.

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

Los oferentes deberán enviar:

- a) **PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO.** Se Podrá acompañar además propuesta económica en hoja membretada. **EL Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes a tal fin en carácter de declaración jurada.**
- b) **Garantía de la Oferta en Formato PDF** de conformidad a lo establecido en el punto 10 del presente Pliego. 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.
- c) **Credencial de proveedor del Hospital, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación .**
- d) **Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos** de la Provincia de Buenos Aires;
- e) **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.**

La falta de presentación de la documentación enumerada, podrá resultar causal de desestimación de la oferta por su apartamiento a los términos de la contratación.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN.

Entrega inmediata con anterioridad a los 10 (días) desde la recepción de la Orden de Compra.

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA.

La entrega de los equipos procederá en la Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires .

CONDICION DE PAGO

El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura.

PENALIDADES: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:

Por NO EFECTUAR LA ENTREGA en los plazos convenidos, cualquiera fuera la causa, se establecerá la penalización del UNO POR CIENTO (1%) de la facturación total por cada día de demora en término a los renglones no entregados. En caso de una demora de más de 10 Días conforme el plazo establecido, la sanción será la inmediata rescisión del contrato

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES-EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES

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	