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 **143** Año **2020**

Ejercicio 2020

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

Pedido de Provisión: **161-2020** Fecha **12/08/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 26 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	**Pila Ni-Mh AA. Recargable. Tensión nominal: 1,2 V. Capacidad no menor a 2000 Mah. Cilíndrica. Largo 50 mm. Diametro 14,2 mm**	120		
2	**Pila Alcalina AA / LR06. Tensión nominal: 1,5 V. Largo 50 mm. Diametro 14,2 mm**	150		
3	**Pila Alcalina AAA / LR03. Tensión nominal: 1,5 V. Largo 44,5 mm. Diametro 10,5 mm**	250		
4	**Pila Alcalina C / LR14. Tensión nominal: 1,5 V. Largo 46 mm. Diametro 26 mm**	230		
5	**Bateria Alcalina &LR61. Tensión nominal: 9V. prisma rectangular. Dimensiones: 48.5 mm x 26,5mm x 17,5 mm**	25		
6	**Pila de Litio CR2032. Tensión nominal. 3 V. Tipo botón. Alto. 3.2 mm. Diametro 20 mm**	200		
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 Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar via correo electrónico la siguiente documentación:

a) PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO en formulario Enviado a tal fin. *Se Podrá acompañar además propuesta económica en hoja membretada.* ***EL Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada, debiendo el mismo resultar coincidente con el acreditado en la constancia de proveedor que se solicita en el Punto c).***

b) 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

c) Credencial de proveedor del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner SAMIC, 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

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. A requerimiento con disponibilidad inmediata.

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La entrega de los insumos 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.

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	