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 **154** Año **2020**

Ejercicio 2020

Referente: Adquisición de Combustible para este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC.

Pedido de Provisión: **175-2020** Fecha **23/08/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el JUEVES 29 DE OCTUBRE DE 2020 a las 10:00 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.

SERVICIO DE PROVISIÓN DE COMBUSTIBLE PARA ESTE HCANK

RG		REFERENCIA	UNIDAD	PRECIO UNITARIO LITRO
Nº1	1.1	**PROVISIÓN DE COMBUSTIBLE NAFTA SUPER en surtidor para Vehículos de la Institución Autorizados**	**1 Litro**	
	1.2	**PROVISIÓN DE COMBUSTIBLE NORMA PREMIUM en surtidor para Vehículos de la Institución Autorizados**	**1 Litro**	
	1.3	**PROVISIÓN DE COMBUSTIBLE DIÉSEL NORMA EURO en surtidor para Vehículos de la Institución Autorizados**	**1 Litro**	
Nº2		**PROVISIÓN DE COMBUSTIBLE DIÉSEL NORMA EURO en la Sede del Hospital Cuenca Alta SAMIC**	**1 Litro**	

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

Aquellas firmas cotizantes, deberán presentar:

1) El **PRESENTE PEDIDO DE COTIZACION COMPLETO y FIRMADO** ;
2) **PROPUESTA DEL SERVICIO A PRESTARSE, CON LAS DISTINTAS MODALIDADES POSIBLES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO.**
3) **Documentación emitida por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP)** que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
4) **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;
5) **Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires.**
6) **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**.
7) ***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,

NOTA: se prestará significativa relevancia en el marco del análisis de las propuestas presentadas, a LAS BONIFICACIONES, DESCUENTOS, CONDICIONES DIFERENCIALES DE PAGO, etc que se formulen por parte de las firmas cotizantes.

PRESTACION DEL SERVICIO: la prestación del Servicio se efectuará conforme los términos de la propuesta integral requerida por el HCAS y la presentada por la firma adjudicataria, para la provisión de Combustible en las distintas modalidades detalladas precedentemente, tanto en la sede de este Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta Nº6 en su cruce con Ruta Nº 205, de la localidad de Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires. como a los vehículos autorizados con el despacho en surtidor.

CONSUMO Y PLAZO DE VIGENCIA DE LA ORDEN DE COMPRA: La presente Orden de Compra tendrá vigencia por el plazo de 180 días a contar desde la fecha de la presente, con opción a prorroga del servicio. **El costo del combustible responderá exclusivamente al valor de pizarra al día del consumo, sin abonarse cargos por gestión administrativa, ni adicionales de ningún tipo.**

ENTREGA DE SERVICIO: la provisión del servicio resultara a requerimiento de la institución, mediante las gestiones administrativas que se realicen de manera exclusiva el Área de Administración y Operaciones del HCAS.

FACTURACION Y PAGO: La facturación deberá efectuarse al HCANK de conformidad a la presente y su pago resultará con anterioridad a los 30 días de presentada la factura **o conforme la propuesta de servicio efectuada y aceptada por el HCANK.**

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	