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 **207** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Mascaras de Protección Facial para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **233/2020** Fecha **15/10/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 11 DE NOVIEMBRE 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.

ADQUISICION MASCARAS DE PROTECCION FACIAL HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	**MÁSCARAS PROTECCIÓN FACIAL.** REFERENCIA: La máscara de protección facial tipo burbuja debe ser rígida y transparente, preferentemente de material acrílico o equivalente. Debe ser capaz de cubrir desde la parte superior de la frente hasta la parte baja del mentón, con posibilidad de realizar ajustes en su mecanismos de sujeción para mejorar la posición de uso y garantizar la correcta sujeción. El material debe soportar agentes químicos de limpieza y desinfección sin variar sus carácteristicas fisicas, tales como dureza y transparencia.	10		
			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

Además, la presentación de Oferta implicara la DECLARACIÓN POR PARTE DEL OFERENTE QUE EL MISMO NO HA SIDO DEMANDADO POR LA NACIÓN Y/O LA **PROVINCIA DE BUENOS AIRES O SUS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS POR CAUSAS FISCALES O CONTRACTUALES,** y de ***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

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

I) **EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO** ***por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,***

II) **DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP)** que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;

III) **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;

IV) **CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

V) **GARANTIA DE OFERTA EN FORMATO PDF** conforme a lo dispuesto en Anexo A Punto II del Reglamento de Compras y

Contrataciones del Hospital. La garantía se calculará sobre la oferta de mayor monto, considerando además sus posibles ampliaciones o prórrogas. A saber:

a) Oferta Mayor a CINCO MILLONES DE PESOS $5.000.000
POLIZA 2% para mantenimiento de Oferta.
POLIZA 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato
b) 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
c) 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
d) Oferta Menor a TRESCIENTOS MIL PESOS $300.000
PAGARE 2% para mantenimiento de Oferta.
PAGARE 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

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.

VI) MUESTRAS: Se deberá acompañar muestras fotográficas, folletos, catálogos, o cualquier otro elemento conducente a valorar las cualidades del material ofertado. La no presentación de lo requerido en los términos establecidos podrá resultar causal de desestimación de la oferta.

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: **ENTREGA INMEDIATA** 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.

PAGO: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

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	