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 **211** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Contratación del Servicio de Medición de Puesta a Tierra para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **238/2020** Fecha **16/10/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 06 DE NOVIEMBRE 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.

CONTRATACION DE SERVICIO HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	**CONTRATACION DE UN SERVICIO DE MEDICION DE PUESTA A TIERRA PARA ESTE HCANK SEGÚN LEGISLACION VIGENTE** REFERENCIA:SE DEBERA EFECTUAR LA MEDICION DE 15 JAVALINAS, PRUEBA DE DIYUNTORES DE 70 TABLEROS CON 700 DIYUNTORES Y PRUEBA DE CONTINUIDAD EN 300 TOMA CORRIENTES AL AZAR MEDIANTE LA UTILIZACION DE EQUIPOS CERTIFICADO Y HOMOLADOS . SE DEBERA ENTREGA DE INFORME SEGÚN RES.900/15 (SRT) FIRMADO POR INGENIERO Y/O TECNICO MATRICULADO Y VISADO POR EL COLEGIO DE TECNICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O EL COPIME E INFORME TECNICO DETALLADO CON CONSIDERACIONES, RECOMENDACIONES Y/O ADECUACIONES QUE PUDIERAN CORRESPONDER..			
			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) **PROPUESTA DE SERVICIO PARA LOS TRABAJOS A REALIZARSE LA CUAL DEBERÁ CONTAR con:**

- **Antecedentes y experiencias comprobables en la realización de tareas/intervenciones similares a las requeridas en la presente en Instituciones de igual característica y/o envergadura que la destinataria del requerimiento.**
- **Declaración jurada que contemple que sus técnicos disponen de la suficiente idoneidad para efectuar los trabajos necesarios para cumplir con las condiciones de servicio requeridas, con envio de Copia de Matricula de los ingenieros y/o técnicos que desarrollaras las tareas.**
- **Declaración jurada que contemple la disponibilidad inmediata para entrega de la prestación requerida.**

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. Se podrán considerar propuestas con plazos de cumplimiento de la prestación diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

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	