


**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 **228** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de adquisición de repuestos e insumos para mantenimiento preventivo y correctivo de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

 Pedido de Provisión: **253/2020** Fecha **29/10/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el JUEVES 26 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.

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Display para Centrífuga de mesa marca Presvac, modelo DCS 16. Display gráfico LCD 128x64 puntos. Controlador integrado. Número de pieza: WG12864A-TML-V#N .	2		
2	Resistencia calefactora esterilizador por infrarrojos. Resistencia calefactora compatible con esterilizador por infrarrojos ORL -Ei/D	2		
3	Kit Tubo germicida UV-C. Tubo UV-C de 254 nm longitud de onda aproximada. El mismo debe ser T8 de 30W de potencia, base G13. Debe incluir listón compatible con el tubo anteriormente enumerado y Balasto para el mismo.	2		
4	Amortiguador para silla móvil de donación de sangre. Resorte a gas compatible con silla para donación de sangre. Número de parte R21002.	3		
5	Removedor de partículas en aerosol. Removedor partículas gaseoso inerte y no inflamable. Se requiere que el mismo sea de alta pureza, apto para uso en instrumentos ópticos. Envase de al menos 200 gr. de contenido neto.	15		
6	Filtro HEPA Referencia H14 900X600X78 C/B EN CARA ENTRADA 1000 m ³ /H	1		
7	Filtro de Partículas de Aire Referencia Filtro D-PLC9CXX-595-595-048	1		
8	Cuchillas para cortadora de gasa Dapet volpe 5" 1/4	6		
9	Cargador de batería 100-240Vac 50-60Hz / 13.8Vdc 48W Compatible con aspiradores marca Silfab N8VP	5		
10	Motor de elevación de altura cama de UTR	2		
11	Batería 14,8V 3Ah Compatible con cardiodesfibrilador marca Mindray, modelo Beneheart D3 con los que cuenta la institución.	2		
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 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.

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	