Hospital de Alta Complejidad
CUENCA ALTA SAMIC

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
LICITACION PUBLICA

Número **003** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Contratación del Servicio de Lavadero con Provisión de Ropa para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **043-2020** Fecha **16/04/2020**

FECHA DE APERTURA: VIERNES 19 DEJUNIO DE 2020 – 10:00 HS.

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO $ 35.000,00

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	Precio Unitario Abono Mes	Precio Total Abono por 8 Meses
1	***Servicio de Lavadero Externo con Provisión de Ropa*** *según Especificaciones Técnicas del Pliego de Condiciones Particulares para este Hospital de Cuenca Alta SAMIC.*		

FORMA DE COTIZAR El Oferente deberá efectuar su cotización por renglón Único Nº1 por SERVICIO DE LAVADERO EXTERNO CON PROVISION DE ROPA por el periodo de 8 Meses con opción a prorroga hasta por igual periodo y conforme el siguiente alcance de la prestación a saber:

PRENDAS DE USO GENERAL	CANTIDAD ESTIMADA MES 2020	CANTIDAD TOTAL CONTEMPLADA 8 MESES 2020	STOCK REQUERIDO RESERVA SEDE HCAS (DIA)
SABANAS	18000	144.000	600
SALEAS	9000	72000	300
SABANAS CUNAS	1800	14400	100
FUNDAS	9000	72000	300
CUBRECAMAS	1500	12000	50
CUBRECAMAS CUNAS	900	7200	30
FRAZADAS	1500	12000	50
CAMILLEROS	1500	12000	50
PRENDAS CENTRO QUIRURGICO	**CANTIDAD ESTIMADA MES 2020**	**CANTIDAD TOTAL CONTEMPLADA 8 MESES 2020**	**STOCK REQUERIDO RESERVA SEDE HCAS (DIA)**
AMBOS CENTRO QUIRURGICO	4500	9000	150
CAMISOLINES	3000	6000	100
CAMISOLINES HEMORREPELENTES	3000	600	100
CAMPOS GRANDES	1800	3600	60
CAMPOS CHICOS	1800	3600	60

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN: Conforme Especificaciones Técnicas del Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 003/2020.

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

PLAZO DE CUMPLIMIENTO Y VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN. La prestación del servicio se extenderá por un período de Ocho (08) meses a contar desde el 01 de Mayo de 2020 o bien a partir de los 5 (cinco) días desde el momento de recepción de la orden de compra y hasta el 31 de Diciembre de 2020, con opción a Prorroga del Servicio hasta por igual periodo, a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 15 días de la finalización de dicho periodo.

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sita en Ruta provincial Nº 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires.

OBTENCION DEL PLIEGOS DE CONDICIONES PARTICULARES.-. Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Suministros del Hospital, hasta 72 horas hábiles con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de la suma establecida de Pesos Treinta y Cinco Mil ($35.000,00)) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N°°1800022504 Sucursal 1290, CBU 0110180120018000225048-Avda.Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires

PAGO: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura.

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	