

 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 www.hospitalcuencaalta.org.ar	Página: 1 / 4
	PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA Número 164 Año 2020 Ejercicio 2020
	<i>Ref./ Adquisición de Mobiliarios varios para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC",</i>
	Pedido de Provisión: 182-2020 Fecha 02/09/2020

Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 02 DE OCTUBRE 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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	ESCRITORIO RECTO REFERENCIA: construido en melamina de 25mm con tapa color ceniza y base en color gris grafito con dos cajones con llave color gris grafito. Todo con cantos de ABS. Medidas aproximadas: 1,20m de largo x 0,60m de ancho x 0,75 de altura. Manijas plásticas negras o blancas opcional metálicas (a elección según muestra) Regatones regulables en altura. Observaciones: La mercadería se entrega armada. Garantía: 12 meses.	20		
2	MESA RECTANGULAR REFERENCIA: Realizada en melamina de 18 mm de espesor, cantos en ABS al tono y base en H con regatones. Medidas aproximadas: 1,20 m largo x 0,80 m ancho x 0,76 m de alto. Colores combinados a elección según muestras. Garantía: 12 meses.	2		
3	PERCHERO DE PARED DE CAÑO ESMALTADO, COLOR NEGRO. REFERENCIA: Con tres astas o ganchos dobles (superiores e inferiores). Lado máximo 55 cm. Garantía: 6 meses.	22		
4	SILLA OPERATIVA DE OFICINA. REFERENCIA: De base fija con apoya brazo y estructura reforzada de caño oval de 30/14 x 1,21 mm de espesor, acabado color negro con pintura epoxi de alta calidad. Asiento y respaldo relleno con espuma de alta densidad. Tapizado	20		

	en ecocuero color a definir. Garantía: 6 meses.			
5	SILLA OPERATIVA DE OFICINA APILABLE REFERENCIA: de base fija y estructura reforzada de caño oval de 30/14 x 1,21 mm de espesor, acabado color negro con pintura epoxi de alta calidad. Los cascos inyectados del asiento y respaldo serán de polipropileno de gran espesor lo que asegura una larga durabilidad. El color será a elección según muestras. Especificaciones técnicas: Dimensiones aproximadas: Asiento: 37 cm de ancho x 34 cm de profundidad. Respaldo: 34 cm de ancho x 19 cm de altura. Espesor: igual o mayor a 5 mm Peso total no mayor a 2 kg Garantía: 6 meses.	40		
6	SILLAS CAJERO CON ARO APOYA PIES CON RESPALDO ALTO. REFERENCIA: Mecanismo ergonómico con riñonera de contacto permanente. Sistema de regulación de altura neumático. Giratoria. Apoyabrazos cromados con detalles de tapizados en ecocuero color negro y base estrella de cinco ramas cromada y ruedas de silicona. Tapizadas en ecocuero color negro. Garantía: 6 meses.	3		
7	MESA ACCESORIA DE TRABAJO REFERENCIA: 2 estantes con Ruedas de 120 x 40 x 90 cm.	2		
8	MESA ACCESORIA DE TRABAJO REFERENCIA: 2 estantes con Ruedas de 60 x 40 x 80 cm.	4		

CONSULTAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARTICULARES. La totalidad de datos técnicos o cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante el Área de Arquitectura Hospitalaria la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCAS al correo arho.hca@gmail.com

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

- a) **EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO** *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,*
- b) **DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP)** que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
- c) **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;
- d) **CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: ENTREGA A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD 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 propuestas de entrega y plazos 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.

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.

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	