



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
www.hospitalcuencaalta.org.ar

PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

Número **233** Año **2020**

Ejercicio 2020

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

Pedido de Provisión: 259/2020 Fecha 04/11/2020

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MARTES 17 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	AMBO BLANCO C/ LOGO BORDADO TALLE S	80		
2	AMBO BLANCO C/ LOGO BORDADO TALLE M	100		
3	AMBO BLANCO C/LOGO BORDADO TALLE L	100		
4	AMBO BLANCO C/ LOGO BORDADO TALLE XL	50		
5	AMBO BLANCO C/ LOGO BORDADO TALLE XXL	40		
6	AMBO BLANCO C/ LOGO BORDADO TALLE XXXL	20		
7	AMBO BLANCO C/ LOGO BORDADO TALLE XXXXL	20		
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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

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

- EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,*
- DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP) que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
- 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;
- CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.
- Declaración en instrumento privado que indique que no ha sido demandado por la Nación y/o la Provincia de

Buenos Aires o sus entidades descentralizadas por causas fiscales o contractuales.

f) **Declaración en instrumento privado que indique 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,

g) **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.

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.

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES

EL logo requerido en las prendas que procuran adquirirse deberá encontrarse bordado y resultar coincidente con el incorporado al pie del presente. La totalidad de detalles particulares sobre el diseño del logo, su pedido como así cualquier otra consulta o necesidad de índole grafica y/o de diseño, deberá ser requerida por los Oferentes ante el Área de Comunicación Social y Relaciones Institucionales de este HCANK al correo comunicacionsocial@hospitalcuencaalta.org.ar



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	