



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 **237** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Insumos varios para el Centro Quirúrgico de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: 264/2020 Fecha 05/11/2020

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MARTES 01 DE DICIEMBRE 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	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	VALVULA D RUBENS - CODO BOLSA	2			
2	MASCARAS FACIALES SILICONADAS N° 1	2			
3	MASCARAS FACIALES SILICONADAS N° 2	2			
4	MASCARAS FACIALES SILICONADAS N° 3	2			
5	MASCARAS FACIALES SILICONADAS N° 4	2			
6	MASCARAS FACIALES SILICONADAS N° 5	2			
7	MASCARAS FACIALES SILICONADAS N° 6	2			
8	GUÍA ESTILETE INTERCAMBIADOR / VARA DE ESCHMAN ADULTO	2			
9	GUÍA ESTILETE INTERCAMBIADOR / VARA DE ESCHMAN PEDIATRICO	2			
10	CIRCUITO PARA ANESTESIA JACKSON REES (BARAKA)	2			
11	CANULAS DE MAYO N° 000	4			
12	CANULAS DE MAYO N° 000	4			
13	CANULAS DE MAYO N° 00	4			
14	CANULAS DE MAYO N° 0	4			

15	CANULAS DE MAYO N° 1	4			
16	CANULAS DE MAYO N° 2	4			
17	CANULAS DE MAYO N° 3	4			
18	MASCARAS LARINGEAS DE 2° GENERACIÓN TIPO GEL N ° 0	1			
19	MASCARAS LARINGEAS DE 2° GENERACIÓN TIPO GEL N ° 1	1			
20	MASCARAS LARINGEAS DE 2° GENERACIÓN TIPO GEL N ° 2	1			
21	MASCARAS LARINGEAS DE 2° GENERACIÓN TIPO GEL N ° 3	2			
22	MASCARAS LARINGEAS DE 2° GENERACIÓN TIPO GEL N ° 4	2			
23	MASCARAS LARINGEAS DE 2° GENERACIÓN TIPO GEL N ° 5	2			
24	FASTRACH REUTILIZABLES N° 3	1			
25	FASTRACH REUTILIZABLES N° 4	1			
26	FASTRACH REUTILIZABLES N° 5	1			
27	BOLSAS DE ANESTESIA X 0,5 LT.	5			
28	ARNES MASCARA FACIAL ADULTO	3			
29	ARNES MASCARA FACIAL PEDIATRICO	3			
30	ARNES MASCARA FACIAL NEONATAL	2			
31	REUCITADOR PEDIATRICO	2			
32	MASCARA FACIAL PARA GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	3			
33	SET PARA CRICOTOMÍA	1			
34	CATETER MOUNT EXPANSIBLE	20			
35	MASCARAS LARINGEAS ESPIRALADAS N° 3	1			
36	MASCARAS LARINGEAS ESPIRALADAS N° 4	1			

37	MASCARAS LARINGEAS ESPIRALADAS N° 5	1			
				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

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:

- a) **PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO** en formulario Enviado a tal fin. *Se Podrá acompañar además propuesta económica en hoja membretada. EL Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada, debiendo el mismo resultar coincidente con el acreditado en la constancia de proveedor que se solicita en el Punto b).*
- b) **CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, DEL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O DE LA NACIÓN.**
- c) **CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES;**

La falta de presentación de la documentación enumerada en el presente Artículo, será inexcusable y podrá resultar causal de desestimación de la oferta por su apartamiento a los términos de la contratación.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. ENTREGA.

La Entrega a requerimiento con disponibilidad inmediata a partir de los 5 (cinco) días de recibida la Orden de Compra

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA

La entrega de los insumos procederá 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. No se permitirán entregas fuera de los referidos días y horarios establecidos a tal fin, salvo pedido expreso del proveedor y consecuente autorización por parte de las autoridades del HCAS.

PENALIDADES: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:

Por NO EFECTUAR LA ENTREGA en los plazos convenidos, cualquiera fuera la causa, se establecerá la penalización del

UNO POR CIENTO (1%) de la facturación total por cada día de demora en termino a los renglones no entregados. En caso de una demora de más de 10 Días conforme el plazo establecido, la sanción será la inmediata rescisión del contrato.

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

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES-

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	