



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 **242** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Polarización de Vidrios del Hall de acceso de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: 270/2020 Fecha 11/11/2020

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el LUNES 28 DE DICIEMBRE 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.

POLARIZACION DE HALL - HCAN K				
RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1.1	VINILO MICROPERFORADO AUTOADHESIVO CON PROTECCION SOLAR (PROCESO CONTRA RAYOS UV) Referencia: FRENTE BLANCO-DORSO NEGRO 1MM ESPESOR.	12 PAÑOS de 1.44 x 1.54mts		
1.2	16 PAÑOS REPARTIDOS, 12 paños de 1.44 x 1.54mts y 4 paños de 0.61x 1.54mts. TRABAJO EN ALTURA 7 mts. SE DEBERÁN TOMAR LAS MEDIDAS EN OBRA Y SE DEBERA REALIZAR LA COLOCACION DEL POLARIZADO	4 PAÑOS DE 0.61x 1.54mts,		
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

Además, la presentación de Oferta implicará 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

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 de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCAS al correo arho.hca@gmail.com

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;

- 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.**
- e) **CERTIFICADO DE VISITA A LAS INSTALACIONES EN LAS CUALES SE DESARROLLARÁN LAS TAREAS.**

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

CONSIDERACION DE OFERTAS: *la consideración de propuestas y su adjudicación procederá según conveniencia por la integralidad de Renglones Nº1.1 y Nº1.2*

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. **Se podrán considerar propuestas sobre 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	