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 **250** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición Insumos Varios para el Área de Ingeniería Hospitalaria de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **275/2020** Fecha **16/11/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 02 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.

ADQUISICIÓN DE INSUMOS DE NETWORKING Y VARIOS - HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	**CABLE TIPO TALLER DE 3 x 2,5MM** Ref: rollo de 100 metros.	5			
2	**CABLE TIPO TALLER DE 3 x 4MM** Ref: rollo de 100 metros.	1			
3	**REPARTIDOR TETRAPOLAR 4 x 7 BOCAS DE 100 AMPERS.**	4			
				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 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

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 Ingeniería Hospitalaria de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCAS al correo **ingenieriahospitalaria@hospitalcuencaalta.org.ar**

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar vía 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 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. **Se podrán considerar propuestas con plazos de entrega 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 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	