



Hospital de Alta Complejidad
CUENCA ALTA SAMIC

**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

Página : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

Número **126** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Insumos varios para ser destinados al Servicio de Hemoterapia al Hospital Del Bicentenario Esteban Echeverría

Pedido de Provisión: **136-2020** Fecha **20/07/2020**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta MIÉRCOLES 05 DE AGOSTO DE 2020
a las 11:00 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
INSUMOS VARIOS SERVICIO DE HEMOTERAPIA					
1	ANTI A 10 ML	20			
2	ANTI B 10 ML	20			
3	ANTI D 10 ML	10			
4	ANTI AB 10 ML	10			
5	COOMBS 10 ML	10			
6	ANTI C ML 10 ML	5			
7	ANTI E 10 ML	5			
8	ANTI C' 10 ML	5			
9	POOL DE DETECCION ANTICUERPO X UNIDAD	20			
10	POOL DE INVERSA X UNIDAD	20			

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

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar via 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 c).*

b) **GARANTIA DE OFERTA:** en caso de corresponder los oferentes deberán enviar la **Garantía de la Oferta en Formato PDF** de conformidad a lo establecido en el Art.31 del Reglamento de Contrataciones del Hospital, y 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.

La garantía se calculará sobre la oferta de mayor monto, considerando además sus posibles ampliaciones o prórrogas. A saber:

Oferta Menor a TRESCIENTOS MIL PESOS \$300.000

SIN GARANTÍAS de mantenimiento de Ofertas

PAGARE 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

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

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

Oferta Mayor a CINCO MILLONES DE PESOS \$5.000.000

POLIZA 2% para mantenimiento de Oferta.

POLIZA 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

c) **Credencial de proveedor del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.**

d) **Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires;**

ADJUDICACION Y ENTREGA DE EQUIPO EN COMODATO: la adjudicación procederá conforme consideración de mayor conveniencia por la integralidad de Renglones Nº 1 a Nº 10. La firma que resulte adjudicada por lo referidos renglones deberá efectuar la entrega en comodato y sin cargo durante un periodo de 6 (Seis) Meses, asumiendo su instalación, mantenimiento, servicio técnico sin cargo durante dicho periodo de los siguientes equipos:.

1. **HELADERA LÍNEA BLANCA CANTIDAD (1 UNIDAD).**
2. **HELADERA BAJO MESADA CANTIDAD (2 DOS UNIDADES).**
3. **BAÑO TERMÓSTATO CANTIDAD (1 UNIDAD).**
4. **BALANZA CANTIDAD (1 UNIDAD).**
5. **FREEZER -30º CANTIDAD (1 UNIDAD).**
6. **TERMÓMETRO DIGITAL CANTIDAD (1 UNIDAD).**
7. **CENTRIFUGA DE MESA (1 UNIDAD).**

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. ENTREGA.

La Entrega deberá resultar a requerimiento con disponibilidad inmediata, según necesidades del servicio, dentro de las 24 hrs de recibido, iniciando la misma a partir de la emisión de la orden de compra durante un periodo de 6 meses desde la recepción de la Orden de Compra. El vencimiento de los reactivos deberá ser no menor de (12) meses a partir de la fecha de entrega. La provisión de controles de calidad internos deberá asegurarse el mismo lote de controles por un periodo no menor a 6 meses.

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA

La entrega de los insumos procederá en la **Sede del Hospital del Bicentenario de Esteban Echeverría, sito en San Martín 504, Esteban Echeverría, Pcia.de Buenos Aires.**

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 término 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.

EL PAGO SE EFECTUARÁ DESDE ESTE HOSPITAL DE CUENCA ALTA NESTOR KICHNER SAMIC con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. **Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS**

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	