

## HOSPITAL CUENCA ALTA NESTOR KIRCHNER SAMIC

Ruta Provincial № 6, cruce con la Ruta 205, Cañuelas,
Provincia de Buenos Aires;
C.U.I.T.: 30-71508015-6 IVA: Exento
compras@hospitalcuencaalta.org.ar

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PÚBLICA

Número 018 Año 2019 SEGUNDO LLAMADO

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Insumos varios con Entrega de Equipos en Comodato sin cargo para el Servicio de Diagnostico por Imágenes de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: 116-2019 Fecha 29/11/2019

## FECHA DE APERTURA: 27 DE MAYO DE 2020 – 10:00 HS.

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 750,00

<u>SEÑOR PROVEEDOR:</u> 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.

| Renglón                          | Descripción  | Cantidad | Marca | Precio<br>Unitario | Precio Total |  |
|----------------------------------|--|----------|-------|--------------------|--------------|--|
| INSUMOS DIAGNOSTICO POR IMAGENES |  |          |       |                    |              |  |
| 1                                | CONTRASTE IODADO NO IONICO ENDOVENOSO<br>(350-370MG/ML) FRASCOS 100 ML PARA<br>TOMOGRAFÍA COMPUTADA.   | 480      |       |                    |              |  |
| 2                                | CONECTORES PARA BOMBAS DE INFUSION DE CONTRASTE  | 660      |       |                    |              |  |
| 3                                | JERINGAS PARA BOMBAS DE INFUSION   | 240      |       |                    |              |  |
| 4                                | BOMBA INYECTORA: CABEZAL DE SIMPLE JERINGA; PEDESTAL DE ALTURA FIJA; MONITOR INTERACTIVO COLOR PARA PROGRAMACIÓN DE PROTOCOLOS; CONSOLA ELECTRÓNICA; sumado a un CALENTADOR ESTUFA DE FRASCO AMPOLLA DE CONTRASTE ENDOVENOSO con ENTREGA EN COMODATO SIN CARGO desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020 |          |       |                    |              |  |
| TOTAL                            |  |          |       |                    |              |  |

**Condiciones de Contratación:** Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 018/2019 SEGUNDO LLAMADO.

**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

SE HACE CONSTAR QUE DESDE EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y DURANTE TODO EL PROCESO DE CONTRATACIÓN, EL OFERENTE DEBERÁ ENCONTRARSE CON APTITUD VIGENTE PARA CONTRATAR EN SU CALIDAD DE PROVEEDOR DEL ESTADO Y EN PLENO CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES Y PREVISIONALES DE CONFORMIDAD A LA LEGISLACIÓN VIGENTE. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA CONDICIÓN, RESULTARA CAUSAL DE DESESTIMACIÓN DE LA OFERTA.

Plazo y Lugar de Entrega: Entrega a requerimiento del del HCAS. Los insumos requeridos deberán ser entregados 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.

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.

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     |  |  |  |  |