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

Anexo Unico

PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA

Número **009** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Medicamentos para el Servicio de Farmacia de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **009-2020** Fecha **11/03/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el JUEVES 02 DE ABRIL 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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
MEDICAMENTOS					
ANESTÉSICOS					
1	PROPOFOL 2% VIAL POR 50 ML	830			
2	TIOPENTAL SÓDICO 1 GR F.A	15			
ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS					
3	PARACETAMOL 1000 MG/ 100 ML SACHET	100			
ANTIINFECCIOSOS					
4	PIRIMETAMINA 25 MG CP	150			
APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO					
5	VASELINA LÍQUIDA 250 ML	100			
NUTROTERAPICOS					
6	ÁCIDOS GRASOS + ACEITE DE SOJA + TRIGLICÉRIDOS AL 20% 500 ML F.A	5			
APARATO GENITOURINARIO, HORMONAS Y ANTAGONISTAS					
7	ATOSIBAN 7,5 MG/ 1 ML 5 ML F.A	18			
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

Aquellas firmas cotizantes, deberán acompañar al ***PRESENTE PEDIDO DE COTIZACION COMPLETO y FIRMADO*** *la siguiente documentación:*

1) Documentación emitida por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;

2) 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;

3) Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires.

4) Declaración en instrumento privado que indique que no ha sido demandado por la Nación y/o la Provincia de Buenos Aires o sus entidades descentralizadas por causas fiscales o contractuales.

5) Declaración en instrumento privado que indique 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,*

6) Los oferentes deberán presentar en el momento de cotizar con la oferta y en caso de corresponder:

- ***Certificado de habilitación con su correspondiente disposición otorgado por la Autoridad Sanitaria Fiscalizadora A.N.M.A.T o Ministerio de Salud según corresponda.***

- Disposición del profesional responsable que figure como Director Técnico extendido por el Ministerio de Salud u Organismo responsable.

- Certificado de autorización para el libre tránsito interprovincial extendido por la autoridad competente.;

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 Inmedidta. 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	