



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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

Número **062** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Antisépticos y Desinfectantes para ser destinados al Hospital del Bicentenario Esteban Echeverría, pcia. De Buenos Aires.

Pedido de Provisión: **066-2020** Fecha **05/05/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta 20 DE MAYO 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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES					
1	AGUA OXIGENADA 10 VOLÚMENES POR 1 LITRO	120			
2	ALCOHOL 70° 500 ML	1000			
3	ALCOHOL EN GEL 250ML CON VALVULA DOSIFICADORA	900			
4	CLORHEXIDINA 4% JABONOSA 500 ML CON VALVULA DOSIFICADORA	300			
5	CLORHEXIDINA 2%-ALCOHOL ISOPROPÍLICO 70% 1,6 ML HISOPO MONODOSIS	600			
6	DETERGENTE DESINFECTANTE PARA DISPOSITIVOS MEDICOS, AMONIO CUATERNARIO POR 750 ML LISTO PARA USAR	150			
7	DETERGENTE TRIENZIMÁTICO 5 LITROS CON VALVULA DOSIFICADORA	16			
8	ODOPOVIDONA 10% SOLUCIÓN POR 250 ML CON VALVULA DOSIFICADORA	240			
9	ODOPOVIDONA 5% JABON POR 250 ML CON VALVULA DOSIFICADORA	120			
10	NITROFURAZONA 0,2% SOLUCION 1 LITRO	30			
11	PAÑO DESCARTABLE DE CLORHEXIDINA PARA BAÑO INSTANTÁNEO SIN AGUA	4000			
TOTAL					

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Contratación Directa 062/2020.

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 9-c).*
- b) **Garantía de la Oferta en Formato PDF** de conformidad a lo establecido en el punto 10) del presente Pliego. 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.
- 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;**

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

MUESTRAS

En caso de necesidad, la Institución podrá solicitar muestras de los insumos a cotizarse.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. ENTREGA.

La Entrega deberá resultar de **70% de total adjudicado con anterioridad a los 5 (cinco) días** de recibida la Orden de Compras y saldo restante del 30% adjudicado a requerimiento con disponibilidad Inmediata dentro de los **60 días de recibida la Orden de Compra.**

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA

La entrega de los insumos procederá en la **Sede del Hospital DeL Bicentenario 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 termino 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	