



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 / 8

PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

Número **024** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Adquisición de Insumos de Papelería Institucional para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **039/2024** Fecha **25/03/2024**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el LUNES 22 DE ABRIL DE 2024 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.

INSUMOS HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	LIBRO DE PRACTICAS PARA EL CENTRO QUIRURGICO HCANK. REFERENCIA: según especificaciones técnicas del presente.	2		
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 Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en <https://www.hospitalcuencaalta.org.ar/>.

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

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL. Los proveedores cotizantes, deberán enviar **EN SOBRE CERRADO** la siguiente documentación:

- EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada*,
 - CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.
 - DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP) que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
 - 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;
 - GARANTIA DE LA OFERTA**, conforme lo dispuesto en el Anexo A Punto II del Reglamento de Compras y Contrataciones del Hospital. La garantía se calculará sobre la oferta de mayor monto, considerando además sus posibles ampliaciones o prórrogas.
- A saber:

a) Oferta Mayor a CINCO MILLONES DE PESOS \$5.000.000

POLIZA 2% para mantenimiento de Oferta.

POLIZA 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato

b) 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

c) 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

d) Oferta Menor a TRESCIENTOS MIL PESOS \$300.000

PAGARE 2% para mantenimiento de Oferta.

PAGARE 10% en adjudicación para mantenimiento de Contrato.

PLAZO MANTENIMIENTO OFERTA. Los oferentes deberán mantener las ofertas por el plazo mínimo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: ENTREGA A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD 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, previa coordinación de entrega con 48 horas de antelación con la Comisión de Recepción de este Hospital, al teléfono 011-5273-4700. **Se podrán considerar propuestas con formas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

PAGO: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. **Se podrán considerar propuestas formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

PENALIDADES: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO. Por **NO EFECTUAR LA ENTREGA/PRESTACION** 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 caso de una demora de más de 10 Días conforme el plazo establecido, la sanción será la inmediata rescisión del contrato.

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA.

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES.

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES

EL DISEÑO DE IMPRESIÓN DEBERA SER SOLICITADO AL AREA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y RELACIONES INSTITUCIONALES, al igual que cualquier tipo de consulta técnica de los insumos requeridos, al correo comunicacionsocial@hospitalcuencaalta.org.ar

REGLON N°1: LIBRO DE PRACTICAS PARA EL CENTRO QUIRURGICO HCANK.

- COLOR FRENTE Y DORSO EN PAPEL OBRA (1LIBRO)
- 125 PLIEGOS – 250 HOJAS – 500 CARILLAS SIN NUMERAR PEGADAS TIPO BINDER.
- CON TAPA VINILO LAMINADA COLOR, CON EL LOGO INSTITUCIONAL FULL COLOR.
- IMAGENES REFERENCIALES:

- TAPA:

PRÁCTICAS

CENTRO QUIRÚRGICO



- INTERIOR 1:



Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

- INTERIOR 2:



Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

Fecha:	H.C.:
Nombre y Apellido:	
Cirujía:	
Cirujano:	Ayudante:
Anestesiólogo:	Tipo de anestesia:
Hora inicio:	Hora fin:
Urgencia:	Programada:

- ACTA DE APERTURA 1:

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	