



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

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PUBLICA Número **157** Año **2023** **SEGUNDO LLAMADO**

Ejercicio 2023

Ref./ Adquisición de Sistema de Diagnóstico Urodinámico para este Hospital de Cuenca Alta Dr. Néstor Kirchner S.A.M.I.C.

Pedido de Provisión: **297/2023** Fecha **27/10/2023**

**FECHA DE APERTURA SOBRE CERRADO: MIERCOLES 21 DE FEBRERO DE 2024
A LAS 10:00 HORAS** EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

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.

EQUIPAMIENTO HCANK

| RG | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--------------|--|----------|-----------------|--------------|
| 1 | ADQUISICIÓN DE SISTEMA DE DIAGNÓSTICO URODINÁMICO REFERENCIA: SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS | 1 | | |
| 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 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.

CONSULTAS TECNICAS: La totalidad de datos técnicos del equipo, plan de trabajo o modalidad de la prestación a cumplir, así como cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los oferentes ante el AREA DE INGENIERIA CLINICA de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCANK al correo ingenieriaclinica@hospitalcuencaalta.org.ar.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 157/2023 SEGUNDO LLAMADO.

OBTENCION DEL PLIEGO DE CONDICIONES PARTICULARES. Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital, con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de la suma establecida de **Pesos Dos Mil Quinientos (\$ 2.500,00)** en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290, sito en Avda. Libertad 698 de la Localidad de

Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires. La Obtención del Pliego podrá resultar previa acreditación del valor establecido de manera presencial en la referida Oficina de Compras y Contrataciones en la sede del HCANK.

PLAZO DE ENTREGA. La entrega procederá a requerimiento con disponibilidad inmediata o **según propuestas formuladas y aceptadas por parte de las autoridades del HCANK.**

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La entrega procederá 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.

CONDICION DE PAGO. El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura.

Se podrán presentar propuestas de pago alternativas, las cuales quedarán a consideración 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 | |