



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 **056** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Adquisición de Accesorios de Panel de Cabecera de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: 139-2024 Fecha 30/08/2024

FECHA DE APERTURA: MARTES 08 DE OCTUBRE DE 2024 A LAS 11:00

HORAS EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 15.000,00

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.

INGENIERIA CLINICA HCANK

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	MANOMETRO REGULACION BAJA DE OXIGENO PARA PANEL DE CABECERA NORMA DISS SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES	40			
2	MANOMETRO REGULACION BAJA DE AIRE COMPRIMIDO PARA PANEL DE CABECERA NORMA DISS SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES.	30			
3	FLOWMETER DE OXIGENO SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES.	10			
4	FLOWMETER DE OXIGENO: SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES.	20			
5	FLOWMETER DE AIRE COMPRIMIDO: SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES	10			
6	REGULADOR DE VACÍO CON RESERVORIO. SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES.	180			

TOTAL EN LETRAS: _____

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

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.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 056/2024.

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 Quince Mil (\$15.000,00)** en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290, 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 Y LUGAR DE ENTREGA: la ENTREGA procederá 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. **Se podrán considerar propuestas con formas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

FORMA DE FACTURACION Y CONDICION DE PAGO: la Facturación se deberá efectuar de acuerdo a Orden de Compra y según RG requeridos y entregados. El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. El plazo comenzará a contarse a partir del día siguiente a la presentación de la factura. El término fijado se interrumpirá si existieran observaciones sobre la documentación pertinente u otros trámites a cumplir imputables al proveedor. **Se podrán considerar propuestas formas de pago diferentes, 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	