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
www.hospitalcuencaalta.org.ar

PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA
Número **021** Año **2025**

Ejercicio 2025

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

Pedido de Provisión: **038/2024** Fecha **18/02/2025**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 11 DE ABRIL DE 2025 A LAS 10:00 HORAS 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.

INSTRUMENTAL HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	alambre guia amplatz punta j 0.035 x 1.45 m	10			
2	alambre guia 0.018 x 60 cm punta platino para procedimiento biliar	10			
3	alambre guia hidrofilica road runner de 0.035 mm x 1.45 m con rotador	10			
4	introductor biliar tipo neff 4 - 5 fr	10			

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.

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar vía correo electrónico la siguiente documentación:

a) EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO ***por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,***

b) CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.

FORMA DE COTIZAR. PRESENTACION DE OFERTAS ALTERNATIVAS Y/O VARIANTES. La presentación de ofertas podrá resultar por parte o la totalidad del renglón, según disponibilidad efectiva para el cumplimiento de la prestación. Además de la presentación sobre la oferta base, los oferentes podrán presentar ofertas alternativas cuando se conserven las especificaciones de contratación previstas en la

convocatoria, y ofertas variantes sólo cuando se trate de una superación de las especificaciones de contratación previstas en la convocatoria. *Las propuestas efectuadas, quedarán sujetas a consideración por parte de la autoridad competente del Hospital.*

MUESTRAS. En caso de requerirse y a solicitud de la Comisión de Preadjudicación se deberán presentar muestras del insumo cotizado a efectos de apreciar la calidad de los mismos y efectuar ensayos, para lo cual la repartición se reserva el derecho de hacerle los análisis que considere convenientes y de solicitar al oferente, si fuera necesario, mayor cantidad de la misma. Las muestras deberán presentarse en el Área de Compras, dentro de las 48 horas de efectuada la solicitud de las mismas**.** La no presentación de la muestra en el plazo estipulado, implicara el descarte de la propuesta.

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

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA. **ENTREGA 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.**

AMPLIACIÓN DE CONTRATO. De conformidad a dispuesto por el Consejo de Administración HCANK en su Res. 0765/20**, LA INSTITUCIÓN PODRÁ DISPONER DE MANERA UNILATERAL LA AMPLIACIÓN DE UNO, VARIOS O LA TOTALIDAD DE RENGLONES ADJUDICADOS HASTA EL LÍMITE DEL VEINTE POR CIENTO (20 %). Dicha ampliación podrá extenderse de manera excepcional hasta el CIEN POR CIENTO (100%) del total adjudicado dentro del plazo de ejecución del mismo y bajo las mismas condiciones, pero para ello resultará necesaria la aceptación expresa de la firma adjudicada**. En este último caso, la no aceptación de la ampliación excepcional por el adjudicatario, no le generará ningún tipo de responsabilidad ni será pasible de ningún tipo de penalidad o sanción.

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 EXCECIONALES.

NOTA: Se recuerda que oportunamente se deberá presentar COMPROBANTE O DOCUMENTO DE GARANTÍA PARA MANTENIMIENTO DE CONTRATO, conforme lo dispuesto en Anexo A Punto II del Reglamento de Compras y Contrataciones del Hospital.

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	