


**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 **057** Año **2025**

Ejercicio 2025/2026

Ref./ Contratación del Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipos Varios de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC"

 Pedido de Provisión: **100-2025** Fecha **23/06/25**
FECHA DE APERTURA SOBRE CERRADO: LUNES 04 DE AGOSTO DE 2025 A
LAS 13:00 HORAS EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 120.000,00

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.

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO MENSUAL NIVEL 2 PARA EQUIPAMIENTO DE ESTERILIZACIÓN Y CULTIVO DE ESTE HOSPITAL DE CUENCA ALTA SAMIC REFERENCIA: SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL PLIEGO DE CONDICIONES PARTICULARES	12 MESES		
MONTO 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 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 057/2025.

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 hasta 72 hs. con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas**, previa acreditación del depósito de la suma establecida de Pesos Ciento Veinte Mil (\$ 120.000,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires.

VISITA GUIADA OBLIGATORIA A LAS INSTALACIONES. Todos los oferentes deberán recorrer las instalaciones del Hospital en el que se desarrollarán las tareas a contratar, hasta 72 hs. hábiles antes a la fecha de apertura. Se entenderá en consecuencia que se encuentran incluidas las prestaciones que, de acuerdo con su juicio y experiencia, deberá

realizar para el fiel y estricto cumplimiento de sus obligaciones, aunque las mismas no estén explicitadas en la oferta. Como resultante de dicha visita se extenderá el Certificado de Visita por el personal oportunamente asignado a tal fin por la autoridad competente. Quien lo emita consignará la fecha y lo firmará. Se entenderá que antes de presentar su oferta, el oferente se ha asegurado que su cotización cubrirá todas las obligaciones emergentes del contrato.

PLAZO DE INICIO Y LUGAR DE PRESTACIÓN. La prestación del servicio se extenderá por un período de 12 Meses, con opción a Prorroga del Servicio hasta por igual periodo, a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 60 días de la finalización de dicho periodo, en la Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires.

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

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES.

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	