



## 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

[www.hospitalcuencaalta.org.ar](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar)

Página: 1 / 2

## PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PUBLICA

Número **068** Año **2024**

Ejercicio 2025

Ref./ Contratación Integral del Servicio de Racionamiento de Cocido según Pliego de Condiciones Particulares y Especificaciones Técnicas para el Hospital de Cuenca Alta SAMIC

Pedido de Provisión: **189-2024** Fecha **08/11/2024**

**FECHA DE APERTURA: VIERNES 06 DE DICIEMBRE DE 2024 A LAS 13:00**

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

**VALOR DEL PLIEGO \$ 400.000,00**

**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	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$ RACIÓN COMPLETA	ABONO MENSUAL \$	ABONO TOTAL \$ PERIODO 12 MESES
1	<b>RACION COMPLETA DEL REGIMEN GENERAL</b> (Incluye Desayuno, almuerzo, merienda y cena) en el marco de la <b>prestación del Servicio de Racionamiento de Cocido</b> según Pliego de Condiciones Particulares y Especificaciones técnicos.		SEGÚN CONSUMO	SEGÚN CONSUMO

**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](http://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 068/2024.

**OBTENCION DEL PLIEGO DE CONCIONES PARTICULARES.** Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital, previa acreditación del depósito de la suma establecida de Pesos Cuatrocientos Mil (\$ 400.000,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290, Avda. Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas hasta 72 horas con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, en la Sede de la Oficina de Compras de la institución.

**PLAZO DE CUMPLIMIENTO Y VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN.** La prestación del servicio se extenderá por un **período de 12 meses** a contar desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2025, con opción a Prorroga del Servicio por hasta 12 Meses, 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.

**FORMA DE COTIZAR.** Se deberá cotizar solamente la RACION COMPLETA DEL REGIMEN GENERAL que incluirá Desayuno, almuerzo, merienda y cena). Para valorizar la Ración Completa de los restantes regímenes y sus componentes, se tomarán

los coeficientes que se consignan a continuación, considerando la RACION COMPLETA DEL RÉGIMEN GENERAL como coeficiente 1.

RÉGIMEN	COEFICIENTE
RACIÓN COMPLETA RÉGIMEN GENERAL	1
RACIÓN COMPLETA RÉGIMEN DIABÉTICO	1.2
RACIÓN COMPLETA RÉGIMEN BLANDO/HIPOSÓDICO	1.2
RACIÓN COMPLETA RÉGIMEN POST OPERATORIO II	1
RACIÓN COMPLETA RÉGIMEN POST OPERATORIO I	0.6
RACIÓN COMPLETA RÉGIMEN LÍQUIDO	0.2
RACIÓN COMPLETA RÉGIMEN INDIVIDUAL	1.3
DESAYUNO/MERIENDA PERSONAL AUTORIZADO	0.1
ALMUERZO/CENA PERSONAL AUTORIZADO	0.45
COLACIONES	0.1
REFRIGERIO	0.4
DESAYUNO DONANTES	0.2

**FACTURACIÓN Y PAGO.** La empresa adjudicataria deberá efectuar facturaciones mensuales por plazo vencido según consumo efectivamente certificado por las autoridades del HCANK. El pago se efectuará a los 30 (treinta) días fecha presentación de factura o según las condiciones particulares establecidas.

**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	