



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 **135** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Adquisición de para el Área de Informática y Tecnología de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **216/2024** Fecha **20/12/2024**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 15 DE ENERO 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.

AREA DE TECNOLOGIA E INFORMATICA HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	LICENCIA WINDOWS SERVER 2022 STANDARD – 16 CORE.	1			
2	LICENCIA SQL SERVER 2022 STANDARD EDITION	1			
3	LICENCIA SQL SERVER 2022 – 1 USER CAL	1			

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:

- EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada*,
- CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.
- DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP) que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
- DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA AGENCIA DE RECAUDACIÓN DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (ARBA), que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto sobre los Ingresos Brutos o Convenio

Multilateral;

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

PRESENTACION DE OFERTAS Y COTIZACIONES ALTERNATIVAS Y/O VARIANTES. Los oferentes podrán presentar ofertas alternativas cuando se conserven las especificaciones de contratación previstas en la convocatoria y/o ofertas variantes sólo cuando se trate de una superación de las especificaciones de contratación previstas en la convocatoria.

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.**

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	