

 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	Página: 1 / 2	
	PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PUBLICA Número 165 Año 2023 Ejercicio 2024	
	<i>Ref./ Contratación del Servicio de Provisión de Volquetes para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC</i>	
	Pedido de Provisión: 312/2023 Fecha 22/11/2023	

FECHA DE APERTURA: LUNES 15 DE ENERO DE 2024 A LAS 10:00 HS.

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 2.500,00

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.

SERVICIOS - HCANK				
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO	PRECIO UNITARIO SERVICIO VOLQUETE	PRECIO TOTAL SEMESTRE
1	SERVICIO DE ALQUILER DE VOLQUETE REF. Servicio de alquiler de Volquete para la eliminación de residuos de Obra y descartes de materiales de mantenimiento preventivo y correctivo de la Institución. El servicio consiste en la provisión de un volquete en un sector a determinar en la Sede del Hospital Cuenca Alta SAMIC hasta su llenado y retiro.	12 servicios		
TOTAL				

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

CONSULTAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARTICULARES. La totalidad de datos técnicos o cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante el Área de Arquitectura Hospitalaria de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCAS al correo arquitectura@hospitalcuencaalta.org.ar.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN. Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 165/2023.

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 Dos Mil Quinientos (\$ 2.500,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290,

Avda. Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas hasta 48 horas con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, en la Sede de la Oficina de Compras de la institución.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO Y LUGAR DE LA PRESTACIÓN. La prestación del servicio procederá en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires por un **período de 90 días** a contar a partir del 01 de Enero, 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 30 días de la finalización de dicho periodo. La provisión del servicio resultará a requerimiento de la institución, mediante las gestiones administrativas que se realicen de manera exclusiva desde la Dirección de Infraestructura, tecnología y Soporte.

CONDICION DE PAGO: El pago se efectuará de manera mensual y según consumo efectivo con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura.

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA.

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	