



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 **043** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Contratación del Servicio de Provisión de Gases Medicinales de Alta Pureza para el Laboratorio de Toxicología para este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC"

Pedido de Provisión: **103-2024** Fecha **08/07/24**

FECHA DE APERTURA SOBRE CERRADO: MIERCOLES 14 DE AGOSTO DE 2024 A LAS 11:00 HORAS EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 10.500,00

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.

RG	Descripción	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 6 MESES	PRECIO UNITARIO METRO CUBICO	PRECIO TOTAL CANTIAS ESTIMADA PERIODO 12 MESES
1	SERVICIO DE PROVISIÓN DE RECARGA DE GAS ARGON 5.5 SEGÚN ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.	10 METROS CUBICOS		
2	SERVICIO DE PROVISIÓN DE RECARGA DE GAS HELIO 5.5 SEGÚN ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.	20 METROS CUBICOS		
3	SERVICIO DE PROVISIÓN DE RECARGA DE GAS NITRÓGENO 5.0 SEGÚN ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.	60 METROS CUBICOS		
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 a las del Pliego de Condiciones Particulares y 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 043/2024.

CONSULTA TECNICAS: La totalidad de consultas o necesidades de índole técnico/operativa, deberá ser canalizadas por los Oferentes ante el **AREA DE INGENIERIA HOSPITALARIA** de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCANK al correo ingenieriadclinicaa@hospitalcuencaalta.org.ar.

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**, previa acreditación del depósito de la suma

establecida de Pesos Diez Mil Quinientos (\$ 10.500,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires.

PLAZO Y LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La prestación del Servicio o inicio de las tareas procederá a requerimiento con disponibilidad inmediata o bien según propuesta de servicio presentada y aceptada por la Institución, por el periodo de 180 (ciento ochenta) días, en la Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires, **con opción de prórroga automática hasta por igual periodo, a cuenta y orden de este HCANK, salvo renuncia expresa por parte del prestador del servicio con una antelación de 30 días de la finalización de dicho periodo.**

PAGO: El pago se efectuará de manera mensual con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS.

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	