

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><br/><b>HOSPITAL CUENCA ALTA<br/>NESTOR KIRCHNER SAMIC</b><br/><br/>Ruta Provincial Nº 6, cruce con la Ruta 205, Cañuelas,<br/>Provincia de Buenos Aires;<br/>C.U.I.T.: 30-71508015-6    IVA: Exento<br/><a href="mailto:compras@hospitalcuencaalta.org.ar">compras@hospitalcuencaalta.org.ar</a><br/><a href="http://www.hospitalcuencaalta.org.ar">www.hospitalcuencaalta.org.ar</a></div> | Página: 1 / 2                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><b>PEDIDO DE COTIZACIÓN<br/>CONTRATACION DIRECTA</b><br/><br/>Número <b>070</b> Año <b>2024</b><br/><br/>Ejercicio 2024</div>                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ref./ Adquisición de Certificado SSL para el dominio utilizado por la página web de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pedido de Provisión: 118/2024    Fecha 05/08/2024                                                                                                                                               |

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 30 DE AGOSTO DE 2024 A LAS 12:00 HORAS** vía correo electrónico a [compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto: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                                      | <b>CERTIFICADO DIGITAL TIPO WILDCARD PARA DOMINIO: (hospitalcuencaalta.org.ar) SIN EV.</b><br><br>REFERENCIA ESPECIFICACIONES TECNICAS: <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado con validación de organización (OV) "hospitalcuencaalta.org.ar".</li><li>• Debe asegurar Nombre de Dominio y soportar dominios adicionales Wildcard.</li><li>• 99.9% de compatibilidad con navegadores.</li><li>• Soporta dispositivos móviles.</li><li>• Algoritmo de cifrado RSA.</li><li>• Cifrado de 256 bits.</li><li>• Vigencia de 2 (dos) años.</li></ul> | 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](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.

**OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL** Los proveedores cotizantes, deberán enviar vía correo electrónico la siguiente documentación:

a)

EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,*

b)

CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de

**Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.**

c) **DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP)** que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;

d) **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.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>FIRMA</b>             |  |
| <b>NOMBRE Y APELLIDO</b> |  |
| <b>CARGO</b>             |  |
| <b>Nº D.N.I.</b>         |  |
| <b>LUGAR Y FECHA</b>     |  |