


**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 **152** Año **2023**
SEGUNDO LLAMADO

Ejercicio 2023

Ref./ Adquisición de Insumos para Anestesiología para el Centro Quirúrgico de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC"

 Pedido de Provisión: **288-2023** Fecha **18/10/2023**

FECHA DE APERTURA SOBRE CERRADO: MARTES 30 DE ENERO DE 2024 A LAS 10:00 HORAS 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.

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	VALVULA DE RUBENS	6			
2	PINZA DE MAGILL ADULTOS	5			
3	PINZA DE MAGILL PEDIATRICAS	4			
4	VARA INTERCAMBIADORA DE TUBO TIPO ESCHMANN DE 90 CM	5			
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/licitaciones

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 152-2023 SEGUNDO LLAMADO.-

OBTENCION DEL PLIEGOS DE CONDICIONES PARTICULARES. Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la **Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas**, previa acreditación del depósito de la suma establecida de Pesos Dos Mil Quinientos (\$ 2.500,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires.

FORMA DE COTIZAR. PRESENTACION DE OFERTAS ALTERNATIVAS Y/O VARIANTES. La presentación de ofertas podrá resultar por parte o por la totalidad de renglones, y por cantidades parciales o totales de cada renglón según disponibilidad efectiva para el cumplimiento de la prestación.

Las marcas o modelos mencionados son únicamente a título enunciativo, su identificación es al sólo efecto de señalar características generales del instrumental requerido.

Además de la presentación sobre la oferta base, los oferentes podrán presentar ofertas alternativas cuando se conserven las especificaciones de contratación previstas en la convocatoria, y ofertas variantes sólo cuando se trate de una superación de las especificaciones de contratación previstas en la convocatoria. *Las propuestas efectuadas, quedarán sujetas a consideración por parte de la autoridad competente del Hospital.*

PLAZO Y LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La entrega procederá de manera inmediata o según propuesta formulada y aceptada por el HCANK, en la Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires.

PAGO. se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.

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	