



Hospital de Alta Complejidad
CUENCA ALTA SAMIC

**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

Página : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

Número **068** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Insumos de Cartelería y Señalética Institucional para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **072-2020** Fecha **07/05/2020**

ATTE: Se recibirán Ofertas hasta el JUEVES 28 DE MAYO DE 2020 a las 12:00 HS. 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.

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	BANNER REF./LONAS IMPRESAS (EXTERIOR) CON DOBLADILLO TAMAÑO: 0,66 MTS X 1,70MTS.	30		
2	LAMINAS IMPRESAS REF./ VINILO DE 0.97 MTS X 1,40MTS	6		
3	CARTEL EMERGENCIAS REF./ CARTEL DE PVC FONDEADO CON VINILO IMPRESO TAMAÑO 3MTS X 0,60 MTS	1		
4	CARTELES PARA ADMISION REF./ CARTELES DE PVC 10MM FONDEADO CON VINILO IMPRESO TAMAÑO 0,20 X 0,80MTS	10		
5	CARTELES LOCATIVOS REF./ CARTEL DE PVC 3MM FONDEADO CON VINILO IMPRESO TAMAÑO 0,15 MTS X 0,30 MTS	50		
6	CARTELES CAMAS REF./ CARTEL DE VINILO IMPRESO TAMAÑO 0,20 X 0,20MTS	100		
7	CARTELES DISTRIBUIDORES REF./ CARTEL DE PVC DE 5MM FONDEADO CON VINILO IMPRESO TAMAÑO 0,80 MTS X 1,50MTS	10		
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 Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones
Aquellas firmas cotizantes, deberán presentar:

- 1) El PRESENTE PEDIDO DE COTIZACION COMPLETO y FIRMADO ;**
- 2) Documentación emitida por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP)** que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
- 3) 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;
- 4) Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires.**
- 5) Declaración en instrumento privado que indique que no ha sido demandado por la Nación y/o la Provincia de Buenos Aires o sus entidades descentralizadas por causas fiscales o contractuales.**
- 6) Declaración en instrumento privado que indique 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,
- Consulta:** cualquier tipo de consulta técnica y/o solicitud del diseño de los insumos requeridos deberá efectuarse ante el AREA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y RELACIONES INSTITUCIONALES DEL HCAS al correo comunicacionsocial@hospitalcuencaalta.org.ar
- Plazo y Lugar de Entrega:** Entrega a requerimiento 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 propuestas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS
- 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 consideraciones de las autoridades del HCAS
- Factura de acuerdo a Orden de Compra.**
ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ CARGO POR GASTOS ADICIONALES.

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	