



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 **071** Año **2019**

Ejercicio 2019

Ref./Adquisición de Leche de Formula e Insumos varios para el Servicio de Nutrición de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **090-2019** Fecha **28/10/2019**

FECHA DE APERTURA: VIERNES 22 DE NOVIEMBRE DE 2019 – 10:00 HS.

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC

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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
1	LECHE DE FÓRMULA DE INICIO (DE 0 A 6 MESES) LÍQUIDA. UNIDAD: 1 LITRO	117			
2	FÓRMULA ENTERAL LÍQUIDA PARA PACIENTES CON DIABETES. UNIDAD: UN LITRO	7			
3	FORMULA ENTERAL LÍQUIDA PARA ADMINISTRAR POR SONDA HIPERPROTEICA, NORMOCALORICA. UNIDAD: UN LITRO	259			
4	FORMULA ENTERAL LÍQUIDA PARA ADMINISTRAR POR SONDA NORMOCALÓRICA Y NORMOPROTEICA. UNIDAD: UN LITRO	18			

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Contratación Directa 071/2019.

Muestras: en caso de necesidad, la Institución podrá solicitar muestras de los insumos a cotizarse.

Marca y vencimiento: en el caso de los insumos a cotizarse **se deberá identificar la marca de los productos, además de requerirse un vencimiento no menor a 12 meses.** El Hospital tendrá opción de recibir la mercadería en caso de considerarlo necesario, aun no pudiendo haber sido cumplimentado este último punto. El mismo se realizará bajo el compromiso de canje, por parte del proveedor, por igual producto de idéntica marca, cantidad de unidades y calidad. El proveedor deberá responsabilizarse a realizar el canje con la suficiente antelación sin que ello signifique erogación al hospital.

Aceptación de Condiciones: La presentación de ofertas implica el conocimiento y aceptación de Pliego de Condiciones Particulares, 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/licitaciones

SE HACE CONSTAR QUE DESDE EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y DURANTE TODO EL PROCESO DE CONTRATACIÓN, EL OFERENTE DEBERÁ ENCONTRARSE CON APTITUD VIGENTE PARA CONTRATAR EN SU CALIDAD DE PROVEEDOR

DEL ESTADO Y EN PLENO CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES Y PREVISIONALES DE CONFORMIDAD A LA LEGISLACIÓN

VIGENTE. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA CONDICIÓN, RESULTARA CAUSAL DE DESESTIMACIÓN DE LA OFERTA.

Plazo de Entrega: Entrega a requerimiento del HCAS.

Lugar de Entrega: Los insumos requeridos deberán ser entregados 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. No se permitirán entregas fuera de los referidos días y horarios establecidos a tal fin, salvo pedido expreso del proveedor y consecuente autorización por parte de las autoridades del HCAS.

Pago: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura.

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	