



HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER

**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
www.hospitalcuencaalta.org.ar
**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

 Número **150** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Chasis para Digitalización para el Servicio de Diagnóstico por Imágenes de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner” Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

 Pedido de Provisión: **168-2020** Fecha **21/08/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020 a las 14:00 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
ADQUISICIÓN DE CHASIS PARA DIGITALIZACIÓN - SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES HCANK				
1	CHASIS CR MD 1.0 GENERAL DE 35 X 43 CM. (14 X 17”) <i>REFERENCIA: el mismo deberá ser compatible con Digitalizador AGFA Modelo CR 15X.-</i>	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 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,

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 y entregar parciales a requerimiento con disponibilidad inmediata. Se podrán considerar ofertas con propuestas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las

autoridades del HCAS.

PAGO: se formulará conforme consumo 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.

La totalidad de datos técnicos, así como cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante el AREA DE INGENIERIA CLINICA de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCANK al correo ingenieriaclinica@hospitalcuencaalta.org.ar

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	