



Avenida Eva Perón entre Esteban Echeverría y Soldado
Sosa, Rafael Castillo, partido de La Matanza
Provincia de Buenos Aires

C.U.I.T.: 30-71508740-1IVA: Exento

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACIÓN PÚBLICA

Número **15** Año **2024**

Ref./Contratación del Servicio de Racionamiento en Cocido con explotación comercial del comedor abierto al público de este "Hospital Dr. René Favaloro" SAMIC

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el 19 de junio de 2024 a las 12:00 hs. En la sede de la oficina de compras y contrataciones de este Hospital.

APERTURA: 19 DE JUNIO DE 2024, A LAS 12:00 HS.

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos a Usted cotizar la provisión de los siguientes elementos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. **El precio cotizado deberá ser final, expresado en PESOS e incluir IVA,** revistiendo el "Hospital Dr. René Favaloro" SAMIC el carácter de Exento.

Renglón	Descripción	Precio Unitario Ración Completa Régimen General
1	RACION COMPLETA DEL REGIMEN GENERAL <i>(Incluye Desayuno, almuerzo, merienda y cena) en el marco de la prestación del Servicio de Racionamiento en Cocido según Especificaciones Técnicas.</i>	

El valor cotizado para la ración del régimen general, es el que determina el canon mensual a pagar por la concesionaria de la explotación comercial del comedor del HDRF.

Forma de cotización: Se deberá cotizar solamente la **RACION COMPLETA DEL REGIMEN GENERAL** la cual deberá incluir desayuno, almuerzo, merienda y cena, en el marco de la prestación del Servicio de Racionamiento en Cocido según pedido de cotización y Especificaciones Técnicas. Para valorizar la Ración Completa y/o individual de los restantes regímenes y sus componentes, se tomarán los coeficientes que se consignan a continuación, considerando la **RACION COMPLETA DEL RÉGIMEN GENERAL** como coeficiente 1.

RÉGIMEN	COEFICIENTE
RACION COMPLETA GENERAL	1
RACION COMPLETA HIPOSODICO	1
RACION COMPLETA DIABETICO	1.2
RACION COMPLETA BLANDO GASTRICO	1.2
RACION COMPLETA POI	0.8
RACION COMPLETA POII	1
RACION COMPLETA LIQUIDOS	0.2
RACION COMPLETA PEDIATRICO A	0.72
RACION COMPLETA PEDIATRICO B	0.80
RACION COMPLETA PEDIATRICO C	1
COLACIONES	0.15

REFRIGERIOS	0.4
DESAYUNO/MERIENDA PERSONAL AUTORIZADO	0.1
ALMUERZO/CENA PERSONAL AUTORIZADO	0.45
DESAYUNOS DONANTES	0.1

Condiciones de Contratación: Conforme Especificaciones Técnicas y demás condiciones que se detallan en el pliego de bases y condiciones particulares.

Aceptación de Condiciones: La sola presentación de ofertas implica el conocimiento y aceptación del Pliego de Bases y 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 HDRF.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO Y VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN. El plazo de la prestación se establece en dieciocho (18) meses contados a partir del 1 de julio de 2024, o en su defecto a partir de la emisión, recepción de la orden de compra y acta de inicio del servicio y hasta el 31 de diciembre de 2025.

A requerimiento del Hospital se podrá prorrogar el servicio por hasta doce (12) meses más. La decisión de prorrogar el contrato se notificará con una antelación no menor a los treinta (30) días antes de la culminación del plazo de ejecución original.

La explotación comercial del comedor, su continuidad y potencial prórroga estarán supeditadas en todo momento a la continuidad y prórroga del servicio integral de racionamiento en cocido.

LUGAR DE LA PRESTACIÓN: En la sede de este Hospital Dr. René Favaloro SAMIC, sito en Avenida Eva Perón entre Esteban Echeverría y Soldado Sosa, Rafael Castillo, Partido de La Matanza.

Facturación: EL HOSPITAL SÓLO ATENDERÁ EL PAGO DE LOS DESAYUNOS, ALMUERZOS, MERIENDAS, CENAS, COLACIONES Y REFRIGERIOS EFECTIVAMENTE SUMINISTRADOS. EL CANON POR LA EXPOTACIÓN COMERCIAL POR EL COMEDOR DEL HOSPITAL DEBERÁ DESCONTARSE DEL IMPORTE A FACTURAR EN CADA MES.

La facturación por parte del prestador se efectuará de manera mensual según mes calendario y según certificación del consumo efectuada por el Hospital, ya sea mediante la forma de ración completa en cualquiera de sus variantes o bien de manera individual como en el caso de colaciones, refrigerios, almuerzo o cena personal autorizado, entre otros.

ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ RESPONSABLE POR GASTOS ADICIONALES.

Forma de Pago: El pago se efectuará dentro de los 30 días de entregada la factura y demás documentación respaldatoria conforme prestación de servicio emitida por las autoridades del Hospital.

NOTA: EL presente Pedido de Cotización deberá resultar suscrito en todas sus páginas 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	