



Ministerio de Salud de la Nación

REPÚBLICA ARGENTINA MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

COMPARACIÓN DE PRECIOS NACIONAL

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° AR-MSAL-59497-GO-RFQ

Préstamo BIRF Nro. 8516-AR. Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud

"Adquisición Equipamiento para Servidores"

Nota N° 1167 / 2018

Buenos Aires, 29 de Mayo de 2018

SRES. PRESENTES

1. Se invita a vuestra firma a presentar cotización de precio en el formulario de cotización contenido en el Apéndice I para el suministro de los siguientes bienes:

Lote	Ítem	Descripción	Cantidades
1	1	Memorias	30
2	1	Disco Rígido	10

2. Las especificaciones técnicas y las cantidades requeridas se detallan en el Apéndice II.

3. Vuestra firma podrá cotizar por Lote

4. Vuestra cotización deberá ser presentada y dirigida a:

Préstamo BIRF Nro. 8516-AR. Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud

Dirección Postal: Dirección General de Compras, Ministerio de Salud de la Nación (Ex Ufis)-

Moreno 1257, 2^{do} Piso (C1091AAY) Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

Tel/Fax: 4372-3733, Mail: Contrataciones-ufis@ufisalud.gov.ar

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° AR-MSAL-60917-GO-RFQ

Toda la documentación requerida en el punto 5 deberá presentarse en original y duplicado.

No se aceptaran ofertas alternativas.

5. La documentación que deberá acompañar la propuesta es la siguiente:

- Presentación del presupuesto en hoja con membrete de la Empresa firmada, donde indique expresamente el mantenimiento de la oferta, siguiendo el modelo de la Planilla de Cotización del Apéndice I
- Una copia simple del estatuto, contrato social y/o poder, según corresponda.
- El presente pliego de bases y condiciones con la totalidad de sus hojas firmadas en original por persona con capacidad suficiente para obligar a la firma, debidamente acreditada.



Ministerio de Salud de la Nación

- Las ofertas se deberán realizar por Lote.
- Todas las hojas que compongan la oferta deberán estar inicialadas y la última, como así también en la que figure la oferta económica, deberán contar con su firma completa.
- Planilla de Cotización del Apéndice I completa y firmada por autoridad competente de la firma oferente, expresada en la moneda de preferencia por el oferente.
- Constancia de CUIT emitida por la afip, Vigente

6. **La fecha límite para presentar vuestra cotización es el día 08 de Junio de 2018 a las 12:00 hs.** Si al cierre de la fecha límite no se recibieran un mínimo de tres (3) cotizaciones válidas, el Comprador podrá requerir nuevas cotizaciones a ser presentadas.

7. Las otras condiciones de suministro/ prestación son las siguientes:

- a) **PRECIOS:** los precios deberán incluir el costo de transporte a los lugares de entrega que se indican en las especificaciones técnicas y el seguro sobre el transporte hasta destino final. **Los precios indicados precedentemente son fijos y no serán objeto de ajuste durante la ejecución del contrato.**
- b) **EVALUACIÓN Y ADJUDICACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA:** las ofertas que se determinen que responden sustancialmente a las especificaciones técnicas, serán evaluadas en Dolares Estadounidenses al tipo de cambio vendedor del BNA al cierre del día hábil anterior a la fecha del acto de apertura, por comparación de sus precios incluyendo el costo de entrega en destino final, más seguro sobre el transporte. La adjudicación recaerá en la firma que ofrezca el precio total evaluado como el más bajo y reúna las características requeridas de capacidad técnica y financiera.
- c) **ORDEN DE COMPRA:** dentro de los 10 días de notificado de la adjudicación, el Proveedor seleccionado deberá suscribir el Formulario de Orden de Compra cuyo modelo se indica en el Apéndice III.
- d) **FACTURACIÓN:**

Deberá facturar a: **Préstamo BIRF Nro. 8516-AR. Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud Dirección Postal. Av. 9 de Julio 1925 – PISO 12° - (C1073ABA) CABA. CUIT 30-54666342-2**

- Deberá emitir factura Tipo "B" si es RESPONSABLE INSCRIPTO.
 - Deberá emitir factura Tipo "C" si se tratara de EXENTO O RESPONSABLE MONOTRIBUTO
 - Obligaciones impositivas y previsionales: La firma que resulte adjudicataria del contrato será responsable del cumplimiento de todas las obligaciones impositivas, previsionales y de la seguridad social que, en aplicación de la ley Argentina, surjan de su participación en el contrato. A los fines de los pagos que deba hacer el Proyecto la firma presentará en cada caso la correspondiente factura.
- e) **PAGO:** el cien por ciento (100%) de la Orden de Compra, se pagará al Proveedor dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del certificado de aceptación emitido por el representante del Comprador. **Los pagos se realizarán con cheque NO A LA ORDEN. El pago de todos los impuestos, derechos de licencia, etc., que graven los bienes objeto del contrato hasta el momento de la entrega será a cargo del Proveedor. Con**



Ministerio de Salud de la Nación

relación al IVA y al Impuesto a las Ganancias, la retención correspondiente será efectuada al momento del pago.

- f) **PLAN DE ENTREGAS y LUGARES DE ENTREGA:** los bienes deberán ser entregados en su destino final de acuerdo al Plan de Entregas indicado en el Apéndice II. No se aceptarán desviaciones sobre el Plan de Entregas.
- g) **GARANTÍA:** los bienes ofrecidos deberán estar cubiertos por una garantía del fabricante de, como mínimo, 1 año desde la fecha de entrega en los Lugares de Destino Final indicados en 7.f).
En virtud de esta garantía el Proveedor garantiza que todos los bienes suministrados en virtud del contrato estarán libres de defectos atribuibles al diseño, los materiales o la confección o a cualquier acto u omisión del Proveedor que pudiera manifestarse en ocasión de la provisión normal de los bienes en las condiciones imperantes en el país.
El Comprador notificará de inmediato y por escrito al Proveedor cualquier reclamación a que hubiera lugar con arreglo a esta garantía y el Proveedor reemplazará los bienes defectuosos en todo o en parte, sin costo para el Comprador, dentro de los 5 días de notificada la reclamación del Comprador.
- h) **VALIDEZ DE OFERTA:** Los proponentes deberán especificar, en su carta de presentación, que asumen el compromiso irrevocable de mantener la validez de su oferta por un período de **sesenta (60)** días, renovables automáticamente, salvo notificación expresa del Oferente antes de los Diez (10) días de la fecha de vencimiento de validez de la Oferta Original.
- i) **LIQUIDACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS:** para el caso de demora en la entrega, el Comprador podrá aplicar una penalidad del 0,5 % por semana de atraso, a descontar del precio de la orden de compra.
- j) **INCUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR:** el Comprador podrá cancelar la Orden de Compra si el Proveedor no cumplimenta la entrega de los bienes, de acuerdo con los términos y condiciones precedentemente establecidos.

8. Las consultas y aclaraciones deberán formularse por escrito hasta cuatro días hábiles antes de la apertura a la siguiente dirección; y sus respuestas serán giradas a todos los invitados a cotizar, sin especificar cuál de ellos realizó el requerimiento.

Préstamo BIRF Nro. 8516-AR. Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud,
Dirección Postal: Dirección Postal: Dirección General de Compras, Ministerio de Salud de la Nación (ex
Ufis) - Moreno 1257, 2^{do} Piso (C1091-AA Y) Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Tel/Fax: 4372-3733, Mail:Contrataciones-ufis@ufisalud.gov.ar
SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° AR-MSAL-60917-GO-RFQ

9. La presente comparación de precios se realiza de acuerdo al Convenio de Préstamo BIRF- 8516-AR, las Normas de Adquisiciones de Bienes con Préstamos del BIRF y Créditos de la AIF (*Edición Mayo 2004 Versión revisada en octubre de 2006 y Mayo de 2010*) y la Guía de Adquisiciones y Contrataciones Bajo Comparación de Precios Nacional (shopping) emitidas por el Banco Mundial".

10. Se solicita remitirnos acuse de recibo de la presente en la dirección/fax que se indica en el punto 4, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de recibida, manifestando en forma expresa si participará o no del proceso.



Ministerio de Salud de la Nación

11. AMPLIACION: El contratista se reserva la facultad de ampliar el contrato hasta en un quince por ciento (15%) el monto del contrato, en función de las necesidades del Programa.

Atentamente,

**Ministerio de Salud de la Nación****Apéndice I**
Formulario de Cotización**Fecha:** [día] de [mes] de [año]**Señores****Nombre del Comprador:** Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud**Préstamo BIRF N° 8516-AR****Asunto:** Invitación a presentar cotizaciones para la Adquisición de Equipamiento para servidores AR-MSAL-59497-GO-RFQ.

Luego de haber examinado los documentos adjuntos en su nota de invitación a presentar cotizaciones para el proceso mencionado en el asunto, los abajo firmantes ofrecemos la provisión de los bienes solicitados de acuerdo a las condiciones estipuladas en la siguiente tabla:

1	2	3	4	5	6	7	8	11
Lote	Descripción	Cantidad	Precio Unitario ⁽¹⁾	Costo Total (col. 3x4)	Alicuota de IVA	IVA \$	Precio Total (col. 5+7)	País de Origen (Completar)
1	Memorias	30			10,5%			
2	Disco Rígido	10			10,5%			

Precio total (EN NÚMEROS):**Precio total (EN LETRAS):****Moneda de Cotización:**

(Nota: En caso de discrepancia entre el precio unitario y el total derivado del precio unitario, prevalecerá el precio unitario).

⁽¹⁾ El precio unitario deberá incluir el costo de transporte hasta el destino final indicado en el plan de entregas del Apéndice II.

El Proveedor confirma conocer y aceptar las especificaciones ofertadas firmando al pie de la presente (En el supuesto desviaciones el Proveedor deberá indicar tales desviaciones).

NOMBRE DEL PROVEEDOR (RAZÓN SOCIAL COMPLETA): _____**N° DE CUIT DEL LICITANTE:** _____**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE FRENTE AL IVA:** _____**ORDEN A LA QUE DEBE SER EXTENDIDO EL CHEQUE EN CASO DE SER ADJUDICATARIO:****FIRMA AUTORIZADA:** _____**ACLARACIÓN Y CARGO DE FIRMA AUTORIZADA:** _____**LUGAR:** _____

**Ministerio de Salud de la Nación****Apéndice II**
Requisitos Técnicos**Especificaciones técnicas Memoria y Disco Rígido compatibles con Servidores HP Proliant ML350P G8****Módulo de Memoria RAM Para Servidor HP 16GB - 1600MHz - REG ECC**

Memoria	
Tipo de memoria interna	DDR3
ECC	
Ancho de datos	72 Bit
Configuración de módulos	2G X 72
Placa de plomo	Oro
Velocidad de memoria del reloj	1600 MHz
Voltaje de memoria	1.35 V
Registrado	
Forma de factor de memoria	240-pin DIMM
Clasificación de memoria	Dual Rank
Componente para	PC/server
Memoria interna	16 GB
Diseño de memoria (módulos x tamaño)	1 x 16 GB
Peso y dimensiones	
Ancho	13,3 cm
Otras características	
Memoria interna	16384 MB
Montaje en rack	240-pin DIMM
Compatibilidad	370-23373 (DELL)
Garantía	Lifetime
Velocidad del reloj de bus	1600 MHz
Disposición de memoria	1 x 16384 MB
Indicación de error	ECC
Organización de los chips	x4



Ministerio de Salud de la Nación

DISCO DURO Para Servidor HP 1TB 12G SAS 7.2K 2.5in 512e SC HDD

- Productos 1TB 12G SAS 7.2K 2,5 pulgadas 512E SC Hard Drive
- Tipo de Producto de disco duro
- Información técnica
- Capacidad de almacenamiento de 1 TB
- Interfaces / Puertos
- Interfaz de unidad SAS
- Drive Interface Standard 12 Gb / s SAS
- Performance Drive
- Velocidad del eje (rpm) 7200
- Características físicas
- Tipo de unidad interna
- Drive Ancho 2.5 "
- Garantía
- Garantía limitada de 1 año
- Misceláneos
- Dispositivo Apoyado servidor

Adicional

Velocidad de Rotación	7200 RPM
Tamaño	1 TB
Formato	2.5"
Interface	SAS 12Gb/s

Plazo de Entrega: Los productos deberán ser entregados dentro de los 60 días de la fecha de notificada la firma del contrato u orden de Compra.

Lugar de Entrega: Los bienes deberán ser entregados en Bernardo de Irigoyen 330, 2do. Piso Of. 37 – CABA. Área Sistemas del Programa SUMAR.

**Ministerio de Salud de la Nación****Apéndice III**
Modelo de Orden de Compra

Ministerio de Salud de la Nación PROYECTO DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS PROVINCIALES DE SALUD – (PHIP) BIRF 8062-AR / BIRF 8516-AR				IMPORTANTE! TODA CORRESPONDENCIA, ENVIO O REFERENCIA DEBE MOSTRAR ESTE NUMERO		
ORDEN DE COMPRA			NO.			
OFICINA EMISORA: Ministerio de Salud de la Nación PROYECTO DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS PROVINCIALES DE SALUD – (PHIP) BIRF 8062-AR / BIRF 8516-AR Av. 9 de Julio 1925 – PISO 12° - (C1073ABA) CABA Tel.: 4383-7357/7363 CUIT: 30-54666342-2				NOMBRE Y DIRECCION DEL VENDEDOR:		
TERMINOS DE PAGO: De acuerdo a solicitud de cotización				FECHA DE ENTREGA: De acuerdo a solicitud de cotización		
LOTE N°	ITEM	DESCRIPCIÓN DE BIENES	UNIDAD	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO
1	1	Memorias	30			
2	1	Disco Rígido	10			
OBSERVACIONES:			FLETE ESTIMADO			
			MONTO TOTAL Neto de IVA			
			IVA 10,5 %			
			IVA 21 %			
			MONTO TOTAL IVA INCLUIDO			
FIRMA AUTORIZADA:		(Firma)	(Fecha)			
LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR						
Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:						
(Sello y Firma del Vendedor)			(Fecha)			
NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR						
1. Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales de la solicitud de cotización.						
2. El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma.						
3. La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada						
COPIA DE CONFORMIDAD DEL PROVEEDOR						