

CDE/B/2021-026

Lugar y fecha de emisión:	COCHABAMBA, 30 de marzo de 2021		
Nombre del Proveedor:	HURTADO PEREDO MEDICAL INSTRUMENTAL SRL. HP MEDICAL SRL.		
Representante Legal o propietario	MAURICIO CORONADO RENGEL		
Dirección:	RAMON RIBERO N° 652		
Teléfono(s)/Fax:	444526157	Celular:	-----
Email:	rarano@hpmedical.com.bo		

Toda vez que su Empresa ha sido adjudicada el Proceso de Contratación N° **CDE/B/2021-011**, mediante Nota de Adjudicación del 24 de marzo de 2021, en mi calidad de Secretaria Municipal de Salud, solicito a usted(es) proveernos los bienes que se describe a continuación:

A. DESCRIPCION DEL BIEN A SER PROVISTO

Nº	Descripción de los bienes	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	RECTOSIGMOIDOSCOPIO	EQUIPO	1	28.396,00	28.396,00
				Total:	28.396,00

B. CONDICIONES ESPECIFICAS DE LA ORDEN DE COMPRA

Garantías Comercial:	GARANTÍA DE 1 AÑO POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN LA MISMA ENTRARA EN VIGENCIA AL MOMENTO DE REALIZAR LA PUESTA EN MARCHA Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO CON EL PERSONAL TANTO MEDICO COMO TÉCNICO DE LA UNIDAD SOLICITANTE. EL PROPONENTE ADJUDICADO DEBERÁ REEMPLAZAR LAS PIEZAS QUE PRESENTEN FALLOS RECURRENTES EN UN PLAZO DE 7 DÍAS CALENDARIO BAJO UN INFORME TÉCNICO.
Mantenimiento Preventivo:	DEBERÁ PRESENTAR UN CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS QUE CUBRA EL PERÍODO DE GARANTÍA, JUNTO CON LA ENTREGA DE LOS BIENES.
Soporte Técnico:	DEBERÁ PRESENTAR UNA CARTA DE COMPROMISO DE ASISTENCIA TÉCNICA EN EL QUE SE COMPROMETE, A QUE EN UN TIEMPO MENOR A 24 HRS A SIMPLE REQUERIMIENTO DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA, SE COMPROMETA SOLUCIONAR CUALQUIER PROBLEMA TÉCNICO, DEBIENDO PRESENTAR A MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN.
Lugar de entrega:	EL BIEN REQUERIDO DEBERA SER ENTREGADO EN EL HOSPITAL DEL NORTE EN COORDINACION CON EL RESPONSABLE DE ALMACENES DE LA SECRETARIA DE SALUD, EL COSTO QUE CONLLEVE EL TRANSPORTE DEBERA SER ASUMIDO EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR.
Plazo de entrega:	15 DIAS CALENDARIO COMPUTABLES A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE DE LA NOTIFICACION DE LA ORDEN DE COMPRA.
Forma de pago:	POSTERIOR A LA ENTREGA DE LOS BIENES Y LA EMISION DE LA CONFORMIDAD POR PARTE DE LA COMISION O RESPONSABLE DE RECEPCION, SE PROCEDERA CON EL PAGO AL PROVEEDOR MEDIANTE CHEQUE.

Garantía de funcionamiento:

SE SOLICITA LA GARANTÍA DE FUNCIONAMIENTO DE MAQUINARIA Y/O EQUIPO DEL UNO PUNTO CINCO POR CIENTO (1,5) DEL MONTO DEL CONTRATO. POR SOLICITUD DEL PROVEEDOR, EL CONTRATANTE PODRÁ EFECTUAR UNA RETENCIÓN DEL MONTO EQUIVALENTE A LA GARANTÍA SOLICITADA, POR EL TIEMPO QUE DURE LA GARANTÍA DE LOS BIENES OFERTADOS. LA MISMA DEBERÁ PRESENTARSE AL MOMENTO DE REALIZAR LA PUESTA EN MARCHA DE LOS BIENES Y UNA VEZ REALIZADAS LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO CON EL PERSONAL TANTO MEDICO COMO TÉCNICO DE LA UNIDAD SOLICITANTE.

Pago de Impuestos:

CORRERA POR CUENTA DE SU Empresa EL PAGO DE TODOS LOS IMPUESTOS VIGENTES, UNA VEZ ENTREGADO EL (LOS) BIEN(ES) O EFECTUADO EL COBRO TOTAL O PARCIAL. PARA TAL EFECTO, LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DEBERÁ EMITIRSE A NOMBRE DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE COCHABAMBA CON NÚMERO DE NIT 1021389035. EN EL CASO DE QUE EL PROVEEDOR NO EMITA FACTURA, SE PROCEDERÁ A LA RETENCIÓN DE LOS IMPUESTOS DE LEY.

CDE/B/2021-026

C. DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA ORDEN DE COMPRA

Para cumplimiento de la presente Orden de Compra, forman parte del mismo los siguientes documentos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Documento Base de Contratación (DBC), cuando corresponda. | <input checked="" type="checkbox"/> Propuesta Adjudicada |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nota o Resolución Administrativa de Adjudicación. | <input checked="" type="checkbox"/> Especificaciones Técnicas |
| <input type="checkbox"/> Poder del Representante Legal, cuando corresponda. | <input checked="" type="checkbox"/> Garantías, cuando corresponda. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otros: | RUPE - CERTIFICADOS DE NO ADEUDOS A LAS AFP - INF. DE EVALUACION Y OTROS DOC. ADMINISTRATIVOS. |

D. CONSENTIMIENTO

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, suscribimos la presente Orden de Compra en cuatro (4) ejemplares de un mismo tenor y validez, la autoridad delegada por el Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba y el representante del PROVEEDOR del (los) bien(es):

ELABORADO POR:

Abg. Victor Ariel Veneros Gomez
PROFESIONAL 1 - SECRETARIA DE SALUD

REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR:

Firma:

Mauricio Coronado Rengel
GERENTE REGIONAL
JHP
medical

Nombre Completo:

Mauricio Coronado Rengel

Cedula de Identidad:

4090245 Ch.

Lugar y Fecha:

Cochabamba 31/03/2021

REPRESENTANTE DEL GAMC:

Dr. Giovanni Le Colorado Navarro
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SECRETARIA DE SALUD
Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba

35 355 75 06.