HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN PABLO

Anexo 3.

Ítems	Código	Descripción	Espec. Técnicas	Presentación	Marca	Procedencia	Unidad de Med.	P. U. (IVA incl. si corresp.)	Cantid. Mínima	Precio Total (IVA incl. Si correspondiese
1	**72102602-002**	Servicio de Mantenimiento y Reparaciones de Sillas	sin rueditas: El servicio incluye retapizado general, pintura y/o lustre, y refracción del mueble: 011-52-35-0020; 011.52.35.0021; 011.52.35.0022; 011.52.35.0023;011.52.35.0024; 011.52.35.0025: 011.52.35.0026; 011.52.35.0027; 011.52.35.0028; 011.52.58.0009; 011.52.58.0010; 011.10.10.0010; 011.32.79.0126; 011.32.17.0042; 011.32.25.0011; 011.32.25.0012; 011.32.25.0016; 011.32.25.0022; 011.32.25.0024; 011.32.25.0025; 011.32.25.0034; 011.32.25.0035; 011.32.25.0036; 011.32.25.0037; 011.32.41.0048; 011.32.88.0049; 011.32.88.0050; 011.32.88.0051; 011.32.88.0052;011.52.33.0038; 011.52.33.0039; 011.52.33.0043; 011.52.33.0044; 011.52.35.0009; 011.52.35.0010; 011.52.35.0011; 011.52.35.0012; 011.52.35.0013; 011.52.35.0014; 011.52.35.0015; 011.52.35.0016; 011.52.35.0017; 011.52.35.0018; 011.52.35.0019; 011.32.88.0053; 011.32.88.0054; 011.32.88.0055; 011.32.88.0056; 011.32.88.0057; 011.32.88.0058; 011.32.01.0077; 011.32.98.0001; 011.32.98.0002; 011.32.98.0003; 011.32.98.0004; 011.32.98.0005; 011.32.98.0006; 011.32.98.0007; 011.32.98.0008; 011.32.98.0009.	Evento			1		60	
1	**72102602-002**	Servicio de Mantenimiento y Reparaciones de Sillas	con rueditas: El servicio incluye retapizado general, cambio de ruedita y refracción del mueble: 011.32.82.0160; 011.32.82.0155; 011.32.82.0156; 011.32.82.0157; 011.32.88.0039; 011.32.88.0040; 011.32.88.0041; 011.32.88.0042; 011.32.88.0043; 011.32.88.0044; 011.32.88.0045; 011.32.88.0046; 011.32.88.0047; 011.32.88.0048; 011.32.88.0093; 011.32.88.0094; 011.32.88.0095; 011.32.88.0096; 011.32.88.0097; 011.32.88.0098; 011.32.88.0099; 011.32.88.0100; 011.32.88.0101; 011.32.88.0102; 011.32.88.0103; 011.32.88.0104; 011.32.88.0105; 011.32.88.0106; 011.32.88.0107; 011.32.88.0158; 011.32.82.0159; 011.32.82.0161.	Evento			1		32	

OBSERVACION: El traslado de los equipos para su reparación correrá por cuenta del proveedor.

1. **Plazo de entrega de los bienes.**
   La provisión de los servicios adjudicados deberá cubrir el monto total adjudicado, a contar desde la fecha suscripción del presente contrato a entera satisfacción del CONTRATANTE.
2. **Lugar de entrega de los bienes**
   En el Departamento de Servicios Generales del Hospital M. I. San Pablo.
3. **Condiciones de pago**
   A crédito.
4. **Margen Preferencial de Productos Nacionales.**
   20%.(veinte por ciento).
5. **Se aplicara la formula de reajuste en los casos que corresponda**
   $V_1 = P * \{(CMC/CO) – 1\}$.
6. **Póliza de Garantía de cumplimiento de contrato por el 10% del monto total del contrato y con la misma duración del contrato.**
7. **Multas**
   El valor de las multas será: 1 (uno) % del suministro en demora por cada semana de atraso o fracción mayor a 3 (tres) días, y la multa ira hasta cubrir la garantía del fiel cumplimiento del Contrato.

Sr. Jorge R. Molinas A.
AdministradorInterino

Dr. Vicente Acuña Appleyard
Director General