



Caja Costarricense de Seguro Social  
Hospital Dr. Max Terán Valls Apdo.0-6350  
Subárea de Planificación y Contratación Administrativa  
Tel-Fax 2777-0272 ó 2777-3218

**SPCA-HDRMTV-N° 1440-10-2017**  
Quepos, jueves 02 de noviembre del 2017

Señores

**Ofertantes invitados a participar en Compra Directa 2017CD-000058-2308**

Presente;

**ASUNTO: Modificación hora máxima de recepción de ofertas para la Compra Directa N° 2017CD-000058-2308.**

Estimados Señores:

La suscrita en calidad de Coordinadora de la Subárea de Planificación y Contratación administrativa de este centro Médico, les comunico la modificación a la hora máxima establecida para la recepción de las Ofertas, correspondiente al Cartel de la Compra Directa indicada en el asunto, por concepto de adquisición de **"Proyecto "Solución integral de telefonía de voz sobre IP (VOIP) y sus Aditamentos"**.

Lo anterior, por cuanto por error involuntario se fijaron dos compras para la misma hora.

Por lo tanto, la hora máxima de apertura de ofertas queda para el día lunes 06 de noviembre del 2017 **al ser las 10 horas con 00 minutos**, permaneciendo las condiciones técnicas y administrativas invariables.

Sin más que agregar, suscribe.

Atentamente;

**SUBÁREA DE PLANIFICACIÓN Y CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA  
ÁREA DE GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS  
HOSPITAL DR. MAX TERAN VALLS**

Licda. Ana Lissette Acuña Vargas  
**Coordinadora**



**WMM/**

cf: Área de Gestión de Informática.  
Expediente N° 2017CD-000058-2308



## AVISO N° 1

### 2340 “EQUIPOS DE COMUNICACIÓN”

#### “PROYECTO “SOLUCIÓN INTEGRAL DE TELEFONÍA DE VOZ SOBRE IP (VOIP) Y SUS ADITAMENTOS.”

<b>TIPO DE PROCEDIMIENTO</b> Por excepción: Escasa Cuanía Artículo 144 del R.L.C.A. (Modalidad de entrega <b>Única Entrega</b> ).		<b>CONCURSO N°</b> 2017CD-000058-2308	<b>FECHA CONFECCIÓN DEL CARTEL</b> Jueves 02 de noviembre del 2017
<b>ÍTEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>UD</b>
<b>OBJETO CONTRACTUAL</b>			
VER DETALLE EN DOCUMENTO DE “ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS” ADJUNTAS.			

El Pliego Cartelario con las especificaciones administrativas, técnicas y formularios respectivos puede ser retirado en forma digital o físico por los oferentes interesados en participar, a través de los siguientes medios y a partir del recibo de esta notificación:

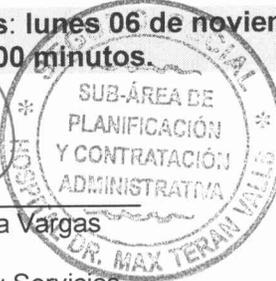
- ❖ En nuestras oficinas administrativas de la Sub-área de Planificación y Contratación Administrativa del Área de Gestión de Bienes y Servicios, sita en el Centro Hospitalario Hospital Dr. Max Terán Valls / Caja Costarricense de Seguro Social, ubicado 300 metros de la Pista de Aterrizaje de la Managua, Distrito Quepos, Cantón Quepos, Provincia Puntarenas.
- ❖ A través de nuestra página Web [http://www.ccss.sa.cr/licitaciones\\_detalle?up=2308=cd](http://www.ccss.sa.cr/licitaciones_detalle?up=2308=cd)
- ❖ Vía fax a los siguientes números: **2777-0272 / 2777-3218** ó bien por correo electrónico, siendo los siguientes: [wjmoscoso@ccss.sa.cr](mailto:wjmoscoso@ccss.sa.cr), [rcortesd@ccss.sa.cr](mailto:rcortesd@ccss.sa.cr), [aacunava@ccss.sa.cr](mailto:aacunava@ccss.sa.cr)

El cartel está constituido por las Condiciones Administrativas Generales, Condiciones y Especificaciones Técnicas y Sistema de Evaluación.

Es responsabilidad de quien adquiere el cartel, mediante fotocopiado del mismo, en nuestras oficinas administrativas, verificar que el mismo se le entrega completo.

Para la recepción de las ofertas se habilitará únicamente, la entrega de ofertas originales en sobre cerrado o a las siguientes direcciones de correos electrónicos: [wjmoscoso@ccss.sa.cr](mailto:wjmoscoso@ccss.sa.cr), [rcortesd@ccss.sa.cr](mailto:rcortesd@ccss.sa.cr), [aacunava@ccss.sa.cr](mailto:aacunava@ccss.sa.cr) mediante el cual se entenderá que la oferta con firma digital se determinará como una oferta original y la que se reciba con firma escaneada se considerará como oferta copia, por lo que posteriormente deberá cumplir con la entrega de la Oferta Original.

**Fecha y Hora Máxima de Recepción de Ofertas: lunes 06 de noviembre del 2017 al ser las 10 Horas con 00 minutos.**

Licda. Ana Liseth Acuña Vargas  
Coordinadora  
Área de Gestión Bienes y Servicios  
Hospital Dr. Max Terán Valls



**FORMULARIO COMPLEMENTARIO SOBRE EL RECIBO DE GARANTÍAS OFRECIDAS  
MEDIANTE CHEQUES CERTIFICADOS Y/O DE GERENCIA O DINERO EN EFECTIVO.**

**CUMPLIMIENTO**  **PARTICIPACIÓN**

DIA	MES	AÑO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL DEPOSITANTE	CÓDIGO PROVEEDOR	Nº LICITACIÓN
<b>OBJETO CONTRACTUAL</b>				<b>MONTO</b>	
<b>TIPO DE GARANTÍA</b>			<b>OTROS DATOS DEL TIPO DE GARANTÍA</b>		
<input type="checkbox"/> CHEQUE CERTIFICADO <input type="checkbox"/> CHEQUE DE GERENCIA			Banco Emisor _____		
<input type="checkbox"/> DINERO EN EFECTIVO			Garantía N° _____		
			Vigencia del _____ hasta _____		
Nombre y Firma del Representante Legal			Fecha		Sello Recibido

**Original: Interesado.**

**Copia: Subárea de Planificación y Contratación Administrativa - Hospital Dr. Max Terán Valls.**