



# 2021 - Año del Trigésimo Aniversario de la Constitución Provincial



Obra Social Provincia Tierra del Fuego  
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida  
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

ACm0058

## SOLICITUD DE COTIZACION

**Compra Directa Nro. 00004/2022**  
**Pieza Administrativa E Nro. 4117- - 2021- 51100- 0/**  
**RAF 312 OBRA SOCIAL PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO**

**Nota Pedido: 3761**  
**Fecha: 10/01/22**  
**Apertura: 14/1/2022 08:15**

**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....  
**Domicilio:** .....  
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....

**Comentario :** Correo electronico: [comprasasistencialesrg@osef.gob.ar](mailto:comprasasistencialesrg@osef.gob.ar), telefono: 2964-420476  
DR. Julio Cesar Torres - H.R.R.G. - Fecha probable de cirugia: A COORDINAR.  
Se debera cotizar necesariamente material nacional. Solo en caso de no contar con el mismo indicar origen y procedencia. La cotizacion debera ser en pesos, sin IVA (Ley 19.640). Contar con seguro de caucion, AREF y proTDF vigentes. Informar en presupuesto si no se aceptan compras parciales.

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio	Importe
0	<b>1 Sensor de glucosa - repuesto. Unidad x5.00</b> >> sensores continuos de glucosa , repuesto 1(un) caja x 5 unidades	5.00	.....	.....
0	<b>2 Parche. Unidad x5.00</b> >> parches transparentes autoadhesivos tipo tegaderm	5.00	.....	.....
0	<b>3 Reservorio. Unidad x10.00</b> >> reservorios para insulina mmt 332	10.00	.....	.....
0	<b>4 Set de infusión de insulina . Unidad x10.00</b> >> set de infusion de insulina mmt 397	10.00	.....	.....
0	<b>5 Materiales Descartables. Unidad x2.00</b> >> envases por 50 unidadesd tiras reactivac contours plus	2.00	.....	.....

**TOTAL :\$** .....

Son Pesos: .....

.....  
Firma y Sello Responsable

\* Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales.-

**Recepción de Ofertas hasta:** 14/01/2022  
**Domicilio de presentación de ofertas:** COMPRASASISTENCIALESRG@OSEF.GOB.AR  
**Domicilio de apertura de ofertas:** PERITO MORENO N°38  
**Condición de Pago:** 30 DIAS CONFORME FACTURA  
**Plazo de Entrega:** INMEDIATO, CASO CONTRARIO ESPECIFICAR EN PRESUPUESTO  
**Lugar de Entrega:** A COORDINAR CON MEDICO CONTRATANTE  
**Vigencia del contrato:**  
**Validez de Oferta:** 30 DIAS  
**Flete a Cargo:** DEL PROVEEDOR