Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00053/2022
Pieza Administrativa E Nro. 21434- E - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 12/05/22**
RAF 577 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD HRRG L **Apertura: 17/5/2022 12:00**

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 inc k)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/577 59 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	**Honorarios Profesionales(Prestaciones Medicas). Pesos**			
>>	Servicio por hora de hasta 480hs mensuales.-	5760.00	.....	.....
2	**Pasajes. Pesos**			
>>	uno (1) de ida y vuelta por cada vez que viajen.	48.00	.....	.....
3	**Coordinador Equipos medicos. Pesos**			
>>	1 (uno) mensualmente	12.00	.....	.....

Memo (Sin Memo Asociado)

TOTAL :$.....

Son Pesos:.....

.....
Firma y Sello Responsable

Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales ($_ _ _ _._ _)

Forma de Pago	segun contrato
Plazo de Entrega:	SEGUN CONTRATO
Mantenimiento de Oferta:	DTO. Nº 674/11 ART. 34 PUNTO 47
Lugar de Entrega:	CONTRATOSHRRG@GMAIL.COM Y/O OFICINA DE CONTRATACIONES HRRG
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	
Domicilio de presentación de ofertas:	AMEGHINO Nº 709 - HRRG Y/O CONTRATOSHRRG@GMAIL.COM
Domicilio de apertura de ofertas:	OFICINA DE CONTRATACIONES HRRG
Vigencia del Contrato:	1 AÑO
Garantía de Oferta:	NO SE REQUIERE
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	

ANEXO I - CONTRATACION DIRECTA

POR COMPULSA ABREVIADA E.E. Nº 21434- M.S.-2022.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR - COMO PARTE INTEGRANTE DE LA OFERTA, EN CARÁCTER EXCLUYENTE:

A. Del/la Coordinador/a:

1. Copia certificada de D.N.I.
2. Copia Certificada del Título Profesional.
3. Copia Certificada de Título de Especialidades, vinculados al objeto de la contratación.
4. Curriculum Vitae firmado en todas sus hojas.
5. Poder Especial otorgado en favor del/la coordinador/a extendido por parte de los profesionales integrantes del Equipo Médico a contratar, para la firma del Contrato de Locación de Servicios (OPCIONAL).
7. Planilla con detalle de los profesionales integrantes del Equipo Médico a contratar (cantidad mínima: cuatro médicos), la que acompaña al presente Anexo.

B. De los profesionales integrantes del Equipo Médico:

1. Copia Certificada del D.N.I.
2. Copia Certificada del Título Profesional.
3. Copia Certificada de Título de Especialidades, vinculados al objeto de la contratación.
4. Curriculum Vitae firmado en todas sus hojas.

Aclaración: En caso de ser **ADJUDICADO**, deberá dar cumplimiento a la presentación de toda la documentación que se detalla a continuación:

1. Póliza de Seguro de Accidentes Personales y constancia de último pago.
2. Póliza de Seguro de Mala Praxis y constancia de último pago.
3. Certificado de Antecedentes Penales, en su defecto Constancia de Certificado en Trámite.
4. Copia Certificada de Matricula Profesional Provincial o Constancia de Matricula en trámite.
5. Constancia de Inscripción/Opción en A.F.I.P.
6. Constancia de Inscripción en A.R.E.F. o Convenio Multilateral.
7. Certificado de Inscripción en el Registro de Proveedores del Estado (PROTDF).
8. Constancia de C.B.U. emitida por la entidad bancaria.

FIRMA DEL OFERENTE: _____

ACLARACIÓN: _____

CUIT: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DETALLE DE LOS PROFESIONALES INTEGRANTES DEL EQUIPO MÉDICO

	APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I.
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

FIRMA DEL OFERENTE: _____

ACLARACIÓN: _____

CUIT: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Firmado Electrónicamente por
DIRECTOR PACHECO BORQUEZ VANESA FERNANDA
Gobierno de Tierra del Fuego

12/05/2022 11:19