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

Lic. Laura Carolina Bojba
Directora Administrativa
H.R.U.

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00044/2022**
**Pieza Administrativa E Nro. 33625- - 2022- 1728 - 0/** **Fecha: 02/06/22**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 8/6/2022 12:00**

**Encuadre Legal:** COMPULSA ABREVIADA
**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

Comentario : INDICAR MARCA Y/O CODIGO QUE PERMITA IDENTIFICAR EL PRODUCTO OFRECIDO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo I, Artículo 18 Inciso l), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se
encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº
2840/21 y N° 05/22.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2022/529 90 - 2022/529 92 - 2022/529 93 - 2022/529 94 - 2022/529 103 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **Tubo de vidrio. Unidad** | | | |
| >> | Tubo de vidrio de Khan - 12 x 75 mm. - unidad | 1500.00 | ..... | ..... |
| 2 | **Tubo de hemolisis de vidrio (largo:10 cm)(diámetro:10 mm). Unidad** | | | |
| >> | TUBO DE HEMOLISIS DE VIDRIO LARGO - unidad | 1500.00 | ..... | ..... |
| 3 | **Tubo capilar azul con Heparina. Frasco x 500** | | | |
| >> | corresponde : tubo capilar ROJO CON HEPARINA - frasco x 500 unidades | 5.00 | ..... | ..... |
| 4 | **Tubo capilar rojo sin Heparina. Frasco x 500** | | | |
| >> | corresponde: tubo capilar AZUL SIN HEPARINA - frasco x 500 unidades | 2.00 | ..... | ..... |
| 5 | **Tubo conico plastico 10-12 ml Sin tapa. Unidad** | | | |
| >> | TUBO CONICO DE PLASTICO SIN TAPA - UNIDAD | 600.00 | ..... | ..... |
| 6 | **Tubo de muestra plastico Con tapa a rosca 10-12 ml. Unidad** | | | |
| >> | TUBO CONICO PLASTICO CON TAPA - 10 a 12 ML- UNIDAD | 600.00 | ..... | ..... |
| 7 | **TIPS para micropipeta. 100 unidades** | | | |
| >> | TIPS AMARILLOS CON CORONA (5 a 200 MICROLITROS) - PRESENTACION: BOLSA x 1.000 unidades | 6.00 | ..... | ..... |
| 8 | **Llave de Tres Vias Giratorio 360º Esteril con Flecha Indicativa. unidad** | | | |
| >> | LLAVE DE TRES VIAS - TIPO DISCOFIX BRAUN | 200.00 | ..... | ..... |
| 9 | **TUBO C/GEL. Caja x 100 te** | | | |
| >> | TUBO CON GEL AL VACIO PARA SUERO DE 5 ML. (LARGOS) - TIPO "BD" - CAJA x 100 UNIDADES | 6.00 | ..... | ..... |

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

Lic. Laura Carolina Bojba
Directora Administrativa
H.R.U.

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00044/2022**
**Pieza Administrativa E Nro. 33625- - 2022- 1728 - 0/** **Fecha: 02/06/22**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 8/6/2022 12:00**

**Encuadre Legal:** COMPULSA ABREVIADA
**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

Comentario : INDICAR MARCA Y/O CODIGO QUE PERMITA IDENTIFICAR EL PRODUCTO OFRECIDO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo I, Artículo 18 Inciso l), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº 2840/21 y N° 05/22.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2022/529 90 - 2022/529 92 - 2022/529 93 - 2022/529 94 - 2022/529 103 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 10 | **TUBO C/EDTA. Caja x 100 te** | | | |
| >> | TUBO CON EDTA AL VACIO PARA HEMOGRAMA DE 3 ML. - TIPO "BD" - CAJA x 100 UNIDADES | 5.00 | ..... | ..... |
| 11 | **Portaobjeto bordes pulidos. Caja x 50 uni** | | | |
| >> | portaobjetos - caja x 50 unidades | 5.00 | ..... | ..... |
| 12 | **Equipo p/administrar sangre y plasma Doble camaraMacrogotero Filtro Aguja PTC. Unidad** | | | |
| >> | GUIAS V-20 - TIPO RIVERO - UNIDAD | 200.00 | ..... | ..... |
| 13 | **Bolsa QUINTUPLE para Sangre,con sistema de leucorreduccionpara sangre entera. Unidad** | | | |
| >> | UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 12.00 | ..... | ..... |
| 14 | **Bolsa triple para SANGRE con SADMAN, con bolsa dederivacion. Unidad** | | | |
| >> | UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 12 MESES | 120.00 | ..... | ..... |
| 15 | **bolsa de transferencia de 800 a 1.000 ML. unidad** | | | |
| >> | UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 15.00 | ..... | ..... |
| 16 | **Bolsa de trasferencia de 300 ml a 400 ml. Unidad** | | | |
| >> | unidad - vencimiento mayor a 8 meses | 15.00 | ..... | ..... |
| 17 | **Suero anti a monoclonal. Frasco x 10 m** | | | |
| >> | VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 6.00 | ..... | ..... |
| 18 | **Suero anti b monoclonal. Frasco x 10 m** | | | |
| >> | VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 6.00 | ..... | ..... |
| 19 | **Suero anti ab monoclonal. Frasco x 10 m** | | | |

Lic. Laura Carolina Bojba
Directora Administrativa
H.R.U.

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00044/2022**
**Pieza Administrativa E Nro. 33625- - 2022- 1728 - 0/** **Fecha: 02/06/22**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 8/6/2022 12:00**

**Encuadre Legal:** COMPULSA ABREVIADA
**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

Comentario : INDICAR MARCA Y/O CODIGO QUE PERMITA IDENTIFICAR EL PRODUCTO OFRECIDO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo I, Artículo 18 Inciso l), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se
encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº
2840/21 y N° 05/22.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2022/529 90 - 2022/529 92 - 2022/529 93 - 2022/529 94 - 2022/529 103 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| >> | VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 6.00 | ..... | ..... |
| 20 | **Suero anti d blend monoclonal. Frasco x 10 m** | | | |
| >> | VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 6.00 | ..... | ..... |
| 21 | **Suero anti C. Frasco x 5 ml** | | | |
| >> | SUERO ANTI C (MAYUSCULA) - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 22 | **Suero anti c. Frasco x 5 ml** | | | |
| >> | SUERO ANTI c (minúscula) - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 1.00 | ..... | ..... |
| 23 | **Suero anti E. Frasco x 5 ml** | | | |
| >> | SUERO ANTI E (MAYUSCULA) - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 24 | **Suero anti e. Frasco x 5 ml** | | | |
| >> | SUERO ANTI e (minúscula) - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 1.00 | ..... | ..... |
| 25 | **Suero anti cde. Frasco x 10 m** | | | |
| >> | SUERO ANTI CDE - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 26 | **Suero anti-globulina humana MONOESPECIFICO anti-IgG. Frasco x 10 m** | | | |
| >> | SUERO ANTI HUMANO MONOESPECIFICO ANTI - IgG - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 1.00 | ..... | ..... |
| 27 | **Suero anti-Glubulina humana POLIESPECIFICO. Frasco x 10 m** | | | |
| >> | SUERO ANTI HUMANO POLIESPECIFICO - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 2.00 | ..... | ..... |
| 28 | **Solucion diluyente - Liss modificada. Frasco x 500** | | | |
| >> | SOLUCION LISS - FRASCO x 100 MILILITROS - TIPO REDIAR NISS - VENCIMIENTO MAYOR A | 3.00 | ..... | ..... |

Lic. Laura Carolina Bojba
Directora Administrativa
H.R.U.

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00044/2022**
**Pieza Administrativa E Nro. 33625- - 2022- 1728 - 0/** **Fecha: 02/06/22**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 8/6/2022 12:00**

**Encuadre Legal:** COMPULSA ABREVIADA
**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

Comentario : INDICAR MARCA Y/O CODIGO QUE PERMITA IDENTIFICAR EL PRODUCTO OFRECIDO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo I, Artículo 18 Inciso I), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se
encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº
2840/21 y N° 05/22.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2022/529 90 - 2022/529 92 - 2022/529 93 - 2022/529 94 - 2022/529 103 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| | 8 MESES | | | |
| 29 | **PEG (Suero Polietilenglicol). Frasco x 10 m** | | | |
| >> | SUERO PEG - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 2.00 | ..... | ..... |
| 30 | **Reactivo HCV Ag-Ab (kit). CAJA x96 TEST** | | | |
| >> | HCV COMBO - ELISA - TIPO BIORAD - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 31 | **Hepatitis B (HBSAG) Elisa. Caja x 100 te** | | | |
| >> | HB S AG - ELISA- TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 32 | **Chagas Lisado ELISA** | | | |
| >> | CHAGAS ELISA LISADO - TIPO WIENER 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 33 | **Hepatitis B (Anti-HBC) Elisa. Caja x 100 te** | | | |
| >> | ANTI HB CORE ELISA - TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 34 | **Reactivo HTLV (kit). Caja x 192 te** | | | |
| >> | HTLV I/II ELISA x 192 DETERMINACIONES - TIPO DIAPRO ULTRA - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 2.00 | ..... | ..... |
| 35 | **Reactivo HIV Combinacion Ag/Ac (kit). Caja x 96 tes** | | | |
| >> | HIV COMBO ELISA - TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 3.00 | ..... | ..... |
| 36 | **Reactivo Elisa Chagas Recombinante V4.0 (kit). Caja x 96 tes** | | | |
| >> | CHAGAS ELISA RECOMBINANTE - TIPO WIENER 4.0 - 96 DETRMINACIONESVECIMIENTO | 3.00 | ..... | ..... |

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

Lic. Laura Carolina Soba
Directora Administrativa
H.R.U.

**Compra Directa Nro. 00044/2022**
**Pieza Administrativa E Nro. 33625- - 2022- 1728 - 0/** **Fecha: 02/06/22**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 8/6/2022 12:00**

**Encuadre Legal:** COMPULSA ABREVIADA
**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

Comentario : INDICAR MARCA Y/O CODIGO QUE PERMITA IDENTIFICAR EL PRODUCTO OFRECIDO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo I, Artículo 18 Inciso I), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se
encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº
2840/21 y N° 05/22.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2022/529 90 - 2022/529 92 - 2022/529 93 - 2022/529 94 - 2022/529 103 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| | MAYOR A 8 MESES | | | |
| 37 | **Test VDRL. Caja x 100 te** | | | |
| >> | vdrl - caja x 100 test - vencimiento mayor a 8 meses | 3.00 | ..... | ..... |
| 38 | **Reactivo Antigenos Febriles Hudleson. Caja x 3 fco** | | | |
| >> | antigenos febriles - frasco x 5 ml.- vencimiento mayor a 8 meses | 3.00 | ..... | ..... |
| 39 | **AGUJA DE PUNCION DE MEDULA OSEA 8 G x 10 CM. x 5 unidades** | | | |
| >> | aguja de punción de médula ósea 8 G x 10 CM. - TIPO "GALLINI"<br>caja x 5 unidades<br>vencimiento mayor a 12 meses | 6.00 | ..... | ..... |
| 40 | **AGUJA DE PUNCION DE MEDULA OSEA 15 G x 10-28 MM. Unidad** | | | |
| >> | AGUJA DE PUNCION DE MEDULA OSEA - 15 G x 10-28 MM.<br>presentacion: unidad<br>vencimiento mayor a 12 meses | 15.00 | ..... | ..... |

**Memo** (Nro: 3) - FORMULARIO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA
LA OFERTA DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL (PRESENCIAL O VIA CORREO ELECTRONICO). SU PRESENTACIÓN Y EL HECHO DE COTIZAR Y FIRMAR EL PRESENTE FORMULARIO, IMPLICA EL PLENO CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE TODOS Y CADA UNO DE LOS REQUERIMIENTOS DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN, COMO ASÍ TAMBIÉN DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA ADJUDICACIÓN.
TODAS LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA OFERTA DEBERÁN ESTAR FIRMADAS Y ACLARADAS POR EL OFERENT O POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO. ASIMISMO, LA OFERTA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DEL CERTIFICADO PROTDF VIGENTE.
SE INDICA QUE LA OFERTA DEBERÁ COMPLETARSE UTIILIZANDO DOS DECIMALES EN LAS COLUMNAS DE CANTIDAD Y PRECIO, EN TODOS LOS RENGLONES QUE LA COMPONEN.

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

Lic. Laura Carolina Boba
Directora Administrativa
H.R.U.

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00044/2022**
**Pieza Administrativa E Nro. 33625- - 2022- 1728 - 0/** **Fecha: 02/06/22**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 8/6/2022 12:00**

**Encuadre Legal:** COMPULSA ABREVIADA
**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

Comentario : INDICAR MARCA Y/O CODIGO QUE PERMITA IDENTIFICAR EL PRODUCTO OFRECIDO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo I, Artículo 18 Inciso l), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº 2840/21 y N° 05/22.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2022/529 90 - 2022/529 92 - 2022/529 93 - 2022/529 94 - 2022/529 103 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| | ADEMÁS, LA COTIZACIÓN DEBERÁ REALIZARSE SIN CONSIDERAR EL I.V.A., SEGÚN LEY NUMERO 19.640 DE SER NECESARIO, LOS REQUERIMIENTOS, PLAZOS DE CUMPLIMIENTO, Y OTRAS CONDICIONES Y ACLARACIONES ADICIONALES RELACIONADAS CON LA PRESENTE CONTRATACIÓN, SE DETALLARAN EN UN ANEXO ADJUNTO EN CASO DE CORRESPONDER. | | | |

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

Son Pesos:.....

---
Firma y Sello Responsable

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

| | |
|---|---|
| **Forma de Pago** | 30(TREINTA) DÍAS RECEPCIÓN Y CONFORME DE FACTURAS - DCTO. PROV. 674/11 ART 34 PTO 96.- |
| **Plazo de Entrega:** | DENTRO DE LOS 30(TREINTA) DÍAS CORRIDOS DE NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.- |
| **Mantenimiento de Oferta:** | 30(TREINTA) DÍAS CIERRE DE COTIZACIONES – PRORROGABLES DCTO. PROV. 674/11 ART 34 PTO 47.- |
| **Lugar de Entrega:** | DIVISIÓN DEPÓSITO CENTRAL DEL H.R.U. – Av. Perito Moreno N° 4746 (9410) USHUAIA – TIERRA DEL FUEGO |
| **Recepción de Sobres Cerrados hasta:** | |
| **Domicilio de presentación de ofertas:** | comprashru@tierradelfuego.gov.ar |
| **Domicilio de apertura de ofertas:** | |
| **Vigencia del Contrato:** | |
| **Garantía de Oferta:** | NO |
| **Requiere Muestra:** | No |
| **Flete a Cargo** | |