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

Mag.Ing. Juan Manuel Dasso
Jefe Dto. Administración Contable
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00059/2022
Pieza Administrativa E Nro. 19819- E - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 28/06/22**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 1/7/2022 12:00**

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

Comentario : INDICAR MARCA, CÓDIGO Y/O DETALLE DEL PRODUCTO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso I), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº1399 y N°1004, y Decretos Provinciales Nº674/11, Nº2840/21 y N°05/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/529 72 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	**Acido Acetico Glacial P/A. Frasco x 1 kg**			
>>	Envase PEAD x 1000ml - Tipo Biopack.	2.00	.....	.....
2	**Alcohol 96°. Frasco x 1 L**			
>>	Frasco x 1000 ml. Se aceptan presentaciones mayores o menores hasta cubrir la cantidad requerida.	50.00	.....	.....
3	**ANTICUERPOS. UNIDAD**			
>>	Se solicita Anticuerpo P53 prediluido, Clon DO7. Envase por 7ml. Tipo Cell Marque. Fecha de vto superior a los dos años de la fecha de entrega en el Servicio.	1.00	.....	.....
4	**Anticuerpo P16: prediluido x 7ml Tipo Leica**			
>>	Monoclonal de Ratón (INK4a) prediluido x 7 ml - Tipo Cell MarqueFecha de vto superior a los dos años de la fecha de entrega en el Servicio.	2.00	.....	.....
5	**Cubreobjetos de laboratorio. Caja x 100 u**			
>>	Cubreobjetos de laboratoriode 24 x 40 mm - Caja x 100 u - Tipo Pathoglass	10.00	.....	.....
6	**Cubreobjetos de laboratorio. Caja x 200 u**			
>>	Cubreobjetos de laboratoriode 24 x 60 mm - Caja x 100 u - Tipo Pathoglass	5.00	.....	.....
7	**Capsula de inclusion de tejidos. Caja x 1000 u**			
>>	Cassettes inclusión con tapa plasticos descartables. Se aceptan distintas presentaciones de cantidad hasta cubrir la cantidad solicitada.	1500.00	.....	.....
8	**Decolorante de Ziehl Neelsen. 1000 ml**			
>>	Envase x 1000 ml - Tipo BiopackFecha de vto superior a los dos años de la fecha de entrega.	1.00	.....	.....

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

Mag.Ing. Juan Manuel Dasso
Jefe Dto. Administración Contable
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00059/2022
Pieza Administrativa E Nro. 19819- E - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 28/06/22**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 1/7/2022 12:00**

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

Comentario : INDICAR MARCA, CÓDIGO Y/O DETALLE DEL PRODUCTO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso I), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº1399 y N°1004, y Decretos Provinciales Nº674/11, Nº2840/21 y N°05/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/529 72 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
9	**Vaso de precipitado. Unidad**			
>>	Vaso de precipitadox 500 ml	2.00	.....	.....
10	**Vaso de precipitado. Unidad**			
>>	Vaso de precipitado x 1000ml	2.00	.....	.....
11	**Acido Clorhidrico 37% P/A. Frasco x 1 kg**			
>>	Acido Clorhidrico 37% P/Apro-análisis - Botella x 100 ml - Tipo Ciccarelli.Fecha de vto superior a los dos años de la fecha de entrega.	2.00	.....	.....
12	**ANTICUERPO CD 5. Frasco x 6 ml**			
>>	Monoclonal de Ratón (4C7) prediluido x 7 ml - Tipo Cell Marque	1.00	.....	.....
13	**Anticuerpo Melan A. Frasco x 6 ml**			
>>	ANTICUERPO HMB-45Prediluido x 7 ml - Tipo Cell Marque Fecha de vto superior a los dos años de la fecha de entrega en el Servicio.	1.00	.....	.....
14	**Anticuerpo primario GATA 3. Frasco x 6 ml**			
>>	Monoclonal de Ratón (L50-823) prediluido x 7 ml - Tipo Cell Marque Fecha de vto superior a los dos años de la fecha de entrega en el Servicio.	1.00	.....	.....

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

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

Mag.Ing. Juan Manuel Dasso
Jefe Dto. Administración Contable
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00059/2022
Pieza Administrativa E Nro. 19819- E - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 28/06/22**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 1/7/2022 12:00**

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

Comentario : INDICAR MARCA, CÓDIGO Y/O DETALLE DEL PRODUCTO
La presente contratación se encuadra dentro de lo establecido por las Leyes Provinciales Nº1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso I), Resolución OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso a), y se encuentra prevista por las Leyes Provinciales Nº1399 y N°1004, y Decretos Provinciales Nº674/11, Nº2840/21 y N°05/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/529 72 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
	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. 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:	30 (TREINTA) DIAS UNA VEZ 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:	DIV. DEPÓSITO CENTRAL DEL HOSPITAL REGIONAL USHUAIA-AV. PERITO MORENO N° 4746 -(9410) USHUAIA -TDF
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	
Domicilio de presentación de ofertas:	comprashru@tierradelfuego.gov.ar
Domicilio de apertura de ofertas:	comprashru@tierradelfuego.gov.ar
Vigencia del Contrato:	
Garantía de Oferta:	NO
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	