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. 00067/2022
Pieza Administrativa E Nro. 43624- E - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 17/08/22**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 22/8/2022 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 Nº 1015, 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 Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº2840/21 y N° 05/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/529 141 -

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	**Acido Clorhidrico 37% P/A. Frasco x 1 kg**			
>>	pro-análisis - Botella x 100 ml - Tipo Ciccarelli.	2.00	.....	.....
3	**Alcohol 96°. Frasco x 1 L**			
>>	Frasco x 1000 ml	40.00	.....	.....
4	**ANTICUERPO S 100. Frasco x 6 ml**			
>>	Monoclonal de Ratón (4C4.9) 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	.....	.....
5	**ANTICUERPO ANTI CK20. Frasco x 6 ml**			
>>	Anticuerpo Monoclonal de Ratón (Ks20.8) 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	.....	.....
6	**Técnica de Inmunohistoquímica. unidad**			
>>	Se solicita Anticuerpo P 63. Monoclonal de Conejo (EP174) 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	.....	.....
7	**ANTICUERPO CD 30. Frasco x 6 ml**			
>>	Monoclonal de Ratón (Ber H-2) 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	.....	.....
8	**Cubreobjetos de laboratorio. Caja x 200 u**			
>>	Tipo Pathoglass. Se admiten distintas presentaciones hasta	2500.00	.....	.....

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

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00067/2022
Pieza Administrativa E Nro. 43624- E - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 17/08/22**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 22/8/2022 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 Nº 1015, 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 Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº2840/21 y N° 05/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/529 141 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
	cubrir la cantidad requerida.			
9	**Cuchilla descartable para microtomo. Caja x 50 uni**			
>>	Navajas descartables para cortes de rutina y cinta, angulo 35º, para tejidos duros y difíciles - Tipo Feather N35HR - Dispensador x 50 u	5.00	.....	.....
10	**Capsula de inclusion de tejidos. Caja x 1000 u**			
>>	Cassettes inclusión con tapa plasticos descartables bolsa x 500 u. Se solicita cápsulas fenestradas, no microperforadas. Favor de enviar fotografía de lo cotizado. Se aceptan distintas presentaciones hasta completar la cantidad requerida.	3.00	.....	.....

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.
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.

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. 00067/2022
Pieza Administrativa E Nro. 43624- E - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 17/08/22**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 22/8/2022 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 Nº 1015, 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 Nº 1399 y N° 1004, y Decretos Provinciales Nº 674/11, Nº2840/21 y N° 05/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/529 141 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe

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	