



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. 00291/2022

Pieza Administrativa E Nro. 78592- - 2022- 1728 - 0/

RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD

Fecha: 28/12/22

Apertura: 30/12/2022 10:00

Encuadre Legal: LEY PCIAL. 1015 - ART. 18-c)

Nombre o Razón Social del Proponente: .....

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : El presente procedimiento se lleva adelante conforme la normativa que se detalla seguidamente:

Ley Provincial N° 1015 - Artículo 18° - Inciso c) (Exclusividad)  
Decreto Pcial. N° 674/11, 2840/21 y N° 05/22  
Resoluciones OPC N° 017/21 y N° 202/20  
Disposición DGAF-MS N° 157/20  
Dictamen DGAJS-MS N° 1169/22  
Informe D.P.D.P.-M.E. N° 3310/22

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/525 347 - 2022/525 348 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	<b>Mantenimiento de Equipos de Diálisis PRIMER TRAMO HRU. UNIDAD</b>			
>>	S/Honorarios por servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos del servicio de hemodiálisis del HRU - 12 Meses	12.00	.....	.....
2	<b>VISITAS TÉCNICAS HRU PRIMER TRAMO. UNIDAD</b>			
>>	S/Honorarios por visitas técnicas y de capacitación HRU	6.00	.....	.....
3	<b>Mantenimiento de Equipos de Diálisis HRRG PRIMER TRAMO. UNIDAD</b>			
>>	S/Honorarios por servicio de mantenimiento preventivo y correctivo equipos del servicio de hemodiálisis HRRG - 12 Meses	12.00	.....	.....
4	<b>VISITAS TÉCNICAS HRRG PRIMER TRAMO. UNIDAD</b>			
>>	S/Honorarios por visitas técnicas y de capacitación HRRG	6.00	.....	.....

**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 UTILIZANDO 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

M



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. 00291/2022

Pieza Administrativa E Nro. 78592- - 2022- 1728 - 0/

RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD

Fecha: 28/12/22

Apertura: 30/12/2022 10:00

Encuadre Legal: LEY PCIAL. 1015 - ART. 18-c)

Nombre o Razón Social del Proponente: .....

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : El presente procedimiento se lleva adelante conforme la normativa que se detalla  
seguidamente:

Ley Provincial N° 1015 - Artículo 18° - Inciso c) (Exclusividad)

Decreto Pcial. N° 674/11, 2840/21 y N° 05/22

Resoluciones OPC N° 017/21 y N° 202/20

Disposición DGAF-MS N° 157/20

Dictamen DGAJS-MS N° 1169/22

Informe D.P.D.P.-M.E. N° 3310/22

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/525 347 - 2022/525 348 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
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	CONFORME CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS
Plazo de Entrega:	CONFORME CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS
Mantenimiento de Oferta:	CONFORME DECRETO PCIAL. N° 674/11 - ARTÍCULO 34° - APARTADO 47)
Lugar de Entrega:	San Martín N° 15 - 3° Piso - (9410) Ushuaia - TDFaElAS
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	30/12/2022 - 10.00 HRS.
Domicilio de presentación de ofertas:	San Martín N° 15 - 3° Piso - (9410) Ushuaia - TDFaElAS
Domicilio de apertura de ofertas:	San Martín N° 15 - 3° Piso - (9410) Ushuaia - TDFaElAS
Vigencia del Contrato:	DOCE (12) MESES
Garantía de Oferta:	NO SE REQUIERE
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	--

Dra. Judit DIGLIO  
Ministro  
MINISTERIO DE SALUD



ANEXO I – SOLICITUD DE COTIZACIÓN COMPRA DIRECTA N° 291/2022

El **MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR**, invita a la presentación de oferta en el marco del procedimiento de contratación del servicio técnico, de mantenimiento preventivo y correctivo de máquinas de diálisis y lavadoras de filtros marca FRESENIUS, que tramita bajo Expediente Electrónico N° MS-E-78592-2022, conforme requerimiento de la Dirección General de Ingeniería Sanitaria dependiente de la Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales; de acuerdo a las siguientes pautas y condiciones:

(A) CONSIDERACIONES GENERALES:

La contratación se establecerá por el término de DOCE (12) meses, contados a partir de la suscripción del correspondiente Contrato de Locación de Servicios y de la Orden de Compra, bajo el amparo de la Ley Provincial N° 1015 - Artículo - 18° - Inciso c), Decretos Provinciales N° 674/11, N° 2840/21 y N° 05/22; Resoluciones O.P.C. N° 17/21 - Anexo I - Capítulo 1.b) y N° 58/21; y Dictamen D.G.A.J.S. N° 1169/ 2022

Asimismo y de considerarse una redeterminación de valores, será de aplicación lo establecido en la Resolución O.P.C. N° 202/20 - Anexo IV, reglamentario del Artículo 36° de la Ley Pcial. N° 1015 cuya operatividad se encuentra fijada en las condiciones de la presente contratación y en el Informe D.P.D.P. – M.E. N° 3310/2022.

(B) ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

Corresponden las indicadas en los Renglones 1 a 4 "DESCRIPCIÓN" de la de Solicitud de Cotización de la Compra Directa por Adjudicación Simple N° 291/22 y en los Anexos del MODELO DE CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIO que, como Anexo II forma parte integrante de la Compra Directa citada.

(C) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR – EN ORIGINAL Y/O COPIA AUTENTICADA COMO PARTE INTEGRANTE DE LA OFERTA:

De la Institución y/o Empresa:

1. Estatuto o documentación que acredite la formación de la Institución / Empresa/Fundación.
2. Documentación que acredite y avale al firmante del Contrato; en caso de tratarse de Apoderado/s, deberá asimismo presentar toda la documentación que lo acredite como tal (Documento de Identidad, Poderes Especiales, etc.).
3. Constancia de Inscripción en A.F.I.P.
4. Constancia de Inscripción en A.R.E.F.
5. Certificado de Cumplimiento Fiscal de A.R.E.F.
6. Certificado de Inscripción como Proveedor del Estado (ProTDF).
7. Documentación que acredite la exclusividad del servicio, en caso de corresponder.
8. Constancia de C.B.U.



**MINISTERIO DE SALUD**

9. El oferente deberá constituir, con carácter de Declaración Jurada, cuyo Modelo forma parte integrante del presente Anexo, un domicilio especial y una dirección electrónica, en donde serán válidas todas las comunicaciones que se le cursaren en el marco del presente trámite.
10. Toda documentación complementaria y aclaratoria que se considere necesaria y oportuna que hagan al objeto de la presente contratación, sin perjuicio de los instrumentos que oportunamente pueda requerir el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Contrataciones – D.G.A.J.S, dependiente de la Secretaría de Coordinación.

Para consultas y adelanto de cotizaciones, dirigirse al siguiente correo electrónico:

[contratacionesdgajms@tierradelfuego.gov.ar](mailto:contratacionesdgajms@tierradelfuego.gov.ar)

FIRMA DEL OFERENTE: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.: \_\_\_\_\_

DOMICLIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Dra. Judit DI GIGLIO  
Ministro  
MINISTERIO DE SALUD



**-DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO ESPECIAL  
Y CORREO ELECTRÓNICO-**

Al Ministerio de Salud

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur:

Por medio de la presente ....., D.N.I.  
N° ....., en mi carácter de ....., de la  
empresa ....., vengo a informar con  
carácter de DECLARACIÓN JURADA, que el Domicilio Especial que constituí a los efectos  
de la oferta presentada, correspondiente a la Compra Directa N° 291/22, llevada adelante  
mediante expediente electrónico N° MS-E-78592/22 del Ministerio de Salud de la Provincia de  
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, es  
..... de la ciudad de .....,  
provincia de .....

Por otro lado, constituí como Correo Electrónico  
.....@.....

Asimismo, informo que cualquier notificación que se deba realizar a la firma  
....., en relación a la Compra Directa citada, deberán  
efectuarlas a las direcciones detalladas.

Un saludo cordial,

Firma:.....

Aclaración:.....

Carácter invocado:.....

Dra. Judit DI GIROLIO  
Ministra  
MINISTERIO DE SALUD



ANEXO II – SOLICITUD DE COTIZACIÓN COMPRA DIRECTA N° 291/2022

**-MODELO CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIO-**

(E.E. N° MS-E-78592-2022)

Entre la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, representada en este acto por la señora Ministra de Salud, Dra. Judit Jéscica Rosana DI GIGLIO, titular del D.N.I. N° 28.371.957, constituyendo domicilio legal en calle San Martín N° 450 de la ciudad de Ushuaia, por una parte y en adelante "LA PROVINCIA"; y por la firma NASTASI GUSTAVO DANIEL, C.U.I.T. N° 20-17594425-8, representada por su Apoderada, señora María Fernanda OSAN, D.N.I. N° 20.874.078, quien acredita su condición mediante Primer Testimonio – Escritura N° 22/2018 – Poder General de Administración y Disposición, con domicilio en calle Primer Argentino N° 108 de la ciudad de Ushuaia, en adelante "EL PRESTADOR", conjuntamente denominadas "LAS PARTES" convienen en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicio Técnico, que se regirá en lo sucesivo por las siguientes cláusulas y condiciones: -----

**ANTECEDENTES:**

- Que atento a lo previsto en la Ley Provincial N° 1015 - Artículo 18 - Inciso c) y su reglamentación y conforme Decreto Provincial N° [...../22], resulta necesario contratar el servicio de mantenimiento y correctivo destinado a las máquinas que se detallan en los Anexos II y III del presente, que brinda la firma NASTASI GUSTAVO DANIEL (MEDIFAR FUEGUINA). -----
- Que la contratación a realizar posibilitará mantener el parque tecnológico de máquinas de diálisis y lavadoras de filtros cien por ciento (100%) operativas. -----
- Que de la misma manera, garantizará mantener un stock permanente de repuestos específicos como así también capacitaciones certificadas y actualizadas destinadas al personal técnico de planta permanente del Ministerio de Salud de la provincia. -----
- Que la presente contratación obedece a razones de especialidad y estricta necesidad funcional, en atención a los antecedentes y certificaciones de exclusividad, otorgadas por la FRESENIUS MEDICAL CARE S.A. a la firma NASTASI GUSTAVO DANIEL (MEDIFAR FUEGUINA). -----
- Que la presente contratación, obedece al interés de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, en cuanto garante del derecho a la salud, de acuerdo a las Leyes Provinciales N° 1301 - Artículo 17° y N° 1400 - Artículo 4°. -----

**PRIMERA. OBJETO:** EL PRESTADOR proveerá a LA PROVINCIA los servicios técnicos de reparaciones y ajustes descriptos en el presente, específicamente en las cláusulas QUINTA a OCTAVA y que resulten necesarios a fin de garantizar el normal funcionamiento de los Equipos de Diálisis, en adelante LOS EQUIPOS, detallados en los Anexos II y III del presente Contrato.

**SEGUNDA. VIGENCIA:** LAS PARTES acuerdan que el presente Convenio tendrá vigencia a



partir del día [...] la fecha de suscripción del mismo, por el término de DOCE (12) meses y que, previo a su vencimiento, **LAS PARTES** podrán acordar su prórroga conforme normativa de aplicación, siendo condición necesaria, acreditar vinculación comercial vigente con FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A. -----

**TERCERA. PRECIO:** Durante la vigencia del presente **LA PROVINCIA** abonará a **EL PRESTADOR** por los servicios contratados los importes que se detallan en el Anexo I, que forma parte integrante del presente. -----

En base a los valores detallados en el Anexo I y de considerarse una redeterminación de valores, se procederá conforme lo postula el artículo 36 de la Ley Provincial N° 1015, el cual prevé la Redeterminación de Precios y da lugar a la aplicación de la Resolución O.P.C. N° 202/20 - Anexo IV que reglamenta el procedimiento. A tal efecto, será de aplicación la Fórmula de Redeterminación y Estructura de Costos que se indican seguidamente: -----

$$\text{Coef de Actual.} = 0.8 * \left( \frac{RIPTE_1}{RIPTE_0} - 1 \right) + 0.2 * \left( \frac{IPC_1}{IPC_0} - 1 \right)$$

Donde los subíndices 0 y 1 representan el mes anterior a la fecha de presentación de la oferta o última redeterminación, y el mes anterior a la solicitud de la redeterminación respectivamente.

Asimismo, deberán ser utilizados los factores de costos, las incidencias sobre el costo final y las fuentes referenciales que se presentan a continuación: -----

- **Factor SERVICIOS PERSONALES TÉCNICOS:** este factor representa las variaciones de precios que los efectos de la coyuntura económica tienen sobre los honorarios técnicos profesionales. Sólo se reconocerán las variaciones que surjan de la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estatales (RIPTE) que pronuncia el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Su peso específico en el precio final es de OCHENTA POR CIENTO (80%). -----
- **Factor SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:** responde al cúmulo de componentes que proporcionan una oportuna y eficiente prestación de servicios, contempla el apoyo a profesionales y afines. Sólo se reconocerán las variaciones que surjan del Índice de Precios del Consumidor, Región Patagonia, Nivel General. Su peso específico en el precio final es de VEINTE POR CIENTO (20%). -----

EL PRESTADOR no tendrá derecho a requerir a LA PROVINCIA ningún beneficio, prestación, compensación, indemnización o cualquier otro pago fuera de los expresamente pactados en el presente Contrato. -----

**CUARTA. FACTURACIÓN Y PAGO:** EL PRESTADOR deberá presentar la factura por los servicios profesionales prestados y conforme Anexo I, del PRIMERO (1°) al QUINTO (5°) día hábil del mes inmediato posterior a aquel en que la actividad haya sido brindada real y efectivamente, debiendo **LA PROVINCIA**, a través de los Jefes del Servicio de Hemodiálisis de los respectivos nosocomios conjuntamente con Personal Técnico perteneciente a la Dirección



**MINISTERIO DE SALUD**

General de Ingeniería Sanitaria dependiente de la Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función, quienes deberán acreditar capacitación certificada por FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A., según personal detallado en Anexo V; seguidamente procederá de acuerdo a la normativa de aplicación para el trámite de cancelación de facturas; a posteriori, remitirá los actuados a la Dirección General de Administración Financiera del Ministerio de Salud para la prosecución del trámite. -----

De la misma manera, los viáticos se facturarán después de producida la visita con vencimiento de pago dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la factura en la Dirección Contable - Dirección General de Administración Financiera del Ministerio de Salud, la que contará con la debida conformidad de los Jefes del Servicio de Hemodiálisis de los respectivos nosocomios conjuntamente con Personal Técnico perteneciente a la Dirección General de Ingeniería Sanitaria dependiente de la Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función. Asimismo, la factura deberá ser entregada conjuntamente con el reporte de servicio debidamente conformado por personal competente para tal fin. -----

**QUINTA. SERVICIOS:** Las modalidades de asistencia incluidas en el presente serán: -----

5.1) Controles Técnicos de Seguridad (CTS): Tarea de control donde se verifican todas las especificaciones y ajustes de **LOS EQUIPOS** como así todos los parámetros vinculados con la seguridad, a realizarse una vez por año en conjunto con el Mantenimiento Preventivo. (Ej.: normas de seguridad eléctrica). -----

5.2) Mantenimiento Preventivo (MP): Tarea donde en función de las horas acumuladas de uso, se reemplazan una serie de componentes vitales de **LOS EQUIPOS** que se encuentran sometidos al desgaste propio de la máquina. También son reemplazadas aquellas partes que, si bien al momento de ser revisadas no presentan inconvenientes, por su estado o su deterioro, indican que pueden estar propensas a fallos, revisión a realizarse una vez por año, cambio de componentes, según manual. -----

5.3) Reparaciones Correctivas a Demanda: Éstas se realizarán cuando **LOS EQUIPOS** presenten un funcionamiento defectuoso. Las reparaciones serán realizadas sólo por personal calificado de **EL PRESTADOR**, quienes, en su desempeño técnico, responderán a los requisitos establecidos por el Service Support Internacional (SSI) de FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A. -----

**EL PRESTADOR**, garantiza a **LA PROVINCIA** que estas reparaciones no representarán alteraciones a las características propias de **LOS EQUIPOS**, asegurando que las especificaciones, calibraciones, ajustes, set-up y actualizaciones, luego de su intervención, respetarán los parámetros determinados por el fabricante. En tal sentido, el servicio técnico de **EL PRESTADOR** coordinará las acciones necesarias para que **LOS EQUIPOS** funcionen dentro de las condiciones de seguridad y especificaciones fijadas por los Estándares de calidad de FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A. -----



5.4) Reposición de Repuestos: **EL PRESTADOR** abastecerá a **LA PROVINCIA** de aquellos repuestos necesarios para el normal funcionamiento de los equipos detallados en los Anexos II y III del presente Contrato, de acuerdo a lo relevado durante las visitas técnicas. -----

**SEXTA. URGENCIAS:** **LAS PARTES** convienen que en casos de surgir urgencias, en tanto las mismas puedan ser resueltas según su complejidad, serán atendidas por personal dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, habilitado por FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A., conforme nómina agregada en Anexo V. -----

**SÉPTIMA: REPUESTOS Y HERRAMIENTAS.** Para la reparación y mantenimiento, **EL PRESTADOR** se obliga a utilizar sólo partes originales, herramientas e instrumentos específicos aprobados y validados por FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A.

Los repuestos serán provistos por **EL PRESTADOR** y están incluidos en el precio del presente Contrato. -----

**OCTAVA: PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

8.1) Mantenimiento Preventivo: **EL PRESTADOR** y **LA PROVINCIA** acordarán previamente una fecha y horario para la realización de las tareas de Mantenimiento Preventivo. **LA PROVINCIA** se compromete a dejar fuera de uso el/los equipo/s a reparar, en la fecha y hora acordados. -----

8.2) Reparaciones Correctivas a Demanda: En caso de que **LOS EQUIPOS** necesiten Reparaciones Correctivas, **LA PROVINCIA** deberá solicitarla a **EL PRESTADOR** telefónicamente al número (0291) 4550411 (líneas rotativas) de lunes a viernes de 09:00 a 16:00 hs. -----

**LA PROVINCIA** deberá desinfectar e identificar **LOS EQUIPOS** que necesiten reparación, de acuerdo al Instructivo de Equipo Fuera de Servicio que se detalla en el Anexo IV del presente Convenio. Se usará para tal fin una etiqueta autoadhesiva, provista por **EL PRESTADOR**. ----

El personal técnico designado por **EL PRESTADOR** asistirá al domicilio que indique **LA PROVINCIA** dentro de los veinte (20) días hábiles de solicitada la reparación correctiva y prestará los servicios que **LOS EQUIPOS** necesiten. -----

Se deja constancia que los Diasafe, Bibag, Puristeril y desinfectantes externos (en cualquiera de sus variantes) que sean utilizados en **LOS EQUIPOS**, son considerados consumibles, no serán provistos como repuestos y serán facturados según lista de precios vigente. -----

8.3) Reportes: Por cada asistencia técnica preventiva o correctiva, **EL PRESTADOR** entregará a **LA PROVINCIA** un "Reporte de Servicio" donde se indicarán las tareas realizadas, pendientes o cualquier otra observación que afecte el normal funcionamiento de **LOS EQUIPOS**. Asimismo el Reporte deberá ser debidamente conformado por el responsable designado a tal efecto por **LA PROVINCIA**. -----

8.4) Régimen de Visitas: **EL PRESTADOR** realizará SEIS (6) visitas anuales al domicilio que indique **LA PROVINCIA**, durante las cuales realizará Asistencia Técnica Preventiva o



Reparaciones Correctivas. En este marco las visitas serán distribuidas según siguiente detalle: - -

- CUATRO (4) Visitas Programadas, durante las cuales **EL PRESTADOR**, realizará el servicio de mantenimiento con un mínimo de TRES (3) días completos de trabajo en cada nosocomio; asegurando al menos una revisión del CINCUENTA POR CIENTO (50%) incorporado en los Anexos II y III del presente. -----
- DOS (2) Visitas a Demanda. -----

8.5) Certificación de Servicio: Será obligación de **EL PRESTADOR**, ofrecer capacitación al personal técnico de los Hospitales Regionales de la Provincia, toda vez que esto fuese oportunamente solicitado previa cotización y aprobación de la misma. -----

**NOVENA. OBLIGACIONES DE LA PROVINCIA:** Será responsabilidad de **LA PROVINCIA** mantener las instalaciones de energía eléctrica, provisión de agua para Hemodiálisis, sistema de drenajes y los requisitos ambientales, de acuerdo a las especificaciones del fabricante y normas locales vigentes que garanticen el seguro funcionamiento de **LOS EQUIPOS** y prestar colaboración a los fines del cumplimiento del contrato. Las instalaciones serán verificadas regularmente por **EL PRESTADOR**, quien pondrá en conocimiento a **LA PROVINCIA** respecto del estado de las mismas. -----

**DÉCIMA. OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR:** -----

10.1) Realizar la prestación del servicio objeto del presente Convenio según lo indicado en la cláusula OCTAVA sin que ello implique exclusividad de prestación, pudiendo prestar igual o similar servicio a terceros. -----

10.2) Afectar a las personas que sean necesarias para que el servicio sea realizado en los momentos que se soliciten y con la mayor eficiencia posible de acuerdo al presente Contrato. - -

10.3) Proporcionar todos los elementos requeridos para el cumplimiento del servicio contratado. -

10.4) Realizar la dirección, conducción, supervisión e inspección permanente del servicio contratado, así como la designación, remoción y reemplazo del personal afectado al mismo. - - - -

10.5) Verificar y responsabilizarse por el desempeño del personal en relación d dependencia con NASTASI GUSTAVO DANIEL o FRESENIUS MEDICAL CARE S.A., que se afecte al servicio brindado. -----

10.6) Arbitrar todos los medios necesarios para el fiel cumplimiento del servicio de acuerdo al objeto contratado. -----

10.7) Proveer, mediante la prestación de terceros, a su propio costo, el servicio contratado toda vez que no pudiera dar cumplimiento al mismo con medios propios por razones de fuerza mayor. En dicho supuesto requerirá inmediatamente la conformidad de **LA PROVINCIA** debiendo el servicio de terceros sujetarse a las mismas obligaciones de este Contrato. En tal supuesto, serán a cargo de **EL PRESTADOR** los costos que la intervención del tercero provoque. -----

**DÉCIMA PRIMERA:** **EL PRESTADOR** exime a **LA PROVINCIA** de toda responsabilidad



por cualquier tipo de reclamos por parte de terceros, derivados de los daños que pudiera ocasionar con motivo del cumplimiento del presente. Asimismo se obliga a asumir las obligaciones normativas respecto del personal que intervenga a su nombre. -----

**DÉCIMA SEGUNDA. INCUMPLIMIENTO:** El incumplimiento por parte de **EL PRESTADOR** a cualquiera de las obligaciones asumidas en este Contrato y sus Anexos, dará derecho a **LA PROVINCIA** a rescindir el mismo sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial previa y sin derecho a indemnización alguna por parte de **EL PRESTADOR**, como así también a demandar por los daños y perjuicios causados. **LA PROVINCIA** se reserva asimismo el derecho de suspender los plazos de pago o tramitación de los mismos de no cumplirse estrictamente las obligaciones asumidas por **EL PRESTADOR**. Asimismo, el incumplimiento por parte de **LA PROVINCIA** a cualquiera de las obligaciones asumidas en este Contrato y sus Anexos, habilitará a **EL PRESTADOR** a rescindir el mismo sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial previa y sin derecho a indemnización alguna por parte de **LA PROVINCIA**, como así también a demandar por los daños y perjuicios causados. **EL PRESTADOR** se reserva asimismo el derecho de suspender las prestaciones y obligaciones contraídas en el presente Contrato de No cumplirse estrictamente los plazos de pago u otras obligaciones asumidas por **LA PROVINCIA**. -----

**DÉCIMA TERCERA. CESIÓN:** **EL PRESTADOR** no podrá ceder, temporaria o definitivamente, el presente Contrato sin la previa conformidad de **LA PROVINCIA**. -----

**DÉCIMA CUARTA. MODIFICACIONES:** Cualquiera de **LAS PARTES** podrá proponer a la otra introducir modificaciones al presente Contrato, las que siendo aceptadas, pasarán a formar parte integrante del mismo. Sin perjuicio de ello, **EL PRESTADOR** deberá respetar y encuadrar su conducta contractual dentro de los términos pactados y de las disposiciones legales que rigen la contratación. -----

**DÉCIMA QUINTA. APLICACIÓN SUPLETORIA:** **LAS PARTES** acuerdan que para todo aquello que no esté expresamente previsto en el presente Convenio, se aplicará en forma supletoria lo establecido en la Ley Provincial N° 1015 y en su Reglamentación. -----

**DÉCIMA SEXTA. RESCISIÓN:** Si **EL PRESTADOR** incumple algunas de las Cláusulas del presente Contrato o sus obligaciones legales, **LA PROVINCIA** podrá rescindir el presente Contrato, sin otra formalidad que la notificación fehaciente al interesado, como así también en uso de las atribuciones que le son propias y sin expresar causa, con la sola obligación de notificar a **EL PRESTADOR** con un mínimo de quince (15) días corridos de anticipación. De igual manera, ante el incumplimiento de **LA PROVINCIA**, de alguna de las Cláusulas del presente Contrato o sus obligaciones legales, **EL PRESTADOR** podrá rescindir el presente Contrato, sin otra formalidad que la notificación fehaciente al interesado, como así también en uso de las atribuciones que le son propias y sin expresar causa, con la sola obligación de notificar a **LA PROVINCIA** con un mínimo de treinta (30) días corridos de anticipación. -----

**DÉCIMA SÉPTIMA. DOMICILIOS:** A todos los efectos legales, **LAS PARTES** fijan



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida  
e Islas del Atlántico Sur  
República Argentina  
\*\*\*\*\*

"2022 – 40° ANIVERSARIO DE LA GESTA HEROICA DE MALVINAS"

MINISTERIO DE SALUD

domicilio en los mencionados en el encabezamiento del presente, donde se tendrán por válidas todas las notificaciones que allí se practiquen. -----

**DÉCIMA OCTAVA. JURISDICCIÓN:** Para cualquier divergencia que se pudiera suscitar en la interpretación o cumplimiento del presente Convenio, **LAS PARTES** se someten a la jurisdicción de la Justicia ordinaria los Tribunales de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Distrito Judicial Sur, renunciando a cualquier otro fuero y/o jurisdicción que pudiere corresponder. -----

En prueba de conformidad, se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor, a los ..... del mes de ..... de 2020. -----



**ANEXO I**

**1) VIÁTICOS:**

**LA PROVINCIA** abonará a **EL PRESTADOR**, la suma de PESOS [...(\$ ....-)], por cada traslado real y efectivamente realizado por personal técnico designado, a las ciudades de Ushuaia y Río Grande según corresponda; conforme lo estipulado en las Cláusulas QUINTA y OCTAVA del presente. -----

**2) MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO – H.R.U.:**

**LA PROVINCIA** abonará a **EL PRESTADOR** la suma de PESOS [...(\$ ....-)], por cada uno de los DIECISEIS (16) equipos detallados en el Anexo II de la presente. -----

Conforme la suma unitaria indicada; queda establecida una erogación mensual de **LA PROVINCIA** en favor de **EL PRESTADOR**, de PESOS [...(\$ ....-)]. -----

**3) MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO – H.R.R.G.:**

**LA PROVINCIA** abonará a **EL PRESTADOR** la suma de PESOS [...(\$ ....-)], por cada uno de los TREINTA Y UN (31) equipos detallados en el Anexo III de la presente. -----

Conforme la suma unitaria indicada; queda establecida una erogación mensual de **LA PROVINCIA** en favor de **EL PRESTADOR**, de PESOS [...(\$ ....-)]. -----



**ANEXO II**

**EQUIPOS HOSPITAL REGIONAL USHUAIA**

	<b><u>N° Máquina (según servicio)</u></b>	<b><u>MODELO</u></b>	<b><u>NÚMERO DE SERIE</u></b>
1	Máquina 6	4008 B	1V5JS508
2	Máquina 8	4008 B	1V5JS510
3	Máquina 9	4008 B	1V5JS512
4	Máquina 10	4008 S	2SXA9164
5	Máquina 11	4008 S	2SXA9163
6	Máquina 12	4008 S	3SXAT903
7	Máquina 14	4008 S	3SXAT907
8	Máquina 15	4008 S	3SXAT909
9	Máquina 16	4008 S	6SXALR87
10	Máquina 17	4008 S	7SXAUL74
11	Máquina 18	4008 S	7SXAUL76
12	Máquina 19	4008 S	7SXAUL73
13	Máquina 20	4008 S	7SXAUL72
14	Máquina 21	4008 S	7SXAUL75
15	Lavadora de Filtros	Practica 2001	3P2A0128
16	Lavadora de Filtros	Practica 2001	3P2A0051

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**ANEXO III**

**EQUIPOS HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE**

	<b><u>Nº Máquina</u></b> <b><u>(según servicio)</u></b>	<b><u>MODELO</u></b>	<b><u>NÚMERO DE SERIE</u></b>
1	Lavadora de Filtro	Practica 2001	7P2A1494
2	Lavadora de Filtro	Practica 2001	7P2A1495
3	Máquina de Diálisis	4008 B	1V5JS502
4	Máquina de Diálisis	4008 B	1V5JS501
5	Máquina de Diálisis	4008 B	1V5JR922
6	Máquina de Diálisis	4008 B	1V5JR921
7	Máquina de Diálisis	4008 B	1V5JR923
8	Máquina de Diálisis	4008 H	7XCAJ703
9	Máquina de Diálisis	4008 B	6V5AEZ84
10	Máquina de Diálisis	4008 B	6V5AEZ82
11	Máquina de Diálisis	4008 B	6V5AEZ83
12	Máquina de Diálisis	4008 S	8VCAKK07
13	Máquina de Diálisis	4008 S	9VCAQU89
14	Máquina de Diálisis	4008 S	2SXA7258
15	Máquina de Diálisis	4008 S	2SXA7247
16	Máquina de Diálisis	4008 S	2SXA7249
17	Máquina de Diálisis	4008 S	2SXA7253
18	Máquina de Diálisis	4008 S	3SXAT910
19	Máquina de Diálisis	4008 S	3SXAT912
20	Máquina de Diálisis	4008 S	3SXAT913
21	Máquina de Diálisis	4008 S	3SXAT914
22	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL69
23	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL64
24	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL70
25	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL66
26	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL68
27	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL63
28	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL61
29	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL65
30	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL67
31	Máquina de Diálisis	4008 S	7SXAUL62

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



**ANEXO IV - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO TÉCNICO**

**INSTRUCTIVO DE EQUIPO FUERA DE SERVICIO**

1. Título:	Equipo Fuera de Servicio	Doc. No. RA-R-19-037	
2. Alcance:	Fresenius Medical Care Argentina	Rev. 0	Efectivo: 28-05-10
3. Objetivo:	Establecer la manera en como debe completarse la etiqueta Fuera de Servicio, en el caso de presentarse una falla de un equipo en un Centro de Diálisis.		
4. Procesos y Responsabilidades	<p>El siguiente instructivo indica la manera en que debe completarse la etiqueta Fuera de Servicio RA-R-19-011 en el caso de presentarse una falla de un equipo en un Centro de Diálisis. La misma será completada por el personal de enfermería y técnico de service.</p> <p>5. Descripción del Proceso</p> <p>1) En el caso de presentarse una falla en un equipo que requiera la intervención del Técnico de Service, el usuario se comunicará con el Servicio Técnico solicitando la intervención del mismo.</p> <p>2) El personal de enfermería deberá completar en la etiqueta Fuera de Servicio los siguientes datos:</p> <p>2.1) Equipo <b>SMP</b>: indicar el número de serie del equipo</p> <p>2.2) Registro: este dato figura en la etiqueta</p> <p>2.3) Código Fallo (<b>Display</b>): indicar el código de fallo visualizado en el display. Además en este campo se podrá indicar si se dio aviso al técnico de service y el nombre del técnico al cual fue avisado.</p> <p>2.4) Descripción de Fallo: indicar la falla presentada</p> <p>2.5) Fecha del Fallo: indicar la fecha en la cual el equipo presentó el fallo</p> <p>2.6) Hora del Fallo: indicar la hora en la cual el equipo presentó el fallo</p> <p>2.7) Responsable: indicar el nombre del responsable que observó el fallo</p> <p>2.8) Ciclo de Desinfección (<b>Si/No</b>): indicar si se le ha realizado a la máquina una desinfección interna a través de un programa de desinfección.</p> <p>2.9) Desinfección Externa (<b>Si/No</b>): indicar si se le ha realizado una desinfección externa de la máquina teniendo en cuenta los procedimientos estándares de enfermería.</p> <p>3) Fecha y Responsable: el personal de enfermería deberá indicar la fecha y el nombre del responsable que hayan realizado la desinfección externa y el ciclo de desinfección efectuados por el equipo.</p> <p>4) Finalizada la carga de datos, el personal de enfermería deberá pegar la etiqueta en el frente del monitor.</p>		
5. Abreviaturas y Documentos Relacionados			
Abreviaturas:		Documentos Relacionados:	
		RA-R-19-011	
Realizado por: Christian Castillas	Aprobado por: Jose Fawer/ Luis Juli	Aprobado por: Daniel Latri	

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



1. Título:	Equipo Fuera de Servicio	Doc. No. RA-I-19-037	
2. Alcance:	Fresenius Medical Care Argentina	Rev. 0	Efectivo: 28-05-10
3. Objetivo:	Establecer la manera en como debe completarse la etiqueta Fuera de Servicio, en el caso de presentarse una falla de un equipo en un Centro de Diálisis.		
4. Procesos y Responsabilidades			

Esta parte de la etiqueta se pegara del revés del Service Report Original

Datos a Completar por personal de enfermería en los "Campos en Blanco"

EQUIPO FUERA DE SERVICIO

Equipo SN: ..... Registro N°: XXXXXX

Código Fallo (display): .....

Descripción de Fallo: .....

Fecha del Fallo: .....  
 Hora del Fallo: ..... Ciclo de Desinfección  SI  NO Fecha: .....

Responsable: ..... Desinfección Externa  SI  NO Responsable: .....

Reparado por: ..... Ciclo de Desinfección  SI  NO OPERACIONES

Service Report N°: ..... Desinfección Externa  SI  NO

Fecha: ..... Responsable: .....

Fresenius Medical Care

Datos a completar por el técnico de service en los "Campos en Azul"

Sacar el troquelado, completar y pegar en el Service Report "Triplicado"  
Etiqueta Fuera de Servicio RA-R-19-011

*elis*

*[Handwritten signature]*



### ANEXO V - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO TÉCNICO

Los agentes responsables para informar técnicamente las tareas realizadas y dar conformidad de la documentación correspondiente son lo que se detallan seguidamente:

- Bioingeniero ROMERO, Jorge Daniel – Legajo N° 24374915/00
- Bioingeniera FERRO, Luciana Graciela – Legajo N° 28454700/03
- Bioingeniero NAVONI, Juan Francisco – Legajo N° 25014779/00
- Técnico Electromecánico CAMPOS, Sebastián – Legajo N° 30033453/00
- Técnico Electromecánico DURÁN, Walter – Legajo N° 22539481/00
- Ingeniero Biomédico VISIDO CASTRO, Aníbal Antonio – Legajo N° 29391135/00
- Ingeniero Biomédico BERNEDO, Emilio Roberto – Legajo N° 27914700/00
  
- Jefe de Servicio de Hemodiálisis HRRG
- Jefe de Servicio de Hemodiálisis HRU
  
- Director General Hospital Regional Ushuaia
- Director General Hospital Regional Río Grande

**(\*) NOTA:** Se deja constancia que el presente es un **Modelo de Contrato**, de manera que podrá ser modificado -en lo formal- en el momento previo a su suscripción.

FIRMA DEL OFERENTE: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.: \_\_\_\_\_

DOMICLIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Dra. Judit DI GIGLIO  
Ministro  
MINISTERIO DE SALUD