



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. 00146/2023

Pieza Administrativa E Nro. 62672- E - 2023- 1728 - 0/

RAF 577 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD HRRG L

Fecha: 11/09/23

Apertura: 14/9/2023 12:00

Encuadre Legal: LEY1015 ART18 INC.k-OPC 202/20

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : VEASE ANEXO I - Será aplicable el procedimiento de redeterminaciones de precios, en cuyo caso deberá solicitarse todos los requisitos fijados en la resolución OPC N°202/20 Anexo IV, reglamentaria del artículo N° 36 de la Ley Provincial N°1015. o la que en un futuro la reemplace, Y según circular O.P.C N°12/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2023/577 212 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	<b>Honorarios Profesionales(Prestaciones Medicas). Pesos</b>			
>>	La realización de:	12.00	.....	.....
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Consultorio Externo para pacientes Pediátricos 6 hs semanales.</li> <li>Realización de interconsultas que surjan desde los diferentes servicios dentro del horario que se encuentre en consultorio.</li> <li>Estar a disponibilidad para contestar las consultas que surjan los 30 (treinta) días en el mes.</li> <li>Realización de PAMO (Punción Aspiratoria de Medula Ósea) e informe de medulograma (solo en determinadas patologías) (dentro de las horas consultorio).</li> <li>Indicación de infusión de: Quimioterapia, Hierro endovenoso, Gammaglobulina y anticuerpos monoclonales (dentro de las horas consultorio).</li> <li>Seguimiento de pacientes Hemofílicos, realización de expediente de aduana, toma de muestras y envío de las mismas (dentro de las horas consultorio).</li> </ul>			

### 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.

  
Vanesa F. Pacheco Borquez  
Lic. 3348/525/00  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Río Grande



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. 00146/2023

Pieza Administrativa E Nro. 62672- E - 2023- 1728 - 0/

RAF 577 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD HRRG L

Fecha: 11/09/23

Apertura: 14/9/2023 12:00

Encuadre Legal: LEY1015 ART18 INC.k-OPC 202/20

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : VEASE ANEXO I - Será aplicable el procedimiento de redeterminaciones de precios, en cuyo caso deberá solicitarse todos los requisitos fijados en la resolución OPC N°202/20 Anexo IV, reglamentaria del artículo N° 36 de la Ley Provincial N°1015. o la que en un futuro la reemplace, Y según circular O.P.C N°12/22.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2023/577 212 -

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	Dentro de los 30 (treinta) días de conformidad de la factura
Plazo de Entrega:	Según Contrato
Mantenimiento de Oferta:	A 30 DÍAS SEGÚN DECRETO 674/11 ART 34 PUNTO 47
Lugar de Entrega:	HRRG
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	
Domicilio de presentación de ofertas:	AMEGHINO N°709-1°PISO DIVISIÓN DE CONTRATACIONES-RÍO GRANDE-TDF / VIA CORREO ELECTRONICO: CONTRATOS-HRRG@TIERRADELFUEGO.GOB.AR
Domicilio de apertura de ofertas:	AMEGHINO N°709-1°PISO DIVISIÓN DE CONTRATACIONES-RÍO GRANDE-TDF
Vigencia del Contrato:	12 MESES
Garantía de Oferta:	NO APLICA
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	NO APLICA

  
Vanesa F. Hacheco Borquez  
Leg. 35484525/00  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Río Grande

**ANEXO I - FORMULARIO DE COTIZACION**

**CONTRATACION DIRECTA**

**POR COMPULSA ABREVIADA E.E. N° 62672- M.S.-2023.**

Rigen la presente contratación la Ley Provincial N° 955 y su Decreto Reglamentario N° 1561/14; Ley N° 1004, Ley N° 1015 Art. 18 inciso k), Ley N° 1465, Decretos Provinciales N°674/11, N°1742/15, N°43/20, N°832/21, N° 3635/22, N° 188/23, N° 565/23 Anexo I-III y la Resolución de Contaduría General N°38/21, N° 43/22 y N° 221/23; Resolución O.P.C. N°202/20, N° 17/21 Anexo I Capítulo I Apartado a) y N°58/21.

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

1. Copia Certificada de Documento Nacional de Identidad.
2. Copia Certificada del Título Profesional.
3. Copia Certificada de Titulo de Especialidades o Capacitaciones a fin que posea, 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.
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: \_\_\_\_\_

  
Vanesa E. Pacheco Borquez  
Leg. 33484525/00  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Rio Grande