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. 00188/2023
Pieza Administrativa E Nro. 91990- - 2023- 1728 - 0/ **Fecha: 15/12/23**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 20/12/2023 12:00**

Encuadre Legal: LEY 1015 ART. 18 INC. L)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : ENCUADRE: Leyes Provinciales Nº1015 Artículo 18 Inciso L), N° 1004 y Nº1465, y Decretos Provinciales Nº 1742/15, Nº 3635/22 y Nº 188/23, y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto A), y Nº 58/2021, sus modificatorias y complementarias. COMPRA DIRECTA POR COMPULSA ABREVIADA
*VTO DE LOS INSUMOS A LA ENTREGA AL MENOS un (1) año, de lo contrario podrán ser rechazados
*"Indicar Marca y/o Nro de Certificado, Presentación de entrega.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2023/529 314 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	**COLLARIN PARA CANULA TRAQUEOTOMIA. UNIDAD**			
>>	COLLARIN PARA TRAQUEOSTOMIA ADULTO	30.00	.....	.....
2	**Canula traqueost Subglótica con balón c/adapt y válvula fonación cánula int pvc, conector de acople y banda de fijación estéril N° 7. Unidad**			
>>	canula de traqueostomia con puerto subglotico, c/balon y canula interna N 7	3.00	.....	.....
3	**Máscara total facial para VNI, codo estándar reutilizable tamaño M. Unidad**			
>>	mASCARA TOTAL FACE P/vni tipo RESPIRONICS TALLE M	2.00	.....	.....
4	**TRAQUEOSTOMO PEDIATRICO N° 5 CON BALON. UNIDAD**			
>>	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CON BALON N 5	2.00	.....	.....
5	**Pinza portex o Griggs para traqueostomia**			
>>	KIT DE TRAQUEOSTOMIA PORTEX	1.00	.....	.....
6	**KIT PUNCION CRICOTIROIDEA. kit**			
>>	KIT PUNCION CRICOTIROIDEA	1.00	.....	.....
7	**Cateter intracraneal de monitoreo de presion (pic)intraventricular. Unidad**			
>>	Catéter de medición de presión intracraneal, interventricular (Tipo Camino), referencia ala marca por compatibilidad con equipamiento	2.00	.....	.....
8	**Humidificador de oxigeno. Unidad**			
>>	CAMARA CARCASA DE HUMIDIFICACION VENTILADA DE AUTOLLENADO TIPO FICHER & PAYKEL	30.00	.....	.....

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

Compra Directa Nro. 00188/2023
Pieza Administrativa E Nro. 91990- - 2023- 1728 - 0/ **Fecha: 15/12/23**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 20/12/2023 12:00**

Encuadre Legal: LEY 1015 ART. 18 INC. L)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : ENCUADRE: Leyes Provinciales Nº1015 Artículo 18 Inciso L), N° 1004 y Nº1465, y Decretos Provinciales Nº 1742/15, Nº 3635/22 y Nº 188/23, y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto A), y Nº 58/2021, sus modificatorias y complementarias. COMPRA DIRECTA POR COMPULSA ABREVIADA
*VTO DE LOS INSUMOS A LA ENTREGA AL MENOS un (1) año, de lo contrario podrán ser rechazados
*"Indicar Marca y/o Nro de Certificado, Presentación de entrega.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2023/529 314 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
9	**Canula traqueost s/balon c/adapt y valvula fonacion Canula int pvc Conector de acople y banda de fijacion Esteril. Unidad x 7 mm**			
>>	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA TIPO BIELSALSKI SIN BALON CON ENDOCANULA N 7	5.00	.....	.....
10	**Canula traqueost s/balon c/adapt y valvula fonacion Canula int pvc Conector de acople y banda de fijacion Esteril. Unidad x 7.5**			
>>	CANULA TRAQUEAL CON ENDOCANULA, CON BALON Y PUERTO SUBGLOTICO N 7.5	3.00	.....	.....
11	**Canula traqueost c/balon pvc Transp Radiopaca Obturador Banda de fijacion Esteril. Unidad x 6 mm**			
>>	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CON BALON N 6	5.00	.....	.....
12	**Cateter intracraneal intraparenquimatoso de fibra optica. Unidad**			
>>	catéter de monitoreo de presión intracraneal, intraparenquimatoso (tipo camino) por compatibilidad con equipamiento	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 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

Firmado digitalmente por: RAMIREZ Cristina Victoria
Jefa Departamento Administrativo Contable
DNI 24.518.692
Fecha y hora: 15.12.2023 09:51:50
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00188/2023
Pieza Administrativa E Nro. 91990- - 2023- 1728 - 0/ **Fecha: 15/12/23**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 20/12/2023 12:00**

Encuadre Legal: LEY 1015 ART. 18 INC. L)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : ENCUADRE: Leyes Provinciales Nº1015 Artículo 18 Inciso L), N° 1004 y Nº1465, y Decretos Provinciales Nº 1742/15, Nº 3635/22 y Nº 188/23, y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto A), y Nº 58/2021, sus modificatorias y complementarias. COMPRA DIRECTA POR COMPULSA ABREVIADA
*VTO DE LOS INSUMOS A LA ENTREGA AL MENOS un (1) año, de lo contrario podrán ser rechazados
*"Indicar Marca y/o Nro de Certificado, Presentación de entrega.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2023/529 314 -

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.-PUDIENDO EFECTUAR PAGOS PARCIALES
Plazo de Entrega:	30 dias corridos de comunicada la orden de compra - pudiendo efectuar entregas parciales
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- Tierra del Fuego
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	
Domicilio de presentación de ofertas:	comprashru@tierradelfuego.gob.ar
Domicilio de apertura de ofertas:	comprashru@tierradelfuego.gob.ar
Vigencia del Contrato:	
Garantía de Oferta:	NO REQUIERE
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	A CARGO DEL PROVEEDOR