



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00017/2024 (Llamado Nro. 2 de Compra Nro. 4)

Pieza Administrativa E Nro. 3819- - 2023- 1728 - 0/

RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004

Fecha: 22/01/24

Apertura: 25/1/2024 12:00

Encuadre Legal: LEY PROV. Nº 1015 ART.

Nombre o Razón Social del Proponente:

Domicilio:

C.U.I.T:Teléfono:

Correo electrónico:

Comentario : (Viene de Compra: Compra Directa Nro 4/2024 529 - Llamado Nro 2) COMPRAS DIRECTA POR
ADJUDICACION SIMPLE - Leyes Prov.Nº1015 Art. 18 Inc.C), Nº 1004 y Nº1465, y Decretos Prov.
Nº 1742/15, Nº 01/24, Nº 188/23, 565/23 y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I,
Capítulo I, punto b), y Nº 58/2021, sus modificatorias y complementarias
SE EMITIO DICTAMEN LEGAL CORRESPONDIENTE
SE DESCRIBE DETALLE EN CADA UNO DE LOS INSUMOS

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 12 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	Reactivo Eritrocitarios tipo Serigrup Diana 4 - (A1,A2,B,0). 4 FCO X 10 ML			
>>	grifols- cód. producto: 210215 - 4 frascoS x 10 mililitros	6.00	.....	.....
2	Reactivo Eritrocitarios tipo Serascan Diana 4 (I,II,III,IV). 4 FCO X 10 ML			
>>	grifols- cód. producto: 210208 - 4 frascos x 10 mililitros	6.00	.....	.....
3	Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana. 11 FCO X 5 ML			
>>	grifols- cód. producto: 210210 - 11 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....
4	Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana Extend. 4 FCO X 5 ML			
>>	grifols- cód. producto: 210212 - 4 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....
5	Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana P. 11 FCO X 5 ML			
>>	grifols- cód. producto: 210211 - 11 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....
6	Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana Extend P. 4 FCO X 5 ML			
>>	grifols- cód. producto: 210213 - 4 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....

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



Lic. Gisela Romero

Directora de Enfermería
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00017/2024 (Llamado Nro. 2 de Compra Nro. 4)

Pieza Administrativa E Nro. 3819- - 2023- 1728 - 0/

RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004

Fecha: 22/01/24

Apertura: 25/1/2024 12:00

Encuadre Legal: LEY PROV. Nº 1015 ART.

Nombre o Razón Social del Proponente:

Domicilio:

C.U.I.T:Teléfono:

Correo electrónico:

Comentario : (Viene de Compra: Compra Directa Nro 4/2024 529 - Llamado Nro 2) COMPRAS DIRECTA POR
ADJUDICACION SIMPLE - Leyes Prov. Nº1015 Art. 18 Inc.C), Nº 1004 y Nº1465, y Decretos Prov.
Nº 1742/15, Nº 01/24, Nº 188/23, 565/23 y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I,
Capítulo I, punto b), y Nº 58/2021, sus modificatorias y complementarias
SE EMITIO DICTAMEN LEGAL CORRESPONDIENTE
SE DESCRIBE DETALLE EN CADA UNO DE LOS INSUMOS

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 12 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
-------	-------------	----------	--------------	---------

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 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	SEGUN NORMATIVA VIGENTE - PUDIENDO EFECTUAR PAGOS PARCIALES
Plazo de Entrega:	máximo 60 días corridos de notificada la Orden de Compra, dividiendo el pedido bimestral en dos entregas mensuales, ya que estos insumos tienen un periodo de uso de aproximadamente 30 días hasta su vencimiento.
Mantenimiento de Oferta:	SEGUN NORMATIVA VIGENTE
Lugar de Entrega:	SERVICIO DE HEMOTERAPIA - HOSPITAL REGIONAL USHUAIA - 12 DE OCTUBRE 65 - USHUAIA-TIERRA DEL FUEGO
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	
Domicilio de presentación de ofertas:	comprasycontratacioneshru@gmail.com - comprashru@tierradelfuego.gob.ar
Domicilio de apertura de ofertas:	comprasycontratacioneshru@gmail.com - comprashru@tierradelfuego.gob.ar
Vigencia del Contrato:	
Garantía de Oferta:	NO REQUIERE
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	A CARGO DEL PROVEEDOR