



## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00003/2024

Pieza Administrativa E Nro. 2799- - 2024- 1728 - 0/

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

Fecha: 12/01/24

Apertura: 17/1/2024 12:00

Encuadre Legal: LEY PROV. 1015 ART. 18. INC. L

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : ENCUADRE:Leyes Prov.Nº1015 Art.18 Inc.L), Nº 1004 Nº1465, y Dec.Prov.Nº  
1742/15,01/24,188/23, y Resol.OPC Nº 17/2021 y Nº 58/2021, sus modif.y compl." ESPECIF.  
TEC.:\* Alimentación enteral líquida p/pacientes críticos hipercalórica e hiperproteica  
p/mayores de 12 años lista para usar. Aporte 1,26 kcal/ml y aporte proteico de 10 grs  
proteínas c/100 ml. Presentación envases 500 ml c/u.\*Suplemento oral bebible específico  
hipercalórico e hiperproteico de bajo vol. p/mayores 6 años. Aporte 2,4 kcal/ml.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 4 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
<b>1</b>	<b>Nutricion enteral liquida Hiperproteica Alta densidad energetica Relacion Kcal no Prot/gr N 82:1 x 500 ml. Unidad</b>			
>>	Alimentación enteral líquida lista para usar ESPECIFICA PARA PACIENTE CRITICO. Hipercalórica e hiperproteica. Características: aporte 1,26 kcal/ml y 10 grs proteínas cada 100 ml. Apta mayores 12 años. Presentación envases por 500 ml. Tipo NUTRISON PROTEIN INTENSE	48.00	.....	.....
<b>2</b>	<b>Suplemento Nutricional Liquido Hipercalórico e Hiperproteico. Envase x125ml</b>			
>>	Suplemento oral bebible específico, hipercalórico e hiperproteico de bajo volumen para mayores de 6 años. Características: Aporte 2,4 kcal/ml y 14,6 grs proteínas cada 100 ml. Sabores varios. Envases por 125 ml cada uno. Presentación por unidad o su equivalente en packs de 4 o más unidades. Tipo: FORTISIP COMPACT PROTEIN	48.00	.....	.....

### 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



## Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00003/2024**

**Pieza Administrativa E Nro. 2799- - 2024- 1728 - 0/**

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

**Fecha: 12/01/24**

**Apertura: 17/1/2024 12:00**

**Encuadre Legal:** LEY PROV. 1015 ART. 18. INC. L

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

**Domicilio:** .....

**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....

**Correo electrónico:** .....

Comentario : ENCUADRE:Leyes Prov.Nº1015 Art.18 Inc.L), N° 1004 N°1465, y Dec.Prov.Nº  
1742/15,01/24,188/23, y Resol.OPC Nº 17/2021 y Nº 58/2021, sus modif.y compl." ESPECIF.  
TEC.:\* Alimentación enteral líquida p/pacientes críticos hipercalórica e hiperproteica  
p/mayores de 12 años lista para usar. Aporte 1,26 kcal/ml y aporte proteico de 10 grs  
proteínas c/100 ml. Presentación envases 500 ml c/u.\*Suplemento oral bebible específico  
hipercalórico e hiperproteico de bajo vol. p/mayores 6 años. Aporte 2,4 kcal/ml.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2024/529 4 -

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

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 (\$\_ \_ . \_ \_)

<b>Forma de Pago</b>	SEGUN NORMATIVA VIGENTE
<b>Plazo de Entrega:</b>	máximo de entrega 30 días corridos de comunicada la Orden de Compra, PUDIENDO EFECTUAR ENTREGAS PARCIALES
<b>Mantenimiento de Oferta:</b>	SEGUN NORMATIVA VIGENTE
<b>Lugar de Entrega:</b>	Depósito Central Hospital Regional Ushuaia
<b>Recepción de Sobres Cerrados hasta:</b>	
<b>Domicilio de presentación de ofertas:</b>	comprasycontratacioneshru@gmail.com - comprashru@tierradelfuego.gob.ar
<b>Domicilio de apertura de ofertas:</b>	comprasycontratacioneshru@gmail.com - comprashru@tierradelfuego.gob.ar
<b>Vigencia del Contrato:</b>	
<b>Garantía de Oferta:</b>	NO REQUIERE
<b>Requiere Muestra:</b>	No
<b>Flete a Cargo</b>	A CARGO DEL PROVEEDOR