Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00012/2024**
**Pieza Administrativa E Nro. 2944- E - 2024- 1728 - 0/** **Fecha: 30/01/24**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 5/2/2024 12:00**

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

Comentario : ENCUADRE: Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso L), Nº 1465 y N° 1004, y en los Decretos Provinciales Nº 1742/2015, Nº 01/24, N°188/23 y N° 565/23 y en la Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso A) y Nº 58/21, con sus modificaciones y complementarias.
Fecha de vencimiento de los insumos deberá ser igual o superior a los: 12 meses al momento de su entrega.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2024/529 7 -

| 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 | **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 | ..... | ..... |
| 8 | **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 | ..... | ..... |
| 9 | **Canula traqueost c/balon y aspiracion subglotica Esteril. Unidad** | | | |

Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00012/2024**
**Pieza Administrativa E Nro. 2944- E - 2024- 1728 - 0/** **Fecha: 30/01/24**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 5/2/2024 12:00**

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

Comentario : ENCUADRE: Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso L), Nº 1465 y N° 1004, y en los Decretos Provinciales Nº 1742/2015, Nº 01/24, N°188/23 y N° 565/23 y en la Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso A) y Nº 58/21, con sus modificaciones y complementarias.
Fecha de vencimiento de los insumos deberá ser igual o superior a los: 12 meses al momento de su entrega.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2024/529 7 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| | **x 7.5** | | | |
| >> | Canula traqueost c/balon c/adapt y valvula fonacion Canula int pvc Conector de acople y banda de fijacion Esteril - CANULA TRAQUEAL CON ENDOCANULA, CON BALON Y PUERTO SUBGLOTICO N 7.5 | 3.00 | ..... | ..... |

**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.
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

Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Firmado digitalmente por: RAMIREZ Cristina Victoria
Jefa Departamento Compras y Contrataciones
DNI 24.518.692
Fecha y hora: 31.01.2024 09:00:55
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00012/2024**
**Pieza Administrativa E Nro. 2944- E - 2024- 1728 - 0/** **Fecha: 30/01/24**
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 5/2/2024 12:00**

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

Comentario : ENCUADRE: Leyes Provinciales Nº 1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso L), Nº 1465 y N° 1004, y en los Decretos Provinciales Nº 1742/2015, Nº 01/24, N°188/23 y N° 565/23 y en la Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso A) y Nº 58/21, con sus modificaciones y complementarias.
Fecha de vencimiento de los insumos deberá ser igual o superior a los: 12 meses al momento de su entrega.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2024/529 7 -

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

Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales ($_ _ _ _._ _)

| | |
|---|---|
| **Forma de Pago** | SEGUN NORMATIVA VIGENTE - PUDIENDO EFECTUAR PAGOS PARCIALES SEGUN ENTREGA |
| **Plazo de Entrega:** | Plazo máximo de entrega 30 días corridos de comunicada la Orden de Compra, PUDIENDO RECIBIR ENTREGAS PARCIALES |
| **Mantenimiento de Oferta:** | segun normativa vigente. decreto 674-11, 47. PLAZO DE MANTENIMIENTO DE OFERTAS. Los proponentes se obligan a mantener sus ofertas, con su correspondiente garantía, por el término de treinta (30) días corridos a contar desde la fecha del acto de apertura. |
| **Lugar de Entrega:** | Depósito Central Hospital Regional Ushuaia. |
| **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 |