



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00026/2024 (Llamado Nro. 2 de Compra Nro. 5)

Pieza Administrativa E Nro. 3012- - 2024- 1728 - 0/

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

Fecha: 30/01/24

Apertura: 5/2/2024 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 : (Viene de Compra: Compra Directa Nro 5/2024 529 - Llamado Nro 2)
Leyes Provinciales N°1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso L), N°1465 y N°1004,
y en los Decretos Provinciales N°1742/2015, N°01/24, N°188/23 y N°565/23 y en las
Resoluciones OPC N°17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso A) y N°58/21, con sus modificaciones y
complementarias.

* El presente formulario cuenta con Anexo, detallando especificaciones técnicas.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 10 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	FUNDA ALMOHADON. UNIDAD			
>>	JUEGO DE FUNDAS PARA ALMOHADONES DE EQUIPO DE PRONACION	2.00
	1 unidad para almohadón de 18 x 26 cm			
	2 unidades para almohadones de 6 x 70 cm			
	1 unidad para almohadón de 15 x 50 cm			
	1 unidad para almohadón de 41 x 30 cm			
2	Almohadon postural. kit			
>>	EQUIPO DE PRONACION ADULTOS - KIT COMPLETO.	2.00
	Sistema de Almohadones de tela impermeable, apto para desinfección. Costuras de seguridad que evitan el contacto con la piel. Relleno con microesferas de material inerte, hipoalergénico, estable. Alta Durabilidad. Con fundas PVC y percal y bolso para traslado.			
	Cada kit debe estar compuesto por almohadones de las siguientes medidas:			
	1 unidad de 18 x 26 cm			
	2 unidades de 6 x 70 cm			
	1 unidad de 15 x 50 cm			
	1 unidad de 41 x 30 cm (inclinación a 30°).			

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.



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00026/2024 (Llamado Nro. 2 de Compra Nro. 5)

Pieza Administrativa E Nro. 3012- - 2024- 1728 - 0/

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

Fecha: 30/01/24

Apertura: 5/2/2024 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 : (Viene de Compra: Compra Directa Nro 5/2024 529 - Llamado Nro 2)
Leyes Provinciales N°1015, Título I, Capítulo II, Artículo 18 Inciso L), N°1465 y N°1004,
y en los Decretos Provinciales N°1742/2015, N°01/24, N°188/23 y N°565/23 y en las
Resoluciones OPC N°17/21 Anexo I, Cap. I, Inciso A) y N°58/21, con sus modificaciones y
complementarias.

* El presente formulario cuenta con Anexo, detallando especificaciones técnicas.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 10 -

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	Según normativa vigente. Pudiendo efectuar pagos parciales liquidando, de acuerdo con lo entregado, a fin de evitar demoras en las cancelaciones.
Plazo de Entrega:	Máximo de entrega 60 días corridos de comunicada la Orden de Compra.
Mantenimiento de Oferta:	SEGUN NORMATIVA VIGENTE
Lugar de Entrega:	SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA - 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



Provincia de Tierra del Fuego
Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gobernador Ernesto M. Campos"

Firmado digitalmente por: RAMIREZ
Cristina Victoria
Jefa Departamento Compras y
Contrataciones
DNI 24.518.692
Fecha y hora: 31.01.2024 10:14:41
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Ushuaia, 31 de enero de 2024

ANEXO I
FORMULARIO DE COTIZACIÓN CD. 26/2024 (Llamado N° 2 de Compra N° 05)
RAF – 529
E – 3012 - 2024

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

• Dos (2) Kits completos de Equipos de pronación, que es un sistema de Almohadones posturales de tela impermeable, aptos para desinfección. Con costuras de seguridad que evitan el contacto con la piel. Rellenos con microesferas de material inerte, hipoalergénico, estable. Alta Durabilidad. Con fundas PVC y bolso para traslado.

Cada kit debe estar compuesto por almohadones de las siguientes medidas:

- ✓ 1 unidad de 18 x 26 cm
- ✓ 2 unidades de 6 x 70 cm
- ✓ 1 unidad de 15 x 50 cm
- ✓ 1 unidad de 41 x 30 cm (inclinación a 30°)

• Dos (2) Juegos de fundas de PERCAL para los almohadones posturales cada uno compuesto por:

- ✓ 1 unidad para almohadón de 18 x 26 cm
- ✓ 2 unidades para almohadones de 6 x 70 cm
- ✓ 1 unidad para almohadón de 15 x 50 cm
- ✓ 1 unidad para almohadón de 41 x 30 cm

.....
Firma responsable