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

Lic. Gisela Romero
Directora de Enfermeria
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00020/2024
Pieza Administrativa E Nro. 6252- E - 2024- 1728 - 0/ **Fecha: 02/02/24**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 7/2/2024 12:00**

Encuadre Legal: LEY PROV. 1015 ART. 18 INC. C)
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 C), Nº 1465 y N° 1004 aplicando artículo 15º bis, 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 B) y Nº 58/21, con sus modificaciones y complementarias.
EL PRESENTE TRAMITE CUENTA CON DICTAMEN LEGAL Nº154-24

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 42 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	**CONTROL HCV TIEMPO REAL. Unidad**			
>>	CONTROL HCV TIEMPO REAL - TIPO HCV CONTROL KIT - REF: 01N30-080 - CAJA x 1 KIT	1.00	.....	.....
2	**PACK DE PREPARACION DE DNA. Caja x 96 u**			
>>	PACK DE PREPARACION DE DNA - TIPO SAMPLE PREP PACK DNA - REF: 06K12-024 - CAJA x 96 DET	4.00	.....	.....
3	**REACTIVO PROTEINASA K. CAJA X 4U**			
>>	REACTIVO PROTEINASA K - TIPO PROTEINASE K - REF: 03L78-060 - CAJA x 4 U	1.00	.....	.....
4	**Reactivo Amplificacion MTB. CAJA x 96 DET**			
>>	Reactivo Amplificacion MTB - TIPO RealTime MTB Amplification Reagent Kit - REF: 08N15-090 - CAJA x 96 DET	2.00	.....	.....
5	**Reactivo Control MTB (Kit). Unidad**			
>>	Reactivo Control MTB (Kit) - TIPO RealTime MTB Control Kit - REF: 08N15-080 - CAJA x 1 KIT	1.00	.....	.....
6	**Kit de Amplificacion HPV de alto riesgo Tiempo real. Caja x 96 tes**			
>>	Kit de Amplificacion HPV de alto riesgo Tiempo real - TIPO REALTIME HIGH RISK HPV AMP KIT - REF: 02N09-092 - CAJA x 96 DET	3.00	.....	.....
7	**Calibrador CMV Tiempo real. Unidad**			
>>	Calibrador CMV Tiempo real - TIPO RealTime CMV Calibration Kit - REF: 05N23-070 - CAJA x 1 KIT	1.00	.....	.....
8	**Control CMV Tiempo real. Unidad**			
>>	Control CMV Tiempo real - TIPO RealTime CMV Control Kit - REF: 05N23-080 - CAJA x 1 KIT	1.00	.....	.....

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

Lic. Gisela Romero
Directora de Enfermería
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00020/2024
Pieza Administrativa E Nro. 6252- E - 2024- 1728 - 0/ **Fecha: 02/02/24**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 7/2/2024 12:00**

Encuadre Legal: LEY PROV. 1015 ART. 18 INC. C)
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 C), Nº 1465 y N° 1004 aplicando artículo 15º bis, 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 B) y Nº 58/21, con sus modificaciones y complementarias.
EL PRESENTE TRAMITE CUENTA CON DICTAMEN LEGAL Nº154-24

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 42 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
9	**Kit Reactivos Calibración para Detección de Resistencia de Bacterias. Unidad**			
>>	Control para determinar la resistencia a drogas de primera linea de micobacterias - TIPO RealTime MTB RIF/INH Resistance Control Kit - REF: 08N28-080 - CAJA x 1 KIT	1.00	.....	.....
10	**Tubos para virus HPV. Caja x 500 u**			
>>	Tubos para virus HPV - TIPO CERVI-COLLECT - REF: 04N73-006 - CAJA x 500 U	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.
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.

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

Lic. Gisela Romero
Directora de Enfermeria
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00020/2024
Pieza Administrativa E Nro. 6252- E - 2024- 1728 - 0/ **Fecha: 02/02/24**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 7/2/2024 12:00**

Encuadre Legal: LEY PROV. 1015 ART. 18 INC. C)
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 C), Nº 1465 y N° 1004 aplicando artículo 15º bis, 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 B) y Nº 58/21, con sus modificaciones y complementarias.
EL PRESENTE TRAMITE CUENTA CON DICTAMEN LEGAL Nº154-24

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 42 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe

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 de entrega 30 (treinta) días corridos de comunicada Orden de Compra
Mantenimiento de Oferta:	SEGUN NORMATIVA VIGENTE DTO 674/11 ART 34 PTO 47.-
Lugar de Entrega:	DEPOSITO CENTRAL DEL 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