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

Leonardo Andrés Vera Varela
Jefe Dpto. Compras y Contrataciones
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00093/2024
Pieza Administrativa E Nro. 20736- E - 2024- 1728 - 0/ **Fecha: 04/04/24**
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004 **Apertura: 8/4/2024 12:00**

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 Inc. L)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : Contratacion segun Leyes Provinciales Nº 1015 Artículo 18 Inciso L), N°1004 y Nº1465, y Decretos Provinciales Nº 674/11, N° 1742/15, N° 188/23, N° 565/23 y N° 01/24, y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto A), y Nº 58/2021, y Resolución M.E. 148/2024, con sus modificatorias y complementarias

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 110 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	**Dipirona 1 g Inyectable IM/IV. Unidad**			
>>	Dipirona 1 g Inyectable IM/IV	1000.00	.....	.....
2	**Enoxaparina 60 mg Inyectable SC. Unidad**			
>>	Enoxaparina 60 mg Inyectable SC	50.00	.....	.....
3	**Eritromicina 0.5% Ungüento Oftálmico. Unidosis**			
>>	Se debera cotizar en unidosis	60.00	.....	.....
4	**Fenitoina Sodica 100 mg Inyectable IV. Unidad**			
>>	Fenitoina Sodica 100 mg Inyectable IV	200.00	.....	.....
5	**Fentanilo Citrato 0.25 mg Inyectable IV/IM/Epidural. Unidad**			
>>	Fentanilo Citrato 0.25 mg Inyectable IV/IM/Epidural	500.00	.....	.....
6	**Gentamicina 80 mg Inyectable IM/IV. Unidad**			
>>	Gentamicina 80 mg Inyectable IM/IV	400.00	.....	.....
7	**Haloperidol 5 mg Inyectable IM/IV. Unidad**			
>>	Haloperidol 5 mg Inyectable IM/IV	100.00	.....	.....
8	**Ibuprofeno 4% Suspension Oral. unidad**			
>>	Ibuprofeno 4% Suspension Oral	40.00	.....	.....
9	**Ketorolac 30 mg Inyectable IV/IM. Unidad**			
>>	Ketorolac 30 mg Inyectable IV/IM	2000.00	.....	.....
10	**Lorazepam 4 mg Inyectable IM/IV. Unidad**			
>>	Lorazepam 4 mg Inyectable IM/IV	100.00	.....	.....
11	**Levetiracetam 500 mg Inyectable IV. Unidad**			
>>	Levetiracetam 500 mg Inyectable IV	50.00	.....	.....
12	**Metoclopramida 10 mg Inyectable IM/IV. Unidad**			
>>	Metoclopramida 10 mg Inyectable IM/IV	700.00	.....	.....

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

Leonardo Andrés Vera Varela
Jefe Dpto. Compras y Contrataciones
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00093/2024
Pieza Administrativa E Nro. 20736- E - 2024- 1728 - 0/
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004

Fecha: 04/04/24
Apertura: 8/4/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 Inc. L)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: ..... **Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : Contratacion segun Leyes Provinciales Nº 1015 Artículo 18 Inciso L), N°1004 y Nº1465, y Decretos Provinciales Nº 674/11, N° 1742/15, N° 188/23, N° 565/23 y N° 01/24, y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto A), y Nº 58/2021, y Resolución M.E. 148/2024, con sus modificatorias y complementarias

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 110 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
13	**Midazolam 15 mg Inyectable IV/IM. Unidad**			
>>	Midazolam 15 mg Inyectable IV/IM	500.00	.....	.....
14	**Morfina Clorhidrato 10 mg Inyectable IM/IV. Unidad**			
>>	Morfina Clorhidrato 10 mg Inyectable IM/IV	500.00	.....	.....
15	**Omeprazol 40 mg Inyectable IV**			
>>	se debera cotizar con el solvente. De cotizar sin solvente aclararlo en la oferta	200.00	.....	.....
16	**Tiamina 100 mg Inyectable IV/IM. Unidad**			
>>	Tiamina 100 mg Inyectable IV/IM	100.00	.....	.....
17	**Tramadol 50 mg Inyectable IV. Unidad**			
>>	Tramadol 50 mg Inyectable IV	200.00	.....	.....
18	**Metilergometrina 0.2 mg Inyectable IM/IV. Unidad**			
>>	Metilergometrina 0.2 mg Inyectable IM/IV	100.00	.....	.....
19	**Paracetamol 500 mg Inyectable IV. Unidad**			
>>	Paracetamol 500 mg Inyectable IV	10.00	.....	.....
20	**ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 Mg Comp.**			
>>	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 Mg Comp.	50.00	.....	.....
21	**Bisoprolol 5 mg Comprimidos Orales. Unidad**			
>>	Bisoprolol 5 mg Comprimidos Orales	30.00	.....	.....

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.

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

Leonardo Andrés Vera Varela
Jefe Dpto. Compras y Contrataciones
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00093/2024
Pieza Administrativa E Nro. 20736- E - 2024- 1728 - 0/
RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 1004

Fecha: 04/04/24
Apertura: 8/4/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 Inc. L)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : Contratacion segun Leyes Provinciales Nº 1015 Artículo 18 Inciso L), N°1004 y Nº1465, y Decretos Provinciales Nº 674/11, N° 1742/15, N° 188/23, N° 565/23 y N° 01/24, y en las Resoluciones OPC Nº 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto A), y Nº 58/2021, y Resolución M.E. 148/2024, con sus modificatorias y complementarias

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 110 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
	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

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

Forma de Pago	30(treinta) días recepción y conforme de facturas - Dto. Prov. 674/11 Art. 34 Pto. 96.-, pudiendo efectuar pagos parciales de acuerdo a presentación de factura y conformidad.
Plazo de Entrega:	30 días corridos, desde comunicada la Orden de Compra.
Mantenimiento de Oferta:	30 (treinta) días de cierre de cotizaciones – prorrogables Dto. Prov. 674/11 Art. 34. Pto. 47
Lugar de Entrega:	Deposito Central del Hospital Regional Ushuaia – Av. Perito Moreno N° 4746
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	
Domicilio de presentación de ofertas:	comprasycontratacioneshru@gmail.com
Domicilio de apertura de ofertas:	comprasycontratacioneshru@gmail.com
Vigencia del Contrato:	
Garantía de Oferta:	No se requiere
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	del Proveedor