



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

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00119/2024

Pieza Administrativa E Nro. 23880- E - 2024- 1728 - 0/

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

Fecha: 24/04/24

Apertura: 26/4/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art 18 Inc. C)

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Contratacion segun Leyes Provinciales N°1015 Artículo 18 Inciso c), N°1004 y N°1465, y Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23, N° 565/23 y N° 01/24, y en las Resoluciones OPC N° 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto B), y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024, sus modificatorias y complementarias y Dictamen D.G.A.J.S. M.S. N° 503/2024

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 145 - 2024/529 148 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	<b>Reactivo Eritrocitarios tipo Serigrup Diana 4 - (A1,A2,B,0). 4 FCO X 10 ML</b>			
>>	grifols- cód. producto: 210215 - 4 frascoS x 10 mililitros	4.00	.....	.....
2	<b>Reactivo Eritrocitarios tipo Serascan Diana 4 (I,II,III,IV). 4 FCO X 10 ML</b>			
>>	grifols- cód. producto: 210208 - 4 frascos x 10 mililitros	4.00	.....	.....
3	<b>Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana. 11 FCO X 5 ML</b>			
>>	grifols- cód. producto: 210210 - 11 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....
4	<b>Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana Extend. 4 FCO X 5 ML</b>			
>>	grifols- cód. producto: 210212 - 4 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....
5	<b>Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana P. 11 FCO X 5 ML</b>			
>>	grifols- cód. producto: 210211 - 11 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....
6	<b>Reactivos eritrocitarios para identificación de anticuerpos irregulares tipo Identisera Diana Extend P. 4 FCO X 5 ML</b>			
>>	grifols- cód. producto: 210213 - 4 frascos x 5 mililitros	2.00	.....	.....
7	<b>REACTIVO DG GEL COOMBS-CAJA. 2x25 TARJETAS</b>			
>>	caja ( 2 x 25 tarjetas) - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	4.00	.....	.....
8	<b>REACTIVO DG Gel Rh Pheno + Kell 2 x 25 TARJETAS. CAJA</b>			
>>	caja ( 2 x 25 tarjetas) - DG GEL PHENO + KELL - VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES	2.00	.....	.....
9	<b>REACTIVO GEL NEWBORN. CAJA 2X25 TAR</b>			
>>	DG GEL NEWBORN - caja ( 2 x 25 tarjetas) - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	2.00	.....	.....



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

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00119/2024

Pieza Administrativa E Nro. 23880- E - 2024- 1728 - 0/

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

Fecha: 24/04/24

Apertura: 26/4/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art 18 Inc. C)

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Contratacion segun Leyes Provinciales N°1015 Artículo 18 Inciso c), N°1004 y N°1465, y Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23, N° 565/23 y N° 01/24, y en las Resoluciones OPC N° 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto B), y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024, sus modificatorias y complementarias y Dictamen D.G.A.J.S. M.S. N° 503/2024

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 145 - 2024/529 148 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
10	<b>REACTIVO DG GEL ANTI IgG-CAJA. 2X25 TARJETAS</b>			
>>	caja ( 2 x 25 tarjetas) - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	1.00	.....	.....
11	<b>CAJA REACTIVO DG GEL SOL. 2FCOS X100ML</b>			
>>	caja (2 frascos X 100 ML) - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	4.00	.....	.....
12	<b>Tips Punta Pipeta 300 uL (RC-L300). Caja</b>			
>>	TIPS PARA PIPETA ELECTRONICA TIPO "RAININ" - CAJA x 1.000 UNIDADES	2.00	.....	.....
13	<b>Tips Azules con Corona para Micropipeta 1000 uL. Bolsa x500 Un</b>			
>>	TIPS AZULES TIPO "NG MED" - BOLSA x 500 UNIDADES	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 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 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

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

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00119/2024

Pieza Administrativa E Nro. 23880- E - 2024- 1728 - 0/

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

Fecha: 24/04/24

Apertura: 26/4/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art 18 Inc. C)

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Contratacion segun Leyes Provinciales N°1015 Artículo 18 Inciso c), N°1004 y N°1465, y  
Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23, N° 565/23 y N° 01/24, y en las  
Resoluciones OPC N° 17/2021, Anexo I, Capítulo I, punto B), y N° 58/2021 Resolución M.E.  
148/2024, sus modificatorias y complementarias y Dictamen D.G.A.J.S. M.S. N° 503/2024

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 145 - 2024/529 148 -

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	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 (treinta) 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:	Servicio de Hemoterapia - Hospital Regional Ushuaia – 12 de Octubre 65.-
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 se Requiere
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	del Proveedor