



## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00099/2024

Pieza Administrativa E Nro. 19989- E - 2024- 1728 - 0/

RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD

Fecha: 02/05/24

Apertura: 8/5/2024 14:00

Encuadre Legal: LP 1015 ART 18 L) ADJ. SIMPLE

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : -LOS OFERENTES DEBERÁN MENCIONAR CUALQUIER DATO QUE PERMITA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LO OFERTADO.

-LA PRE-ADJUDICACIÓN SERÁ PUBLICADA EN LA PAGINA OFICIAL:

www.compras.tierradelfuego.gob.ar

- DEBERÁ ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DEL ESTADO CON LA ACTIVIDAD QUE SE CORRESPONDA AL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/525 144 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	<b>Seguro Accidentes Personales. Pesos</b>			
>>	1. Seguro Individual de Accidentes Personales para personas que realizan la actividad registrada "PAYASOS DE HOSPITAL".	8.00	.....	.....
	2. Actividad: Los destinatarios de la cobertura desarrollan su actividad en establecimientos de salud con pacientes internados o ambulatorios, favoreciendo el proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado movilizando emociones mediante el juego, la improvisación, la espontaneidad, la música y la técnica del Clown.			
	3. Cobertura por: - Muerte por accidente, capital asegurado hasta la suma de \$ 10.000.000,00			
	.- Invalidez total o parcial por accidente, capital asegurado hasta la suma de \$ 10.000.000,00			
	.-Asistencia médico-farmacéutica por accidente, capital asegurado hasta \$ 1.500.000,00.			
	Costo x persona			
	4. Periodo a contratar por doce (12) meses.			

**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

Luciana Daniela Cheminet  
Directora Contable  
DGAF  
Ministerio de Salud

AJCDBWF  
RESO SGA 4MS/24



## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00099/2024

Pieza Administrativa E Nro. 19989- E - 2024- 1728 - 0/

RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD

Fecha: 02/05/24

Apertura: 8/5/2024 14:00

Encuadre Legal: LP 1015 ART 18 L) ADJ. SIMPLE

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : -LOS OFERENTES DEBERÁN MENCIONAR CUALQUIER DATO QUE PERMITA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LO OFERTADO.

-LA PRE-ADJUDICACIÓN SERÁ PUBLICADA EN LA PAGINA OFICIAL:

www.compras.tierradelfuego.gob.ar

- DEBERÁ ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DEL ESTADO CON LA ACTIVIDAD QUE SE CORRESPONDA AL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/525 144 -

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

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	TREINTA (30) DÍAS DESDE LA CONFORMIDAD DE LA FACTURA, SEGÚN DTO. PCIAL. 674/11, ART. 34, PTO 96
Plazo de Entrega:	INMEDIATO DESDE LA NOTIFICACION DE LA ORDEN DE COMPRA
Mantenimiento de Oferta:	TREINTA (30) DÍAS PRORROGABLES, SEGÚN DTO. PCIAL. Nº 674/11, ART. 34, PTO 47.
Lugar de Entrega:	SUBSECRETARÍA DE SALUD OCUPACIONAL Y FISCALIZACIÓN SANITARIA - SITA EN MAGALLANES 296 - USHUAIA - TDF -CP 9410
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	PLAZO MÁXIMO DE RECEPCIÓN DE OFERTAS HASTA EL 08/05/24 A LAS 14:00 HS (NO SE REQUIERE SOBRE CERRADO)
Domicilio de presentación de ofertas:	A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO A: ecoltelli@tierradelfuego.gob.ar / comprasms@tierradelfuego.gob.ar
Domicilio de apertura de ofertas:	.....
Vigencia del Contrato:	.....
Garantía de Oferta:	NO SE REQUIERE
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	PROVEEDOR

  
Luciana Daniela Chemine  
Directora Contable  
DGAF  
Ministerio de Salud

A/C DGAF  
PESO SGA 4/5/24

Firmado Electrónicamente por  
AGENTE SANCHEZ CLAUDIO JAVIER  
Gobierno de Tierra del Fuego  
JEFE DE DEPARTAMENTO JEFE  
DEPARTAMENTO COMPRAS MENORES  
07/05/2024 13:58

Firmado Electrónicamente por  
AGENTE NUÑEZ NATALIA ALEJANDRA  
Gobierno de Tierra del Fuego  
JEFE DE DEPARTAMENTO COMPRAS  
MAYORES  
07/05/2024 14:05