




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

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00152/2024

Pieza Administrativa E Nro. 43749- E - 2024- 1728 - 0/

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

Fecha: 23/05/24

Apertura: 27/5/2024 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 N°1015 Artículo 18 Inciso L), 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 A), y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024, sus modificatorias y complementarias

Se solicita indicar MARCA y presentación de los insumos cotizados.

La fecha de vencimiento de los insumos deberá ser igual o superior a un (01) año al momento de su entrega

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 222 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	Formula Enteral Liquida Completa. Envase x 1 L			
>>	FORMULA ENTERAL LIQUIDA COMPLETA NORMOCALÓRICA , NORMOPROTEICA, 1000 KCAL/DIA ENVASES POR 1000ML. TIPO NUTRISON1.0 (LABORATORIO NUTRICIA BAGO) O FRESUBIN ORIGINAL (LAB. FRESENIUS KABI) FECHA DE VENCIMIENTO A 12 MESES DE LA FECHA DE ADJUDICACION	100.00	.....	.....
2	Formula Enteral Liquida Especifica para Pacientes con Diabetes o Intolerancia a la Glucosa. Litro			
>>	80 LITROS DE FORMULA ENTERAL LIQUIDA HIPOHIDROCARBONADA PARA PACIENTES DIABETICOS X 1000 ML TIPO NUTRISON DIASON (LABOR. NUTRICIA BAGO). SE ACEPTAN ALTERNATIVAS DE PRESENTACIÓN DE ENVASES TIPO DIBEN X 500 ML (LAB. FRESENIUS KABI) FECHA DE VENCIMIENTO A 12 MESES DE LA FECHA DE ADJUDICACION	80.00	.....	.....
3	Formula Enteral Liquida Especifica para Pacientes Criticos. Envase x 500			
>>	120 UNIDADES DE FORMULA ENTERAL LIQUIDA LISTA PARA COLGAR Y USAR DE HIPERCALORICO E HIPERPROTEICO PARA PACIENTES CON ALTO REQUERIMIENTO PROTEICO TIPO NUTRISON ADVANSE PROTISON X 500 ML (LAB. NUTRICIA BAGO) O TIPO SURVIMED OPD HN x 500 ml (LAB. FRESENIUS KABI). FECHA DE VENCIMIENTO A 12 MESES DESDE LA ADJUDICACION DEL PRODUCTO	120.00	.....	.....
4	SUPLEMENTO NUTRICIONAL CASEINATO DE CALCIO EN POLVO. Unidad			
>>	24 latas de ,FORMULA SEMIELEMENTAL DE PROTEINA HIDROLIZADA DE ALTO VALOR BIOLOGICO TIPO SECALBUM LATA X 225 GRS (LAB NUTRICIA BAGO)	24.00	.....	.....

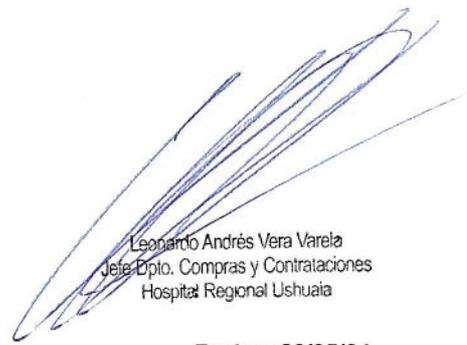


Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00152/2024

Pieza Administrativa E Nro. 43749- E - 2024- 1728 - 0/

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


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

Fecha: 23/05/24

Apertura: 27/5/2024 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 N°1015 Artículo 18 Inciso L), 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 A), y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024, sus modificatorias y complementarias
Se solicita indicar MARCA y presentación de los insumos cotizados.
La fecha de vencimiento de los insumos deberá ser igual o superior a un (01) año al momento de su entrega

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 222 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
5	Nutricion enteral liquida Alta densidad energetica1.5kcal/ml 6g HC 18.4g lip 5.8g/100 ml osm 360mOsm x 1000 ml. Unidad			
>>	32 UNIDADES DE ALIMENTACION LIQUIDA COMPLETO LISTO PARA USAR DE ALTA DENSIDAD ENERGETICA 1,5 KCAL/1000 ML TIPO NUTRISON ENERGY 1,5 KCAL LAB. NUTRICIA BAGO) 1 litro	32.00	.....	.....
6	Nutricion enteral liquida Hiperproteica Alta densidad energetica Relacion Kcal no Prot/gr N 82:1 x 500 ml. Unidad			
>>	ALIMENTACION ENTERAL LIQUIDA LISTA PARA USAR ESPECIFICA PARA PACIENTES CRÍTICO HIPERCALORICA E HIPERPROTEICA. CARACTERISTICAS DE APORTE 1,26KCAL/ML Y 10 GRS DE PROTEINA CADA 100ML PRESENTACION ENVASE X 500 ML TIPO NUTRISON PROTEIN INTENSE(LABORATORIO NUTRICIA BAGO)	60.00	.....	.....

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.



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00152/2024

Pieza Administrativa E Nro. 43749- E - 2024- 1728 - 0/

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


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

Fecha: 23/05/24

Apertura: 27/5/2024 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 N°1015 Artículo 18 Inciso L), 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 A), y N° 58/2021 Resolución M.E.
148/2024, sus modificatorias y complementarias

Se solicita indicar MARCA y presentación de los insumos cotizados.

La fecha de vencimiento de los insumos deberá ser igual o superior a un (01) año al
momento de su entrega

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/529 222 -

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 efectuarse pagos Parciales de acuerdo a entregas y conformidad
Plazo de Entrega:	Entrega Total 30 días corridos de 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:	Div. Depósito Central del Hospital Regional Ushuaia- Av. Perito Moreno N.° 4746 (9410) 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 se requiere
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	del Proveedor