



Gobierno de  
Tierra del Fuego,  
Antártida e Islas  
del Atlántico Sur

Secretaría de Atención Primaria de la Salud y Medicina Comunitaria  
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida  
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00259/2024

Pieza Administrativa N° 74644 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SAL Fecha: 10/09/24 Apertura: 11/9/2024 11:00

Encuadre Legal: LP 1015, 18° L) ADJ. SIMPLE

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

- Comentario :
- Vencimiento de los bienes: más de un (1) año a partir de la entrega
  - Indicar marca/modelo y todo aquel dato necesario para la identificación inequívoca del bien ofertado.
  - Se deberá presentar la oferta dentro del plazo establecido al correo electrónico: [comprasms@tierradelfuego.gob.ar](mailto:comprasms@tierradelfuego.gob.ar)
  - La pre-adjudicación será publicada en la Página Web Oficial de Gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego.
  - Deberá estar inscripto en la actividad que se corresponda con el objeto de la contratación.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/525 331 -

| Reng. | Descripción                                                                                                                                               | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|---------|
| 1     | PASTA DENTAL PARA NIÑOS X 50 GRS.. UNIDAD                                                                                                                 |          |              |         |
| >>    | pastas dentales de uso infantil con concentraciones de 1000 a 1500 partes por millón de ión flúor, aceptando ofertas de envase de 50 gr. 75 gr. o 100 gr. | 200.00   | .....        | .....   |

**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 PROTFD 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.

TOTAL :\$.....

Son Pesos:.....

.....  
Firma y Sello Responsable

Rubén Ormaz Valla  
Director Gral.  
Adm. Financiera  
M. de Salud



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00259/2024  
Pieza Administrativa N° 74644 Letra E Año 2024 Ámbito 1728  
RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SAL Fecha: 10/09/24 Apertura: 11/9/2024 11:00

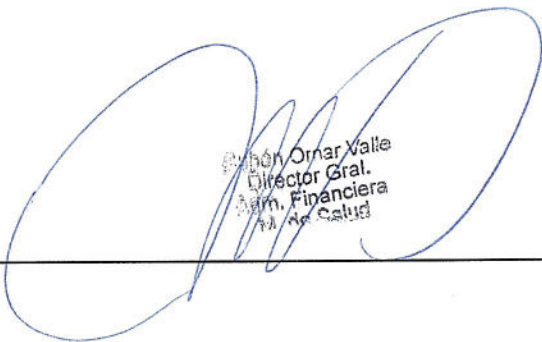
Encuadre Legal: LP 1015, 18° L) ADJ. SIMPLE

Nombre o Razón Social del Proponente: .....  
Domicilio: .....  
C.U.I.T.: .....Teléfono: .....  
Correo electrónico: .....

- Comentario :
- Vencimiento de los bienes: más de un (1) año a partir de la entrega
  - Indicar marca/modelo y todo aquel dato necesario para la identificación inequívoca del bien ofertado.
  - Se deberá presentar la oferta dentro del plazo establecido al correo electrónico: [comprasms@tierradelfuego.gob.ar](mailto:comprasms@tierradelfuego.gob.ar)
  - La pre-adjudicación será publicada en la Página Web Oficial de Gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego.
  - Deberá estar inscripto en la actividad que se corresponda con el objeto de la contratación.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/525 331 -

| Reng.                                                                      | Descripción                                                                                                                                                 | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|---------|
| Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales (\$ _ _ _ _ _) |                                                                                                                                                             |          |              |         |
| Forma de Pago                                                              | 30 DÍAS DESDE LA CONFORMIDAD DE LA FACTURA SEGÚN DCTO. PCIAL. N° 674/11, ART. 34°, PTO. 96                                                                  |          |              |         |
| Plazo de Entrega:                                                          | FECHA LÍMITE 02/10/2024                                                                                                                                     |          |              |         |
| Mantenimiento de Oferta:                                                   | 30 DÍAS CORRIDOS PRORROGABLES, SEGÚN DCTO. PCIAL. N° 674/11, ART. 34°, PTO. 47°                                                                             |          |              |         |
| Lugar de Entrega:                                                          | DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SITA EN AV. ALEM. N° 629 - USHUAIA - T.D.F. - CP 9410                                                            |          |              |         |
| Recepción de Sobres Cerrados hasta:                                        | RECEPCIÓN DE OFERTAS HASTA EL DÍA 11/09/24 11:00 HS. (NO SE REQUIERE SOBRE CERRADO)                                                                         |          |              |         |
| Domicilio de presentación de ofertas:                                      | CALLE AV. ALEM N° 629 - 2° PISO - USHUAIA - CP 9410 - (DE 9 A 14 HS) o <a href="mailto:comprasms@tierradelfuego.gob.ar">comprasms@tierradelfuego.gob.ar</a> |          |              |         |
| Domicilio de apertura de ofertas:                                          | DPTO. COMPRAS MS SITO EN CALLE AV. L. ALEM N° 629 - 3° PISO - USHUAIA - CP 9410                                                                             |          |              |         |
| Vigencia del Contrato:                                                     |                                                                                                                                                             |          |              |         |
| Garantía de Oferta:                                                        | NO SE REQUIERE                                                                                                                                              |          |              |         |
| Requiere Muestra:                                                          | No                                                                                                                                                          |          |              |         |
| Flete a Cargo                                                              | DEL PROVEEDOR                                                                                                                                               |          |              |         |

  
Esteban Omar Valle  
Director Gral.  
Área Financiera  
Min. de Salud