



## Solicitud de Cotización

Licitación Privada Nro. 00004/2024

Pieza Administrativa N° 75776 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 17/09/24

Apertura: 25/9/2024 10:00

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Contratación según Leyes Provinciales N°1015 Artículo 17 Inciso a), 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 II, y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024,  
sus modificatorias y complementarias.

• Vencimientos indicados individualmente en cada renglón.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 38 -

| Reng. | Descripción   | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| 1     | Suero anti ab monoclonal. Frasco x 10 m   |          |              |         |
| >>    | vencimiento mayor a 8 meses   | 4.00     | .....        | .....   |
| 2     | Suero anti C. Frasco x 5 ml   |          |              |         |
| >>    | SUERO ANTI C (MAYUSCULA) - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES                                 | 2.00     | .....        | .....   |
| 3     | Solucion Bromelina. Frasco x 10 m   |          |              |         |
| >>    | VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES   | 1.00     | .....        | .....   |
| 4     | SOLUCION ACD ANTICOAGULANTE. FCO X 750 ML   |          |              |         |
| >>    | TIPO "TERUMO"- frasco x 600 mililitros - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES                  | 20.00    | .....        | .....   |
| 5     | Bolsa triple para SANGRE con SADMAN, con bolsa dedervacion. Unidad                    |          |              |         |
| >>    | UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES  | 80.00    | .....        | .....   |
| 6     | Equipo p/administrar sangre y plasma Doble camaraMacrogotero Filtro Aguja PTC. Unidad |          |              |         |
| >>    | GUIAS V-20 - UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES                                     | 100.00   | .....        | .....   |
| 7     | bolsa de transferencia de 800 a 1.000 ML. unidad                                      |          |              |         |
| >>    | UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES  | 10.00    | .....        | .....   |
| 8     | Bolsa de trasferencia de 300 ml a 400 ml. Unidad                                      |          |              |         |
| >>    | UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES  | 10.00    | .....        | .....   |
| 9     | Bolsa de Transferencia Pediátrica tipo S-42 MG. Unidad                                |          |              |         |
| >>    | Bolsa de trasferencia de 150 ml - TIPO "TERUMO"- VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES          | 20.00    | .....        | .....   |
| 10    | Filtro leucorreductor p/concentrado de hematies. Unidad                               |          |              |         |
| >>    | FILTRO LEUCORREDUCTOR PARA GLOBULOS ROJOS - UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES      | 36.00    | .....        | .....   |



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

Lic. María Fernanda Díaz Suñes  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Licitación Privada Nro. 00004/2024

Pieza Administrativa N° 75776 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 17/09/24 Apertura: 25/9/2024 10:00

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario: Contratación según Leyes Provinciales N°1015 Artículo 17 Inciso a), 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 II, y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024,  
sus modificatorias y complementarias.

• Vencimientos indicados individualmente en cada renglón.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 38 -

| Reng. | Descripción  | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|--|----------|--------------|---------|
| 11    | <b>Filtro leucorreductor p/6 a 8 concentrado de plaquetas c/bolsa p/filtrar en laborat 4 log o superior. Unidad</b>    |          |              |         |
| >>    | FILTRO LEUCORREDUCTOR PARA PLAQUETAS - TIPO "TERUMO" -UNIDAD<br>- VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES                          | 10.00    | .....        | .....   |
| 12    | <b>TUBO C/GEL. Caja x 100 te</b>   |          |              |         |
| >>    | TUBO CON GEL AL VACIO PARA SUERO DE 5 ML. (LARGOS) - TIPO<br>"BD" - CAJA x 100 UNIDADES<br>VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES | 6.00     | .....        | .....   |
| 13    | <b>TUBO C/EDTA. Caja x 100 te</b>  |          |              |         |
| >>    | TUBO CON EDTA AL VACIO PARA HEMOGRAMA DE 3 ML. - TIPO "BD" -<br>CAJA x 100 UNIDADES<br>VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES     | 6.00     | .....        | .....   |
| 14    | <b>Tubo de muestra plastico Con tapa a rosca 10-12 ml. Unidad</b>  |          |              |         |
| >>    | TUBO CONICO PLASTICO CON TAPA A ROSCA - 10 a 12 ML- UNIDAD   | 300.00   | .....        | .....   |
| 15    | <b>Pipeta de polipropileno. Unidad</b>   |          |              |         |
| >>    | TIPO PASTEUR - VOLUMEN 3 MILILITROS - UNIDAD   | 500.00   | .....        | .....   |
| 16    | <b>Hepatitis B (HBSAG) Elisa. Caja x96 test</b>  |          |              |         |
| >>    | HB S AG - ELISA- TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO<br>MAYOR A 6 MESES   | 3.00     | .....        | .....   |
| 17    | <b>Reactivo HCV Ag-Ab (kit). CAJA x96 TEST</b>   |          |              |         |
| >>    | HCV COMBO - ELISA - TIPO BIORAD - VECIMIENTO MAYOR A 6 MESES   | 3.00     | .....        | .....   |
| 18    | <b>Hepatitis B (Anti-HBC) Elisa. Caja x96 test</b>   |          |              |         |
| >>    | ANTI HB CORE ELISA - TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES-<br>VECIMIENTO MAYOR A 6 MESES                                     | 3.00     | .....        | .....   |
| 19    | <b>Reactivo HIV Combinacion Ag/Ac (kit). Caja x 96 tes</b>   |          |              |         |



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

Lic. María Fernanda D. ...  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Licitación Privada Nro. 00004/2024

Pieza Administrativa N° 75776 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 17/09/24 Apertura: 25/9/2024 10:00

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Contratación según Leyes Provinciales N°1015 Artículo 17 Inciso a), 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 II, y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024,  
sus modificatorias y complementarias.

• Vencimientos indicados individualmente en cada renglón.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 38 -

| Reng. | Descripción   | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| >>    | HIV COMBO ELISA - TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO MAYOR A 6 MESES                  | 3.00     | .....        | .....   |
| 20    | <b>Reactivo HTLV (kit). Caja x 100 te</b>   |          |              |         |
| >>    | HTLV I/II ELISA - TIPO "WIENER" - VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES                                 | 3.00     | .....        | .....   |
| 21    | <b>Chagas Lisado ELISA</b>  |          |              |         |
| >>    | CHAGAS ELISA LISADO - TIPO WIENER 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO MAYOR A 6 MESES              | 3.00     | .....        | .....   |
| 22    | <b>Reactivo Elisa Chagas Recombinante V4.0 (kit). Caja x 96 tes</b>                           |          |              |         |
| >>    | CHAGAS ELISA RECOMBINANTE - TIPO WIENER 4.0 - 96 DETERMINACIONES - VECIMIENTO MAYOR A 6 MESES | 3.00     | .....        | .....   |
| 23    | <b>Test VDRL. Caja x 100 te</b>   |          |              |         |
| >>    | vdrl - caja x 100 test - vencimiento mayor a 6 meses  | 2.00     | .....        | .....   |
| 24    | <b>Reactivo Antigenos Febriles Hudleson. Caja x 1</b>   |          |              |         |
| >>    | antigenos febriles - CAJA x 1 frasco x 5 ml.- vencimiento mayor a 6 meses                     | 2.00     | .....        | .....   |
| 25    | <b>Reactivo Diluyente. Bidón x 20 Li</b>  |          |              |         |
| >>    | Diluyente Contador Hematologico BC 30s - VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES                          | 1.00     | .....        | .....   |
| 26    | <b>Control Contador Hematologico. Caja x 3 fco</b>  |          |              |         |
| >>    | controles hematologicos 3 niveles tipo Mindray BC3 - CAJA x 3 FRASCOS                         | 1.00     | .....        | .....   |
| 27    | <b>Limpiador de sonda (hematología). Frasco x 50ml</b>  |          |              |         |
| >>    | limpiador de sonda "probe cleancer " para contador hematologico MINDRAY                       | 1.00     | .....        | .....   |





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

Lic. María Fernanda Díaz Suanes  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Licitación Privada Nro. 00004/2024

Pieza Administrativa N° 75776 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 17/09/24 Apertura: 25/9/2024 10:00

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Contratación según Leyes Provinciales N°1015 Artículo 17 Inciso a), 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 II, y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024,  
sus modificatorias y complementarias.

• Vencimientos indicados individualmente en cada renglón.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 38 -

| Reng. | Descripción   | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| Memo  | (Nro: 1) - FORMULARIO DE COTIZACIÓN LICITACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA<br>LA OFERTA DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL, EN SOBRE CERRADO. SU PRESENTACIÓN Y EL HECHO DE<br>COTIZAR Y FIRMAR EL PRESENTE FORMULARIO, IMPLICA EL PLENO CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE<br>TODAS Y CADA UNA DE LAS CLÁUSULAS DEL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES, COMO ASÍ TAMBIÉN DE<br>LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA ADJUDICACIÓN.<br>TODAS LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA OFERTA DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL OFERENTE O POR EL<br>REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO. ASIMISMO, LA OFERTA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA POR LA GARANTÍA<br>DE OFERTA, EQUIVALENTE AL UNO (1%) DEL TOTAL DE LO COTIZADO. SE INDICA QUE LA OFERTA<br>DEBERÁ COMPLETARSE UTILIZANDO DOS DECIMALES EN LAS COLUMNAS DE CANTIDAD Y PRECIO, EN TODOS<br>LOS RENGLONES QUE LA COMPONENTE. ADEMÁS, LA COTIZACIÓN DEBERÁ REALIZARSE SIN CONSIDERAR EL<br>I.V.A., SEGÚN LEY N° 19.640. |          |              |         |

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<br>Pto. 96.- Pudiendo efectuarse pagos Parciales de acuerdo a entregas y<br>conformidad.  |
| Plazo de Entrega:                   | 30 (treinta) días corridos de comunicada Orden de Compra pudiendo realizar<br>entregas parciales en plazo previo.   |
| Mantenimiento de Oferta:            | 30 (treinta) días de cierre de cotizaciones – prorrogables Dto. Prov. 674/11<br>Art. 34 Pto. 47   |
| Lugar de Entrega:                   | Depósito Central del Hospital Regional Ushuaia, sito en la Avenida Perito Moreno<br>N° 4746 de la Ciudad de Ushuaia, de Lunes a Viernes de 08:00 Hs. y hasta las<br>15:30 Hs. y sábados de 09:00 Hs. a 13:00 Hs |
| Recepción de Sobres Cerrados hasta: | según pliego de bases y condiciones particulares  |



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

*[Firma]*  
Lic. María Fernanda Díaz Suñes  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

## Solicitud de Cotización

Licitación Privada Nro. 00004/2024

Pieza Administrativa N° 75776 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 17/09/24

Apertura: 25/9/2024 10:00

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Contratación según Leyes Provinciales N°1015 Artículo 17 Inciso a), 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 II, y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024,  
sus modificatorias y complementarias.

• Vencimientos indicados individualmente en cada renglón.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 38 -

| Reng. | Descripción                           | Cantidad   | Precio Unit. | Importe |
|-------|---------------------------------------|--|--------------|---------|
|       | Domicilio de presentación de ofertas: | según pliego de bases y condiciones particulares |              |         |
|       | Domicilio de apertura de ofertas:     | según pliego de bases y condiciones particulares |              |         |
|       | Vigencia del Contrato:                |  |              |         |
|       | Garantía de Oferta:                   | Si se requiere Garantía de Oferta                |              |         |
|       | Requiere Muestra:                     | No   |              |         |
|       | Flete a Cargo                         | del Proveedor                                    |              |         |