



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

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00041/2024

Pieza Administrativa N° 89581 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 26/11/24

Apertura: 29/11/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 L

Nombre o Razón Social del Proponente:

Domicilio:

C.U.I.T:**Teléfono:**

Correo electrónico:

Comentario: Contratación según Leyes Provinciales N°1015 Artículo 18 Inciso I), 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

* Vencimiento de al menos tres (03) meses al momento de su entrega, de lo contrario podrán ser rechazados

* EL PRESENTE FORMULARIO CUENTA CON ANEXO (INFORME TECNICO)

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 66 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| 1 | Cubeta de reacción p/Coagulómetro automático. ROLLO X1000CU | | | |
| >> | "Cubeta de reacción p/Coagulómetro automático - Tipo STA-Cuvettes - STAGO REF # 38669 - ROLLO X1000 CUBETAS" | 1.00 | ..... | ..... |
| 2 | Diluyente de Reactivos para Equipo tipo Compact Stago. FCO 24 X 15ML | | | |
| >> | "Diluyente de Reactivos para Equipo tipo Compact Stago - Tipo STA-Desorb U - STAGO REF # 00975 - Caja con FRASCOS 24X15 ML" | 1.00 | ..... | ..... |
| 3 | Líquido refrigerante - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO. FCO X 1 LT | | | |
| >> | "Líquido refrigerante - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO - Tipo Cooling liquid - STAGO REF # 89369 - Frasco X 1 LT" | 1.00 | ..... | ..... |
| 4 | Reactivo APTT activador parcial tiempo de tromboplastina - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO. Viales 6X5 ML | | | |
| >> | "Reactivo APTT activador parcial tiempo de tromboplastina - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO - Tipo STA-C.K. Prest 5 - STAGO REF # 00597 - Caja con Viales 6X5 ML" | 1.00 | ..... | ..... |
| 5 | Reactivo Tiempo de Protrombina. Viales 6X5 ML | | | |
| >> | "Reactivo Tiempo de Protrombina - Tipo STA-NeoPTimal 5 - STAGO REF # 01163 - Caja con Viales 6X5 ML" | 2.00 | ..... | ..... |



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00041/2024

Pieza Administrativa N° 89581 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 26/11/24

Apertura: 29/11/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 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 I), 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

* Vencimiento de al menos tres (03) meses al momento de su entrega, de lo contrario podrán ser rechazados

* EL PRESENTE FORMULARIO CUENTA CON ANEXO (INFORME TECNICO)

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 66 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| 6 | Solucion de Cloruro de Calcio 0.025M - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO. FCO 24X15 ML | | | |
| >> | "Solucion de Cloruro de Calcio 0.025M - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO - Tipo STA-CaCl2 0.025 M - STAGO REF # 00367 - Caja con FRASCOS 24X15 ML " | 1.00 | ..... | ..... |
| 7 | SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA COAGULACIÓN AUTOMATIZADA. Frasco 6X2 | | | |
| >> | "SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PARA COAGULACIÓN AUTOMATIZADA - Tipo STA-Cleaner Solution - STAGO REF # 00973 - Caja con Frasco 6X2.5LTS " | 1.00 | ..... | ..... |
| 8 | Solución tampón según Owren Koller de pH 7,35 - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO. FCO 24X15 ML | | | |
| >> | "Solución tampón según Owren Koller de pH 7,35 - Para equipo automatizado tipo COMPACT STAGO - Tipo STA-Owren Koller - STAGO REF # 00360 - Caja con FRASCOS 24X15 ML " | 1.00 | ..... | ..... |
| 9 | Cloruro de Calcio p/coagulación. Caja 10x10 ml | | | |
| >> | "TRINI CLOT CLORURO DE CALCIO 0.025M REF T 1902 " | 1.00 | ..... | ..... |
| 10 | Calibrador AK para factores de coagulación. Caja x 4 fco | | | |
| >> | "AK CALIBRADOR TP INR CALIBRATION SET caja 4 frascos x 1 ml para T-Coag DT100 REF 5010004 " | 1.00 | ..... | ..... |



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00041/2024

Pieza Administrativa N° 89581 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 26/11/24 Apertura: 29/11/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 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 I), 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

* Vencimiento de al menos tres (03) meses al momento de su entrega, de lo contrario podrán
ser rechazados

* EL PRESENTE FORMULARIO CUENTA CON ANEXO (INFORME TECNICO)

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 66 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| 11 | APTT silica. . | | | |
| >> | "reactivo kptt caja 10x 6 ml triniclot para T-Coag DT100 ref t1205 " | 1.00 | ..... | ..... |
| 12 | Reactivo Tiempo de Protrombina Neoplastin. . | | | |
| >> | "Reactivo Tiempo de Protrombina Neoplastin pt excel s 6 ml dt100 ref t1104 " | 2.00 | ..... | ..... |
| 13 | Solucion de limpieza Eq. Coagulacion automatizada. Caja x 24 env | | | |
| >> | "solucion de limpieza caja 24 x 15 ml para T-Coag DT100 ref dtw " | 1.00 | ..... | ..... |
| 14 | Reactivo para fluido de sistema coagulograma automático. . | | | |
| >> | "Fluido de sistema coagulograma automatico T-Coag DT100 - CAJA 3 X ENV 3.3L REF DSF " | 1.00 | ..... | ..... |
| 15 | Solucion laminar para analizador de orina. Bidon x 7 lit | | | |
| >> | "solucion lamina para analizador de orinas Iris ref 475-0047 " | 1.00 | ..... | ..... |
| 16 | Control para analizador de orina (kit). 4 env x 125 m | | | |
| >> | "focus set control para analizador de orinas Iris ref 800-3104 " | 1.00 | ..... | ..... |
| 17 | Calibrador para analizador de orina (kit). 4 env x 125 m | | | |



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00041/2024

Pieza Administrativa N° 89581 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 26/11/24 Apertura: 29/11/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 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 I), 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

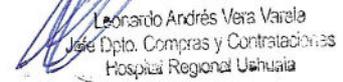
* Vencimiento de al menos tres (03) meses al momento de su entrega, de lo contrario podrán ser rechazados

* EL PRESENTE FORMULARIO CUENTA CON ANEXO (INFORME TECNICO)

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 66 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| >> | "IQ CALIBRADOR PACK ORINAS para analizador de orinas Iris REF 800-3103 " | 1.00 | ..... | ..... |
| 18 | Diluyente para orina. Frasco 150ml | | | |
| >> | "DILUENT PACK para analizador de orinas Iris REF 800-3202 " | 1.00 | ..... | ..... |
| 19 | PANEL DE TIPIFICACION Y SENSIBILIDAD AUTOMATIZADO PARA COCOSGR POSITIVOS. Caja x 25 Tes | | | |
| >> | "PANEL DE TIPIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD AUTOMATIZADO PARA COCOS GRAM POSITIVOS - TIPO PHOENIX PMIC/ID 107 - COD. 448611 - CAJAX25 DET " | 1.00 | ..... | ..... |
| 20 | Panel de Tipificacion y Sensibilidad Automatizadopara Bacilos Gram Negativos Sistemicos . Unidad | | | |
| >> | "PANEL DE TIPIFICACION Y SENSIBILIDAD AUTOMATIZADOPARA BACILOS GRAM NEGATIVOS SISTEMICOS - TIPO PHOENIX UNMIC/ID 406 - COD. 448748 - UNIDADX25 DET " | 1.00 | ..... | ..... |
| 21 | Panel de Tipificacion y Sensibilidad Automatizadopara Bacilos Gram Negativos Urinarios. Unidad | | | |
| >> | "PANEL DE TIPIFICACION Y SENSIBILIDAD AUTOMATIZADOPARA BACILOS GRAM NEGATIVOS URINARIOS - TIPO PHOENIX UNMIC/ID 407 - COD. 448879 - UNIDADX25 DET " | 3.00 | ..... | ..... |




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

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00041/2024

Pieza Administrativa N° 89581 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 26/11/24 Apertura: 29/11/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 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 I), 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

* Vencimiento de al menos tres (03) meses al momento de su entrega, de lo contrario podrán
ser rechazados

* EL PRESENTE FORMULARIO CUENTA CON ANEXO (INFORME TECNICO)

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 66 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---|----------|--------------|---------|
| 22 | TUBOS PARA PREPARAR INOCULO DE SENSIBILIDAD AUTOMATIZADA. caj 100 te | | | |
| >> | "TUBOS PARA PREPARAR INÓCULO DE SENSIBILIDAD AUTOMATIZADA - TIPO TUBE PHOENIX AST BROTH SP100 - COD. 246003 - CAJAX100 DET " | 1.00 | ..... | ..... |
| 23 | TUBOS PARA PREPARAR INOCULO DE TIPIFICACION AUTOMATIZADA. Caja 100 te | | | |
| >> | "TUBOS PARA PREPARAR INÓCULO DE TIPIFICACIÓN AUTOMATIZADA - TIPO TUBE PHOENIX ID BROTH SP100 - COD. 246001 - CAJAX100 DET " | 1.00 | ..... | ..... |
| 24 | INDICADOR DE CRECIMIENTO PARA SENSIBILIDAD AUTOMATIZADA. Caja x 10 uni | | | |
| >> | "INDICADOR DE CRECIMIENTO PARA SENSIBILIDAD AUTOMATIZADA - TIPO PHOENIX AST INDICATOR - COD. 246004 - CAJAX10 GOTEROS DE 6ML C/U " | 1.00 | ..... | ..... |
| 25 | Medio Peds Plus/F. Caja x 50 fra | | | |
| >> | "MEDIO TIPO BACTEC PEDS PLUS/F - PARA CULTIVO 50 FRASCOS X CAJA BECTON DICKINSON BACTEC - COD. 442194 " | 2.00 | ..... | ..... |
| 26 | Medio Plus Aerobic/F. Caja x 50 fra | | | |
| >> | "MEDIO TIPO BACTEC PLUS AEROBIC/F - PARA CULTIVO 50 FRASCOS X CAJA BECTON DICKINSON BACTEC - COD. 442192 " | 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

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00041/2024

Pieza Administrativa N° 89581 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 26/11/24 Apertura: 29/11/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 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 I), 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

* Vencimiento de al menos tres (03) meses al momento de su entrega, de lo contrario podrán
ser rechazados

* EL PRESENTE FORMULARIO CUENTA CON ANEXO (INFORME TECNICO)

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 66 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|--|----------|--------------|---------|
| 27 | Medio Plus Anaerobic/F. Caja x 50 fra | | | |
| >> | "MEDIO TIPO BACTEC PLUS ANAEROBIC/F - PARA CULTIVO 50 FRASCOS X CAJA BECTON DICKINSON BACTEC - COD. 442193 " | 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.

TOTAL :\$

Son Pesos:

.....
Firma y Sello Responsable



(Handwritten signature)
Leonardo Andrés Vera Varela
Jefe Dpto. Compras y Contrataciones
Hospital Regional Ushuaia

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00041/2024

Pieza Administrativa N° 89581 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 500 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES HRU

Fecha: 26/11/24 **Apertura:** 29/11/2024 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 Art. 18 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 I), 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, Capitulo I, punto a), y N° 58/2021 Resolución M.E. 148/2024, sus modificatorias y complementarias

* Se Solicita Indicar Marca

* Vencimiento de al menos tres (03) meses al momento de su entrega, de lo contrario podrán ser rechazados

* EL PRESENTE FORMULARIO CUENTA CON ANEXO (INFORME TECNICO)

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/500 66 -

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

Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales (\$_____))

| | |
|--|--|
| Forma de Pago | 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: | 30 días 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: | Depósito Central del Hospital Regional Ushuaia, sito en la Avenida Perito Moreno N° 4746 de la Ciudad de Ushuaia, de lunes a Viernes de 08:00 Hs. y hasta las 15:30 Hs. y sábados de 09:00 Hs. a 13:00 Hs. |
| Recepción de Sobres Cerrados hasta: | |
| Domicilio de presentación de ofertas: | compras.hru@tierradelfuego.gob.ar y schozas@tierradelfuego.gob.ar |
| Domicilio de apertura de ofertas: | compras.hru@tierradelfuego.gob.ar y schozas@tierradelfuego.gob.ar |
| Vigencia del Contrato: | |
| Garantía de Oferta: | No se requiere |
| Requiere Muestra: | No |
| Flete a Cargo | del Proveedor |