



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. 00246/2024

Pieza Administrativa N° 93989 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 577 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD HR Fecha: 09/12/24 Apertura: 13/12/2024 12:00

Encuadre Legal: LeyN°1015Art.18inc.k-OPC202/20

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Véase Anexo I, Sera aplicable el procedimiento de redeterminación de precios, en cuyo caso deberán solicitarse todos los requisitos fijados en la Resolución de la O.P.C N°202/20 Anexo IV, reglamentaria del Artículo N°36 de la Ley N°1015, o la que en un futuro la reemplace.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/577 309 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	<b>Servicio de Odontología. Pesos</b>			
>>	Drenaje de abscesos cervico-faciales.	36.00	.....	.....
2	<b>Servicio de Odontología. Pesos</b>			
>>	cirugías de trauma facial, se autorizarán previa presentación y aprobación de presupuesto. *sujeto a presupuesto*	1.00	.....	.....
3	<b>Servicio de Odontología. Pesos</b>			
>>	Reducción de fractura nasal.	36.00	.....	.....
4	<b>Servicio de Odontología. Pesos</b>			
>>	Cirugías de FLAP. se autorizarán previa presentación y aprobación de un presupuesto. *sujeto a presupuesto*	1.00	.....	.....
5	<b>Servicio de Odontología. Pesos</b>			
>>	Cirugías ATM (Articulación temporo maxilar). se autorizarán previa presentación y aprobación de un presupuesto. *sujeto a presupuesto*	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

  
Vanesa F. Pacheco Borquez  
Leg. 33484625/00  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Rio Grande



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. 00246/2024

Pieza Administrativa N° 93989 Letra E Año 2024 Ámbito 1728

RAF 577 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD HR Fecha: 09/12/24 Apertura: 13/12/2024 12:00

Encuadre Legal: LeyN°1015Art.18inc.k-OPC202/20

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

Comentario : Véase Anexo I, Sera aplicable el procedimiento de redeterminación de precios, en cuyo caso deberán solicitarse todos los requisitos fijados en la Resolución de la O.P.C N°202/20 Anexo IV, reglamentaria del Artículo N°36 de la Ley N°1015, o la que en un futuro la reemplace.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2024/577 309 -

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

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

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

Forma de Pago: segun contrato  
Plazo de Entrega:  
Mantenimiento de Oferta: A 30 días del cierre de cotización, prorrogable Decreto N°674/11Art.34inc.47  
Lugar de Entrega: Oficina de Contrataciones HRRG  
Recepción de Sobres Cerrados hasta:  
Domicilio de presentación de ofertas: Ameghino N°709-1°piso Oficina de Contrataciones-Rio Grande-TDF-contratoshrrg@tierradelfuego.gob.ar  
Domicilio de apertura de ofertas: Ameghino N°709-1°piso Oficina de Contrataciones-Rio Grande-TDF  
Vigencia del Contrato: 12 MESES  
Garantía de Oferta: no aplica  
Requiere Muestra: No  
Flete a Cargo

Vanesa F. Pacheco Borquez  
Leg. 33484925/00  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Rio Grande

**ANEXO I –**  
**CONTRATACION DIRECTA**  
**POR COMPULSA ABREVIADA E.E. N°93989- M.S.-2024.**

El **HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE**, invita a la presentación de ofertas según Compra Directa N°00246/24, de 1(un) médico odontólogo con experiencia en cirugía maxilofacial de cabeza y cuello, por el término de 12 meses contados a partir de la suscripción del Contrato pertinente, según la necesidad planteada por el área requirente, bajo el amparo de las leyes Provinciales N° 1015 – Artículo 18° inc. k) y N°1465; Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 43/20, N° 832/21, N° 3635/22 N° 188/23, N° 565/23 Anexo I - III, Resolución Contaduría General de la provincia N° 38/21 y N° 43/22, Resoluciones O.P.C. N° 17/21, N° 202/20 y N° 58/21.

**PERFIL SOLICITADO:**

Se requiere 1(un) Se requiere de un profesional Odontólogo con formación y experiencia en la resolución de patologías maxilofaciales de pacientes adultos como pediátricos.

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR - COMO PARTE INTEGRANTE DE LA OFERTA,**  
**EN CARÁCTER EXCLUYENTE:**

1. Copia certificada DNI
2. Copia certificada de título profesional
3. Copia Certificada de Título de Especialidades, vinculados al objeto de la contratación
4. Curriculum vitae firmado en todas sus hojas

**Aclaración:** En caso de ser **ADJUDICADO**, deberá dar cumplimiento a la presentación de toda la documentación que se detalla a continuación:

1. Póliza de Seguro de Accidentes Personales y constancia de último pago.
2. Póliza de Seguro de Mala Praxis y constancia de último pago
3. Certificado de Antecedentes Penales, en su defecto Constancia de Certificado en Trámite.
4. Constancia de Inscripción/Opción en A.F.I.P. vigente.
5. Constancia de Inscripción en A.R.E.F. o Convenio Multilateral.
6. Copia certificada de matrícula profesional provincial.
8. Certificado de Inscripción en el Registro de Proveedores del Estado (PROTDF).
9. Constancia de C.B.U. emitida por la entidad bancaria.

(EN CASO DE CERTIFICADOS EN TRAMITE SE DEBERAN PRESENTAR ANTES DEL INICIO DE LAS ACTUACIONES DE ADJUDICACION)

FIRMA DEL OFERENTE: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

  
Vanesa F. Pacheco Borquez  
Leg. 33484525/00  
Directora Administrativa  
Hospital Regional Rio Grande