



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

## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00024/2025

Pieza Administrativa N° 12815 Letra E Año 2025 Ámbito 1728

RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 Fecha: 20/02/25 Apertura: 24/2/2025 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° 1580, en los Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 10/25 y sus modificatorios y complementarias, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo I, punto a).  
• Vencimiento de los insumos indicados en cada renglón, según corresponda.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2025/529 83 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	<b>Suero anti a monoclonal. Frasco x 10 m</b>			
>>	vencimiento mayor a 6 meses	5.00	.....	.....
2	<b>Suero anti b monoclonal. Frasco x 10 m</b>			
>>	vencimiento mayor a 6 meses	4.00	.....	.....
3	<b>Suero anti ab monoclonal. Frasco x 10 m</b>			
>>	vencimiento mayor a 6 meses	4.00	.....	.....
4	<b>Suero anti d blend monoclonal. Frasco x 10 m</b>			
>>	vencimiento mayor a 6 meses	2.00	.....	.....
5	<b>Suero anti C. Frasco x 5 ml</b>			
>>	SUERO ANTI C (MAYUSCULA) - VECIMIENTO MAYOR A 8 MESES	2.00	.....	.....
6	<b>Suero anti c. Frasco x 5 ml</b>			
>>	SUERO ANTI c (MINUSCULA) - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	2.00	.....	.....
7	<b>Suero anti E. Frasco x 5 ml</b>			
>>	SUERO ANTI E (MAYUSCULA) - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	2.00	.....	.....
8	<b>Suero anti e. Frasco x 5 ml</b>			
>>	SUERO ANTI e (MINUSCULA) - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	2.00	.....	.....
9	<b>Solucion Bromelina. Frasco x 10 m</b>			
>>	VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	1.00	.....	.....
10	<b>Reactivo para elucion ácida rápida de anticuerpos en hematíes intactos (kit). Unidad</b>			
>>	REACTIVO ELUCION ACIDA DE HEMATIES - TIPO: EGA - KIT - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	1.00	.....	.....
11	<b>Suero anti-globulina humana MONOESPECIFICO anti-C3d. Frasco x 5 ml</b>			



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

## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00024/2025

Pieza Administrativa N° 12815 Letra E Año 2025 Ámbito 1728

RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 Fecha: 20/02/25 Apertura: 24/2/2025 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: Contratación según Leyes Provinciales N° 1015, Artículo 18 Inciso L), N° 1004 y N° 1580, en los Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 10/25 y sus modificatorios y complementarias, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo I, punto a).  
• Vencimiento de los insumos indicados en cada renglón, según corresponda.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2025/529 83 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
>>	SUERO ANTI-HUMANO MONOESPECIFICO ANTI C3d - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	1.00	.....	.....
<b>12</b>	<b>Bolsa triple para SANGRE con SADMAN, con bolsa de derivación. Unidad</b>			
>>	UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	64.00	.....	.....
<b>13</b>	<b>bolsa de transferencia de 800 a 1.000 ML. unidad</b>			
>>	UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	20.00	.....	.....
<b>14</b>	<b>Bolsa Cuádruple Anticoagulante CPD-SAG para Sangre. Caja x 20 un</b>			
>>	BOLSA CUADRUPLE PARA SANGRE - CAJA x 20 UNIDADES . VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	24.00	.....	.....
<b>15</b>	<b>Filtro leucorreductor p/concentrado de hematies. Unidad</b>			
>>	FILTRO LEUCORREDUCTOR PARA GLOBULOS ROJOS - UNIDAD - VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	10.00	.....	.....
<b>16</b>	<b>TUBO C/GEL. Caja x 100 te</b>			
>>	TUBO CON GEL AL VACIO PARA SUERO DE 5 ML. (LARGOS) - CAJA x 100 UNIDADES VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	5.00	.....	.....
<b>17</b>	<b>TUBO C/EDTA. Caja x 100 te</b>			
>>	TUBO CON EDTA AL VACIO PARA HEMOGRAMA DE 3 ML. - CAJA x 100 UNIDADES VENCIMIENTO MAYOR A 8 MESES	2.00	.....	.....
<b>18</b>	<b>Tubo de muestra plástico Con tapa a rosca 10-12 ml. Unidad</b>			
>>	TUBO CONICO PLASTICO CON TAPA - 10 a 15 ML- UNIDAD	300.00	.....	.....
<b>19</b>	<b>Pipeta de polipropileno. Unidad</b>			
>>	TIPO PASTEUR - VOLUMEN 3 MILILITROS - UNIDAD	500.00	.....	.....



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

## Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00024/2025

Pieza Administrativa N° 12815 Letra E Año 2025 Ámbito 1728

RAF 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 Fecha: 20/02/25 Apertura: 24/2/2025 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° 1580,  
en los Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 10/25 y sus  
modificatorios y complementarias, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo I, punto a).  
• Vencimiento de los insumos indicados en cada renglón, según corresponda.

Notas de Pedidos Relacionadas: 2025/529 83 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
20	<b>Hepatitis B (HBSAG) Elisa. Caja x96 test</b>			
>>	HB S AG - ELISA- TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VECIMIENTO MAYOR A 6 MESES	3.00	.....	.....
21	<b>Reactivo HCV Ag-Ab (kit). CAJA x96 TEST</b>			
>>	HCV COMBO - ELISA - TIPO BIORAD - VECIMIENTO MAYOR A 6 MESES	3.00	.....	.....
22	<b>Hepatitis B (Anti-HBC) Elisa. Caja x96 test</b>			
>>	ANTI HB CORE ELISA - TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES	3.00	.....	.....
23	<b>Reactivo HIV Combinacion Ag/Ac (kit). Caja x 96 tes</b>			
>>	HIV COMBO ELISA - TIPO BIORAD 96 DETERMINACIONES- VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES	3.00	.....	.....
24	<b>Reactivo HTLV (kit). Caja x 100 te</b>			
>>	HTLV I/II ELISA - TIPO "WIENER" - VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES	1.00	.....	.....
25	<b>Chagas Lisado ELISA</b>			
>>	CHAGAS ELISA LISADO - TIPO WIENER 96 DETERMINACIONES- VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES	3.00	.....	.....
26	<b>Reactivo Elisa Chagas Recombinante V4.0 (kit). Caja x 96 tes</b>			
>>	CHAGAS ELISA RECOMBINANTE - TIPO WIENER 4.0 - 96 DETRMINACIONES - VENCIMIENTO MAYOR A 6 MESES	3.00	.....	.....
27	<b>Test VDRL. Caja x 100 te</b>			
>>	VDRL - caja x 100 test - vencimiento mayor a 6 meses	1.00	.....	.....
28	<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	.....	.....



## Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00024/2025**

**Pieza Administrativa** N° 12815 Letra E Año 2025 Ámbito 1728

**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 **Fecha:** 20/02/25 **Apertura:** 24/2/2025 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° 1580, en los Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 10/25 y sus modificatorios y complementarias, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo I, punto a).

- Vencimiento de los insumos indicados en cada renglón, según corresponda.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2025/529 83 -

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

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
29	<b>Control Contador Hematologico. Caja x 3 fco</b>			
>>	controles hematologicos 3 niveles tipo Mindray BC3 - CAJA x 3 FRASCOS - PARA CONTADOR MINDRAY BC 30 s	1.00	.....	.....
30	<b>Limpiador de sonda (hematología). Frasco x 50ml</b>			
>>	limpiador de sonda "probe cleancer " para contador hematologico MINDRAY	2.00	.....	.....
31	<b>TIRAS PARA HEMOGLOBINOMETRO. Caja x 50u</b>			
>>	tiras para hemoglobinómetro Mission Plus (REF. C132-3041) - caja x 50 unidades VENCIMIENTO SOLICITADO: MAYOR A 8 MESES	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.



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

## Solicitud de Cotización

**Compra Directa Nro. 00024/2025**

**Pieza Administrativa** N° 12815 Letra E Año 2025 Ámbito 1728

**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 **Fecha:** 20/02/25 **Apertura:** 24/2/2025 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° 1580, en los Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 10/25 y sus modificatorios y complementarias, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capitulo I, punto a).  
• Vencimiento de los insumos indicados en cada renglón, según corresponda.

**Notas de Pedidos Relacionadas:** 2025/529 83 -

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

**TOTAL** :\$ .....

Son Pesos: .....

.....  
Firma y Sello Responsable

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

<b>Forma de Pago</b>	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
<b>Plazo de Entrega:</b>	30 (treinta) días corridos de comunicada Orden de Compra
<b>Mantenimiento de Oferta:</b>	30 (treinta) días de cierre de cotizaciones – prorrogables Dto. Prov. 674/11 Art. 34. Pto. 47
<b>Lugar de Entrega:</b>	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 15:00 Hs. y sábados de 09:00 Hs. a 12:00 Hs
<b>Recepción de Sobres Cerrados hasta:</b>	
<b>Domicilio de presentación de ofertas:</b>	compras.hru@tierradelfuego.gob.ar -/ mvalle@tierradelfuego.gob.ar
<b>Domicilio de apertura de ofertas:</b>	compras.hru@tierradelfuego.gob.ar -/ mvalle@tierradelfuego.gob.ar
<b>Vigencia del Contrato:</b>	
<b>Garantía de Oferta:</b>	No se requiere
<b>Requiere Muestra:</b>	No
<b>Flete a Cargo</b>	del Proveedor