



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00109/2026

Pieza Administrativa N° 41712 Letra E Año 2026 Ámbito 1728

RAF 577 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD HR Fecha: 13/07/26 Apertura: 17/7/2026 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 art18 inc k opc202/20

Nombre o Razón Social del Proponente:

Domicilio:

C.U.I.T:Teléfono:

Correo electrónico:

Descripción: "S/solicitud de contratación de 2 técnicos universitarios en LSA-E para el HRRG" E-MS-41712-2026.
Comentario: VEASE ANEXO I - SERA APLICABLE EL PROCEDIMIENTO DE RE-DETERMINACION DE PRECIOS, EN CUYO SOLICITARSE SEGUN LOS REQUISITOS FIJADOS EN LA RESOLUCION O.P.C. N° 202/20.
ANEXO IV, REGLAMENTARIA DEL ARTICULO N° 36 DE LA LEY PROVINCIAL N° 1015 O LA QUE EN ALGUN

Notas de Pedido Relacionadas: 2026/577 140 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	Honorarios Profesionales. Pesos			
>>	Honorarios profesionales por Disponibilidad para interconsultas.	24.00		
2	HONORARIOS PROFESIONALES. UNIDAD			
>>	Honorarios profesionales correspondientes a la prestación efectiva de servicios, con una carga horaria de sesenta (60) horas mensuales.	24.00		

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

Dra. Fabiana Leiva
Dirección de Recursos
Servicios Asistenciales



Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00109/2026
Pieza Administrativa N° 41712 Letra E Año 2026 Ámbito 1728
RAF 577 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD HR Fecha: 13/07/26 Apertura: 17/7/2026 12:00

Encuadre Legal: Ley 1015 art18 inc k opc202/20
Nombre o Razón Social del Proponente:
Domicilio:
C.U.I.T:Teléfono:
Correo electrónico:

Descripción: "S/solicitud de contratación de 2 técnicos universitarios en LSA-E para el HRRG" E-MS-41712-2026.
Comentario: VEASE ANEXO I - SERA APLICABLE EL PROCEDIMIENTO DE RE-DETERMINACION DE PRECIOS, EN CUYO SOLICITARSE SEGUN LOS REQUISITOS FIJADOS EN LA RESOLUCION O.P.C. N° 202/20.
ANEXO IV, REGLAMENTARIA DEL ARTICULO N° 36 DE LA LEY PROVINCIAL N° 1015 O LA QUE EN ALGUN
Notas de Pedido Relacionadas: 2026/577 140 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales (\$ _ _ _ _ _)				
	Presupuesto Oficial:	\$ 0.00		
	Valor del Pliego:	\$ 0.00		
	Valor del Sellado:	\$ 0.00		
	Repartición de destino:	FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SA		
	Forma de Pago:	Según lo establecido en el Decreto N° 674/11, art. 34, inc. 96.		
	Plazo de Entrega:	Según contrato.		
	Lugar de Entrega:	N/C.		
	Domicilio de presentación de ofertas:	Ameghino N° 709 - 1° piso Contrataciones HRRG o via mail: contratosrrg@tierradelfuego.gob.ar		
	Domicilio de apertura de ofertas:	Ameghino N° 709 - 1° piso Contrataciones HRRG o via mail: contratosrrg@tierradelfuego.gob.ar		
	Vigencia del Contrato:	12 meses con opción a prórroga		
	Garantía de Oferta:	No se requiere, si se requiere garantía de adjudicación.		
	Flete a Cargo:	No aplica		

Dr. Fabiana Colva
Dirección de Recursos y
Servicios Asistenciales

PROYECTO
ANEXO I - CONTRATACIÓN DIRECTA
POR COMPULSA ABREVIADA E.E. N° 41712-2026-MS.

El **HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE**, invita a la presentación de ofertas según Compra Directa N° 109/2026, por la cual se tramita la contratación directa por compulsa abreviada de dos (2) Técnicos Universitarios en Interpretación de Lengua de Señas Argentina – Lengua Española (LSA-E) para la asistencia de personas sordas en todo ámbito del Hospital Regional Rio Grande (HRRG), por el termino de doce (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 Ley N° 1580 sus modificatorias y complementarias, Decretos Provinciales N° 674/11, N° 1742/15, N° 43/20, N° 832/21, N° 188/23 sus modificatorias y complementarias y la Resolución de Contaduría General N° 38/21, N° 43/22 sus modificatorias y complementarias; Resolución O.P.C. N° 202/20, N° 17/21 Anexo I Capítulo I Apartado a), N° 18/21 y N° 58/21.

REQUISITOS Y PERFIL ASOCIADO:

Formación académica:

Técnicos Universitarios en Interpretación de Lengua de Señas Argentina – Lengua Española (LSA-E)

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

1. Copia certificada del Documento Nacional de Identidad.
2. Curriculum Vitae Firmado en todas sus hojas.
3. Copia certificada del Título Universitario.

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. Copia certificada de matrícula profesional provincial.
4. Constancia de Inscripción/Opción en A.F.I.P. vigente.
5. Certificado de Inscripción en el Registro de Proveedores del Estado (PROTDF).
6. 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: _____

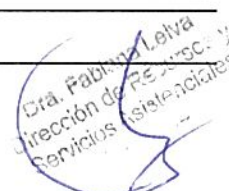
ACLARACIÓN: _____

CUIT: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____


Dra. Fabiana Letiva
Dirección de PE, Subc. y
Servicios Asistenciales