Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

C.P. WOLOWIEN Andrea V.
Directora Administrativa C.
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Licitación Privada Nro. 00006/2026**
**Pieza Administrativa** Nº 92902 Letra E Año 2026 Ámbito 1728
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 **Fecha: 02/11/26** **Apertura: 11/11/2026 10:00**

**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** ..... **Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

**Descripción:** LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO, PERIODO DE CONSUMO CUATRIMESTRAL, SOL FARMACIA DEPENDIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA

**Comentario:** Leyes Provinciales Nº 1015, Artículo 17 Inciso A), N° 1004 y N° 1580, N°1600, en los Decretos Provinciales Nº 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 32/26 y sus modificatorios y complementarias, Resolución M.E. N°1120/24, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo II y OPC N°58/21.
- Se requiere indicar Marca y/o Número de certificado ANMAT.
Ver las descripciones especificas en cada uno de los renglones.
-En caso de que el oferente acompañe junto con el Formulario de Cotización documentación complementaria,anexos, fichas técnicas, u otra documentación relacionada con los bienes cotizados, deberá indicar expresamente en el Formulario de Cotización que dicha documentación forma parte integrante de su oferta.
-El oferente deberá respetar la descripción, presentación y vencimiento mínimo solicitado en cada renglón. En caso de ofrecer una presentación o característica diferente, deberá consignarlo expresamente en el renglón correspondiente.

**Notas de Pedido Relacionadas:** 2026/529 196 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **Octreotida 0.1 mg Inyectable IV. Unidad** | | | |
| >> | Se preferirá la presentación que NO requiera cadena de frio | 100.00 | ..... | ..... |
| 2 | **Surfactante pulmonar 30 mg/ml Inyectable IV Frasco ampolla x 4 ml. Unidad** | | | |
| >> | Surfactante pulmonar 30 mg/ml Inyectable IV Frasco ampolla x 4 ml | 6.00 | ..... | ..... |
| 3 | **Surfactante Pulmonar Bovino 240 mg Inyectable IT. Unidad** | | | |
| >> | Surfactante Pulmonar Bovino 240 mg Inyectable IT | 4.00 | ..... | ..... |
| 4 | **Alprostadil 0.5 mg Inyectable IV. Unidad** | | | |
| >> | Alprostadil 0.5 mg Inyectable IV | 2.00 | ..... | ..... |
| 5 | **Vasopresina 20 UI/ml Inyectable IM/SC. unidad** | | | |
| >> | Vasopresina 20 UI/ml Inyectable IM/SC | 20.00 | ..... | ..... |
| 6 | **Inmunoglobulina Anti-D (RH) 300 mcg Inyectable IM. Unidad** | | | |
| >> | Se preferirá la presentación que NO requiera cadena de frio | 4.00 | ..... | ..... |
| 7 | **Glucagon 1 mg Inyectable IV/IM/SC. Unidad** | | | |
| >> | Glucagon 1 mg Inyectable IV/IM/SC | 2.00 | ..... | ..... |
| 8 | **Sevofluorano 100% Solucion Inhalatoria. Unidad x 250** | | | |
| >> | Sevofluorano 100% Solucion Inhalatoria | 40.00 | ..... | ..... |

C.P. WOLOWIEN Andrea V.
Directora Administrativa C.
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Licitación Privada Nro. 00006/2026**
**Pieza Administrativa** Nº 92902 Letra E Año 2026 Ámbito 1728
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 **Fecha: 02/11/26** **Apertura: 11/11/2026 10:00**

**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

**Descripción:** LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO, PERIODO DE CONSUMO CUATRIMESTRAL, SOL FARMACIA DEPENDIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA

**Comentario:** Leyes Provinciales Nº 1015, Artículo 17 Inciso A), N° 1004 y N° 1580, N°1600, en los Decretos Provinciales Nº 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 32/26 y sus modificatorios y complementarias, Resolución M.E. N°1120/24, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo II y OPC N°58/21.
- Se requiere indicar Marca y/o Número de certificado ANMAT.
Ver las descripciones especificas en cada uno de los renglones.
-En caso de que el oferente acompañe junto con el Formulario de Cotización documentación complementaria,anexos, fichas técnicas, u otra documentación relacionada con los bienes cotizados, deberá indicar expresamente en el Formulario de Cotización que dicha documentación forma parte integrante de su oferta.
-El oferente deberá respetar la descripción, presentación y vencimiento mínimo solicitado en cada renglón. En caso de ofrecer una presentación o característica diferente, deberá consignarlo expresamente en el renglón correspondiente.

**Notas de Pedido Relacionadas:** 2026/529 196 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 9 | **Nevirapina 1 g/100 ml Suspensión Oral x240 ml. Unidad** | | | |
| >> | Nevirapina 1 g /100 mL Suspension Oral x 240 mL | 2.00 | ..... | ..... |
| 10 | **Nutricion Parenteral en Tres Camaras (Aminoacidos, Glucosa,Lipidos y Electrolitos)IV. Unidad x 2053** | | | |
| >> | Tipo Kabiven Central o Smofkabiven Central con electrolitos | 35.00 | ..... | ..... |
| 11 | **Factores II, IX y X 600 UI + Factor VII 500 UI Inyectable IV. Unidad** | | | |
| >> | Tipo Octaplex o Beriplex | 5.00 | ..... | ..... |
| 12 | **Activador Tisular del Plasminógeno Humano Recombinate (rtPA)Inyectable IV. Caja x 2 Fr d** | | | |
| >> | tipo Actilyse 50 mg x 2 viales | 5.00 | ..... | ..... |
| 13 | **Tenecteplasa 50 mg – frasco ampolla. Unidad** | | | |
| >> | 10000 UI | 2.00 | ..... | ..... |
| 14 | **Tenecteplasa 25 mg – frasco ampolla. Unidad** | | | |
| >> | 5000 UI | 2.00 | ..... | ..... |

**Memo** (Nro: 1) - FORMULARIO DE COTIZACIÓN LICITACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA
LA OFERTA DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL, EN SOBRE CERRADO. SU PRESENTACIÓN Y EL HECHO DE

Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

C.P. WOLOWIEN Andrea V.
Directora Administrativa
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Licitación Privada Nro. 00006/2026**
**Pieza Administrativa** Nº 92902 Letra E Año 2026 Ámbito 1728
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 **Fecha: 02/11/26** **Apertura: 11/11/2026 10:00**

**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** ..... **Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

**Descripción:** LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO, PERIODO DE CONSUMO CUATRIMESTRAL, SOL FARMACIA DEPENDIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA

**Comentario:** Leyes Provinciales Nº 1015, Artículo 17 Inciso A), N° 1004 y N° 1580, N°1600, en los Decretos Provinciales Nº 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 32/26 y sus modificatorios y complementarias, Resolución M.E. N°1120/24, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo II y OPC N°58/21.
- Se requiere indicar Marca y/o Número de certificado ANMAT.
Ver las descripciones especificas en cada uno de los renglones.
-En caso de que el oferente acompañe junto con el Formulario de Cotización documentación complementaria,anexos, fichas técnicas, u otra documentación relacionada con los bienes cotizados, deberá indicar expresamente en el Formulario de Cotización que dicha documentación forma parte integrante de su oferta.
-El oferente deberá respetar la descripción, presentación y vencimiento mínimo solicitado en cada renglón. En caso de ofrecer una presentación o característica diferente, deberá consignarlo expresamente en el renglón correspondiente.

**Notas de Pedido Relacionadas:** 2026/529 196 -

| Reng. | Descripción | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|---|---|---|---|---|
| | COTIZAR Y FIRMAR EL PRESENTE FORMULARIO, IMPLICA EL PLENO CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE TODAS Y CADA UNA DE LAS CLÁUSULAS DEL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES, COMO ASÍ TAMBIÉN DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA ADJUDICACIÓN.<br>TODAS LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA OFERTA DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL OFERENTE O POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO. ASIMISMO, LA OFERTA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA POR LA GARANTÍA DE OFERTA, EQUIVALENTE AL UNO (1%) DEL TOTAL DE LO COTIZADO. 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 Nº 19.640. | | | |

**TOTAL** $.....

Son Pesos:.....

.....
Firma y Sello Responsable

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 INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU |
| **Forma de Pago:** | CONFORME AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICUALES |

Gobierno de
Tierra del Fuego,
Antártida e Islas
del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

C.P. WOLOWIEN Andrea V.
Directora Administrativa C.
Hospital Regional Ushuaia

Cm0058

# Solicitud de Cotización

**Licitación Privada Nro. 00006/2026**
**Pieza Administrativa** Nº 92902 Letra E Año 2026 Ámbito 1728
**RAF** 529 FE FDO. DE FINANC. DE INSTITUC. PÚBL. DE SALUD HRU LEY 100 **Fecha: 02/11/26** **Apertura: 11/11/2026 10:00**

**Nombre o Razón Social del Proponente:** .....
**Domicilio:** .....
**C.U.I.T:** .....**Teléfono:** .....
**Correo electrónico:** .....

**Descripción:** LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO, PERIODO DE CONSUMO CUATRIMESTRAL, SOL FARMACIA DEPENDIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA

**Comentario:** Leyes Provinciales Nº 1015, Artículo 17 Inciso A), N° 1004 y N° 1580, N°1600, en los Decretos Provinciales Nº 674/11, N° 1742/15, N° 188/23 y N° 32/26 y sus modificatorios y complementarias, Resolución M.E. N°1120/24, Resoluciones OPC N° 17/21 Anexo I, Capítulo II y OPC N°58/21.
- Se requiere indicar Marca y/o Número de certificado ANMAT.
Ver las descripciones especificas en cada uno de los renglones.
-En caso de que el oferente acompañe junto con el Formulario de Cotización documentación complementaria,anexos, fichas técnicas, u otra documentación relacionada con los bienes cotizados, deberá indicar expresamente en el Formulario de Cotización que dicha documentación forma parte integrante de su oferta.
-El oferente deberá respetar la descripción, presentación y vencimiento mínimo solicitado en cada renglón. En caso de ofrecer una presentación o característica diferente, deberá consignarlo expresamente en el renglón correspondiente.

**Notas de Pedido Relacionadas:** 2026/529 196 -

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

| | |
|---|---|
| **Plazo de Entrega:** | CONFORME AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES |
| **Mantenimiento de Oferta:** | 30 (treinta) días de cierre de cotizaciones – prorrogables Dto. Prov. 674/11 Art. 34. Pto. 47 |
| **Lugar de Entrega:** | Depósito de Servicio de Farmacia - Hospital Regional Ushuaia, sito en la calle 12 de Octubre N° 65 (9410) Ushuaia, de Lunes a Viernes de 09:00 Hs. a 14:00 Hs. |
| **Recepción de Sobres Cerrados hasta:** | CONFORME AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES |
| **Domicilio de presentación de ofertas:** | CONFORME AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES |
| **Domicilio de apertura de ofertas:** | CONFORME AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES |
| **Garantía de Oferta:** | si se requiere |
| **Flete a Cargo:** | del proveedor |