



Gobierno de Tierra del Fuego  
Antartida e Islas  
del Atlantico Sur

## Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00712/2019

Llamado Nro 01

Expediente: 157134-gd-19

Nota Pedido: 1595

Responsable: 00000

Nombre o Razon Social del Proponente:.....

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Telefono: .....

Comentario: Adq.medicamentos desiertos y fracasados trámite anterior, requeridos por el Serv.Farmacia del Hospita Regional Ushuaia.

Req	Descripcion Insumo	Cantidad	Precio	Importe
0001	Ibuprofeno 400 mg Inyectable IV Unidad	300.00		
0002	Acido Ascórbico 1 g Inyectable IV/IM Unidad	100.00		
0003	Metilergometrina 0.2 mg Inyectable IM/IV Unidad	100.00		
0004	Naloxona 0.4 mg Inyectable IV/IM/SC Unidad	100.00		
0005	Penicilina G Sodica 3.000.000 UI Inyectable IV/IM Unidad	200.00		
0006	Penicilina G Sodica 1.000.000 UI Inyectable IV/IM Unidad	200.00		
0007	Solucion Glucosada 50% Inyectable IV Unidad x 10 ml	100.00		
0008	Tiamina 100 mg Inyectable IV/IM Unidad	100.00		
0009	Bupivacaina Clorhidrato 0.5% + Epinefrina 0.0005% Inyectable Unidad x 20 ml	100.00		
0010	Ropivacaina 2% Inyectable Unidad x 20 ml	150.00		
0011	Ropivacaina 2% Inyectable Unidad x 20 ml Se debera cotizar Ropivacaina 10% Inyectable Unidad x 20 mL	50.00		
0012	Nitrofurazona al 2,2% Frasco x 500 ml	50.00		
0013	Lidocaina clorhidrato 2% + Epinefrina 1:50.000 Inyectable	100.00		

Los precios deberan expresarse en pesos con hasta dos decimales (\$ \_ \_ . \_ \_ )

Recepcion de Ofertas hasta: 30/09/2019 - 15:00

Lugar de Presentacion: DIV.COMPRAS Y CONTR.HRU-RIO GRANDE N°09 PISO 1-USHUAIA-

Validez de la Oferta : 30(TREINTA)DIAS CIERRE DE COTIZACIONES-PRORROGABLES DCTO.  
674/11 ART.34 PTO.47.-

Condicion de Pago : 30(TREINTA)DIAS DE RECEPCIÓN Y CONFORME FACTURAS-DCTO.PROV.  
674/11 ART.34 PTO.96.-

Plazo de Entrega : DENTRO DE LOS 20(VEINTE)DIAS CORRIDOS DE NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.-

Lugar de Entrega : Servicio Farmacia del Hospita Regional Ushuaia

Domicilio de Entrega: Av. 12 de Octubre N°65-9410-T.del Fuego-Ushuaia



Gobierno de Tierra del Fuego  
Antartida e Islas  
del Atlantico Sur

## Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00712/2019

Llamado Nro 01

Expediente: 157134-gd-19

Nota Pedido: 1595

Responsable: 00000

Nombre o Razon Social del Proponente:.....

Domicilio: .....

C.U.I.T: .....Telefono: .....

Comentario: Adq.medicamentos desiertos y fracasados trámite anterior, requeridos por el Serv.Farma  
cia del Hospita Regional Ushuaia.

Req	Descripcion Insumo	Cantidad	Precio	Importe
	Cartucho x 1.8 ml			
0014	Fibrinogeno+Factor de Coag. XIII+Aprotinina+Trombina+CaCl Inyectable Frasco x 1 ml Tipo Tissucol o Beriplast	1.00		
0015	Tira Reactiva para Orina Caja x 100 test	1.00		
0016	Acido acetico Frasco x 1lt Acido Acetico al 5% x 1 L	1.00		
0017	Acido Tricloroacetico Frasco x 250 gr se debera cotizar Acido Tricloroacetico 75% x 100 mL	4.00		
0018	Digoxina 7.5 mg/ml Solucion Oral - Gotas Frasco x 10 ml	2.00		
0019	Furosemida 20 mg/ml Solucion Oral - Gotas Frasco x 15 ml	5.00		
0020	Gentamicina Sulfato 20 mg Inyectable IV/IM Unidad	100.00		
0021	Nifedipina 10 mg Comprimidos Orales Unidad	60.00		
0022	Sildenafil 50 mg Comprimidos Orales Unidad	20.00		
0023	Tetracosactido 0.25 mg/ml Inyectable IV/IM Unidad x 1 ml Tipo Synacthen	1.00		
0024	Dipirona 1 g Inyectable IM/IV	3,000.00		

Los precios deberan expresarse en pesos con hasta dos decimales (\$ \_ \_ . \_ \_ )

Recepcion de Ofertas hasta: 30/09/2019 - 15:00

Lugar de Presentacion: DIV.COMPRAS Y CONTR.HRU-RIO GRANDE N°09 PISO 1-USHUAIA-

Validez de la Oferta : 30(TREINTA)DIAS CIERRE DE COTIZACIONES-PRORROGABLES DCTO.

674/11 ART.34 PTO.47.-

Condicion de Pago : 30(TREINTA)DIAS DE RECEPCIÓN Y CONFORME FACTURAS-DCTO.PROV.

674/11 ART.34 PTO.96.-

Plazo de Entrega : DENTRO DE LOS 20(VEINTE)DIAS CORRIDOS DE NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.-

Lugar de Entrega : Servicio Farmacia del Hospita Regional Ushuaia

Domicilio de Entrega: Av. 12 de Octubre N°65-9410-T.del Fuego-Ushuaia



Gobierno de Tierra del Fuego  
Antartida e Islas  
del Atlantico Sur

## Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00712/2019

Llamado Nro 01

Expediente: 157134-gd-19

Nota Pedido: 1595

Responsable: 00000

Nombre o Razon Social del Proponente: .....

Domicilio: .....

C.U.I.T: ..... Telefono: .....

Comentario: Adq.medicamentos desiertos y fracasados trámite anterior, requeridos por el Serv.Farmacia del Hospita Regional Ushuaia.

Req	Descripcion Insumo	Cantidad	Precio	Importe
	Unidad			
	Abstenerse de cotizar marca Larjan			
0025	Nitrofurantoina 100 mg Capsulas Orales	36.00		
	Unidad			

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

.....  
Firma y Sello Responsable

Son Pesos: .....  
.....

Los precios deberan expresarse en pesos con hasta dos decimales (\$ \_ \_ . \_ \_ )

Recepcion de Ofertas hasta: 30/09/2019 - 15:00

Lugar de Presentacion: DIV.COMPRAS Y CONTR.HRU-RIO GRANDE N°09 PISO 1-USHUAIA-

Validez de la Oferta : 30(TREINTA)DIAS CIERRE DE COTIZACIONES-PRORROGABLES DCTO.  
674/11 ART.34 PTO.47.-

Condicion de Pago : 30(TREINTA)DIAS DE RECEPCIÓN Y CONFORME FACTURAS-DCTO.PROV.  
674/11 ART.34 PTO.96.-

Plazo de Entrega : DENTRO DE LOS 20(VEINTE)DIAS CORRIDOS DE NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.-

Lugar de Entrega : Servicio Farmacia del Hospita Regional Ushuaia

Domicilio de Entrega: Av. 12 de Octubre N°65-9410-T.del Fuego-Ushuaia



## FORMULARIO DE COTIZACION ANEXO I

Provincia de Tierra del Fuego Antártida  
e Islas del Atlántico Sur  
República Argentina

====

**HOSPITAL REGIONAL USHUAIA**  
“Gobernador Ernesto M. Campos”

Ushuaia, 24 de SEPTIEMBRE de 2019

EXPEDIENTE N° 157134-GD-2019

COMPRA DIRECTA N° 712/2019

- La presente cotización deberá INDICAR MARCA, NOMBRE COMERCIAL, PRESENTACIÓN y/o todo dato adicional que permita clarificar el producto a ofrecer.
- Se deberá cotizar en PESOS, con hasta DOS DECIMALES, y sin considerar el I.V.A. según Ley Nacional N° 19640.
- Los gastos de Fletes y Acarreos son a cargo del proveedor.

- **VENCIMIENTO DE INSUMOS:**

**PARA LOS RENGLONES N° 01 A 25:** Los insumos deben contar con una validez mínima de 1(UN) año, contados desde su efectiva recepción en el Servicio de Farmacia del H.R.U. caso contrario podrán ser rechazados.

- En caso de realizarse entregas parciales, no deberá excederse el plazo de entrega establecido y acompañarse de remitos, emitiendo factura al totalizar la obligación.
- Podrán adelantarse las cotizaciones por medios electrónicos hasta el horario de cierre indicado, no obstante debe presentarse el formulario de cotización firmado en todas sus hojas con firma y sello del proponente en las oficinas de la División Compras y Contrataciones del Hospital Regional Ushuaia.  
RIO GRANDE N° 9 1° PISO - USHUAIA - C.P. 9410 – TIERRA DEL FUEGO  
Tel 02901-421435 E mail.- [comprashru@tierradelfuego.gov.ar](mailto:comprashru@tierradelfuego.gov.ar)

.....  
Firma y Sello Responsable



**Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur**  
"2019 - AÑO DEL CENTENARIO DEL NACIMIENTO DE EVA DUARTE DE PERÓN"

**Pliego**  
**Hoja Adicional de Firmas**

**Número:**

**Referencia:** PLIEGO CD N° 712

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.

*"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"*