



Gobierno de Tierra del Fuego  
Antartida e Islas  
del Atlantico Sur

## Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00714/2019

Llamado Nro 01

Expediente: 144971-GD-19

Nota Pedido: 1523,1528

Responsable: 00000

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

Domicilio: .....

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

Comentario: ADQ. TRI.PANELES TARJ.SERV.HEMOTERAPIA

Req	Descripcion Insumo	Cantidad	Precio	Importe
0001	Panel DiaCell A1 (convencional) Frasco x 10 ml codigo de producto:109410	3.00		
0002	Panel DiaCell A2 (convencional) Frasco x 10 ml codigo de producto: 109411	3.00		
0003	Panel Globular Identificador Caja x 16 Fco x 3 ml codigo de producto:109890	3.00		
0004	Panel DiaCell I+II+III (convencional) Cajax 3 fco x 10 ml codigo de producto: 109793	3.00		
0005	Control Coombs IgG Frasco x 10 ml codigo de producto: 109510	6.00		
0006	Panel globular ABO A1B Caja x 2 fco x 10 ml tecnica en gel - codigo de producto: 3624	6.00		
0007	Panel globular detector I-II-III Caja x 3 fco x 10 ml tecnica en gel - codigo de producto: 4310	9.00		
0008	Panel globular identificador Caja x 11 fco x 4 ml tecnica en gel - codigo de producto:4114	3.00		
0009	Panel identificador papainizado Caja x 11 Fco x 4 ml	3.00		

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

Recepcion de Ofertas hasta: 03/10/2019 - 15:00

Lugar de Presentacion: DIV.COMPRAS Y CONT. HRU - RIO GRANDE N°9 PISO 1 USH.TDF

Validez de la Oferta : 30 (TREINTA) DIAS CIERRE COTIZACION - PRORROGABLE  
DTO.PROV. 674/11 ART.34 PUNTO 47

Condicion de Pago : 30 (TREINTA) DIAS RECEPCION Y CONFORME DE FACTURA-DTO.PROV 674/11 ART.34 PUNTO 96

Plazo de Entrega : DE ACUERDO A LO INDICADO EN ANEXO 1

Lugar de Entrega : SERVICIO DE HEMOTERAPIA HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Domicilio de Entrega: 12 DE OCTUBRE N°65 USHUAIA TIERRA DEL FUEGO



Gobierno de Tierra del Fuego  
Antartida e Islas  
del Atlantico Sur

## Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00714/2019

Llamado Nro 01

Expediente: 144971-GD-19

Nota Pedido: 1523,1528

Responsable: 00000

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

Domicilio: .....

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

Comentario: ADQ. TRI.PANELES TARJ.SERV.HEMOTERAPIA

Req	Descripcion Insumo	Cantidad	Precio	Importe
	<i> tecnica en gel - codigo de producto: 4214</i>			
0010	Tarjeta ABO/D + Grupo Inverso Caja x 48 unidades CAJA x 48 UNIDADES-CODIGO PRODUCTO:1234	12.00		
0011	Tarjeta Subgrupo Rh+K Caja x 48 unidades CAJA x 48 UNIDADES - CODIGO PRODUCTO:2124	4.00		
0012	Tarjeta ABO Rh p/recien nacidos Caja x 48 u CAJA x 48 UNIDADES-CODIGO PRODUCTO:1047	9.00		
0013	Solucion diluyente - Liss modificada Frasco x 500 ml COTIZAR: ID-DILUENT 1 DIAMED Nº PRODUCTO: 9180	1.00		
0014	Tarjeta ABO Donante Caja x 48 u CODIGO PRODUCTO: 1037	5.00		
0015	Tarjeta Liss/Coombs Caja x 48 u	12.00		
0016	Punta para pipeteo Caja x 1000 u	5.00		

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

Recepcion de Ofertas hasta: 03/10/2019 - 15:00

Lugar de Presentacion: DIV.COMPRAS Y CONT. HRU - RIO GRANDE N°9 PISO 1 USH.TDF

Validez de la Oferta : 30 (TREINTA) DIAS CIERRE COTIZACION - PRORROGABLE  
D.TO.PROV. 674/11 ART.34 PUNTO 47

Condicion de Pago : 30 (TREINTA) DIAS RECEPCION Y CONFORME DE FACTURA-D.TO.PROV 674/11 ART.34 PUNTO 96

Plazo de Entrega : DE ACUERDO A LO INDICADO EN ANEXO 1

Lugar de Entrega : SERVICIO DE HEMOTERAPIA HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Domicilio de Entrega: 12 DE OCTUBRE N°65 USHUAIA TIERRA DEL FUEGO



Gobierno de Tierra del Fuego  
Antártida e Islas  
del Atlántico Sur

## Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00714/2019

Llamado Nro 01

Expediente: 144971-GD-19

Nota Pedido: 1523,1528

Responsable: 00000

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

Domicilio: .....

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

Comentario: ADQ. TRI.PANELES TARJ.SERV.HEMOTERAPIA

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

.....  
Firma y Sello Responsable

Son Pesos: .....

.....

---

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

---

Recepcion de Ofertas hasta: 03/10/2019 - 15:00

Lugar de Presentacion: DIV.COMPRAS Y CONT. HRU - RIO GRANDE N°9 PISO 1 USH.TDF

Validez de la Oferta : 30 (TREINTA) DIAS CIERRE COTIZACION - PRORROGABLE  
DTO.PROV. 674/11 ART.34 PUNTO 47

Condicion de Pago : 30 (TREINTA) DIAS RECEPCION Y CONFORME DE FACTURA-DTO.PROV 674/11 ART.34 PUNTO 96

Plazo de Entrega : DE ACUERDO A LO INDICADO EN ANEXO 1

Lugar de Entrega : SERVICIO DE HEMOTERAPIA HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Domicilio de Entrega: 12 DE OCTUBRE N°65 USHUAIA TIERRA DEL FUEGO



## 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 25 de septiembre de 2019

EXPEDIENTE N° 144971 – MS/2019

COMPRA DIRECTA N° 714 / 2019

- La presente contratación deberá INDICAR MARCA , FOTO y/o CATALOGO INDICANDO ESPECIFICACION (todo dato que permita clarificar el producto a ofrecer)
- Los gastos de Fletes y Acarreos son a cargo del proveedor
- PLAZO Y CRONOGRAMA DE ENTREGAS:

### REGLONES 01 A 09

Deberán ser: 3 (TRES) Entregas Mensuales, Iguales y Consecutivas.-

1ra. Entrega: Dentro de los 30 (TREINTA) días corridos de recepcionada la Orden de Compra.

2da. Entrega: Dentro de los 30 (TREINTA) días corridos de Efectuada la 1ra. Entrega.

3er. Entrega: Dentro de los 30 (TREINTA) días corridos de Efectuada la 2da. Entrega.

**NOTA:** La totalidad de los Reglones 08 a 16 de la Orden de Compra deberá encontrarse cumplida, al transcurrir 90 (NOVENTA) días corridos, a contar desde la fecha de recepción de Orden de Compra, salvo solicitud en contrario por parte del Servicio de Hemoterapia HRU debidamente acreditada.

### REGLONES 10 A 16

- Los insumos cotizados deberán contar con Vencimiento mayor a 08 (ocho) meses al momento de su recepción en el Hospital Regional Ushuaia, caso contrario podrán ser rechazados.
- ENTREGA: Dentro de los 20 (VEINTE) días corridos de notificada la Orden de Compra.

- 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° 09 PISO 1° - USHUAIA - TIERRA DEL FUEGO  
C.P. 9410.-

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:** Form. cotiz. CD 714-19 Expte.144971-GD-19

---

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"*