

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY**  
**DIVISIÓN SERVICIOS GENERALES**  
**DEPARTAMENTO DE COMPRAS**

COMPRA DIRECTA N° 46/19 RECEPCION DE COTIZACIONES HASTA EL DIA 21/01/19  
HORA: 10:00Hs.

A EFECTOS DE REALIZAR UN RELEVAMIENTO DE PRECIOS TESTIGO DE MERCADO  
SE LE INVITA A COTIZAR POR:

| ITEM | HASTA |   |
|------|-------|---|
| 1    | 1     | <p>ADQUISICIÓN DE SILLA DE RUEDAS A MEDIDA SUGUN RECETA ADJUNTA.</p> <p>POR CONSULTAS O ACLARACIONES COMUNICARSE A TRAVES DEL CORREO ELECTRONICO: <a href="mailto:compras@inau.gub.uy">compras@inau.gub.uy</a></p> <p><u>PRESENTAR FOTOGRAFIAS, FOLLETOS ILUSTRATIVOS Y/O CATALOGO DE LOS ARTICULOS COTIZADOS.</u></p> <p>COTIZAR UNICAMENTE EN LINEA A TRAVES DE:<br/><a href="http://www.comprasestatales.gub.uy">www.comprasestatales.gub.uy</a></p> <p>TODAS LAS ESPECIFICACIONES DEBERAN ESTAR CARGADAS EN LINEA, NO ACEPTANDOSE INFORMACION POR MAIL Y/O FAX.</p> <p>1) DETALLAR GARANTÍA</p> <p>2) ESTABLECER PLAZO DE ENTREGA</p> <p>3) COTIZAR LAS 2 MODALIDADES DE PAGO SIIF: CREDITO A 60 DIAS<br/>CREDITO A 90 DIAS</p> <p>4) EL OFERENTE DEBERA COPIAR LA LINEA DE OFERTA COTIZADA, E INGRESAR ALLI EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A LA FORMA DE PAGO QUE COTIZA, INDICANDO EN EL CAMPO VARIACIÓN DE QUE FORMA DE PAGO SE TRATA(60- O 90 DIAS) IDEM PARA LAS VARIANTES.</p> <p>5) EN CASO DE NO ESTABLECER LA FORMA DE PAGO, SE TOMARA CREDITO A 90 DÍAS</p> <p>6) INDICAR EL LA MISMA N° DE COMPRA DIRECTA Y RUT DE LA EMPRESA</p> <p>7) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, SE APLICARA EL ARTICULO 64 DEL TOCAF.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> Todos los oferente deberán obligatoriamente constituir domicilio electrónico en su oferta, siendo este el único medio por el cual INAU, realizara todas las comunicaciones, notificaciones, etc. relacionadas a su vínculo con INAU.<br/>En caso de que no se constituya el domicilio electrónico en la oferta, se tomará como domicilio electrónico constituido, el que se encuentra registrado en RUPE.</p> |

POR DPTO. DE COMPRAS:

*Cra. Laura Ancheta*  
Directora de Compras (Enc.)

INAU

Avda. DANIEL FERNANDEZ CRESPO 1796 PISO 1

TELEFAX: 2408 8756 - 2408 3442

[compras@inau.gub.uy](mailto:compras@inau.gub.uy)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS



**Receta Médica**

| Día | Mes | Año  |
|-----|-----|------|
| 10  | 12  | 2018 |

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

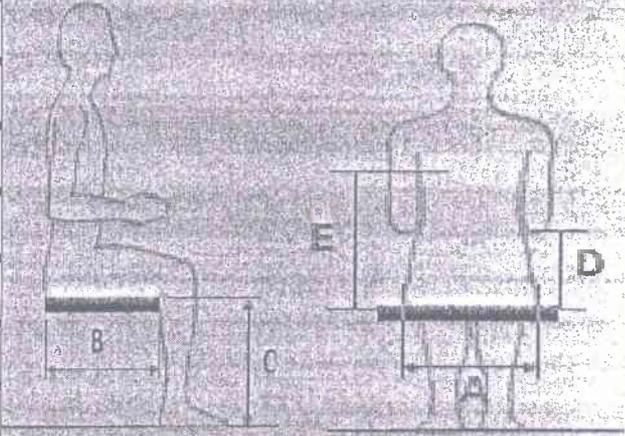
C.I.: 5.342.639-6

Se solicita la compra  
de 1 silla de rueda  
"ULTRALIBIANA" a  
MEDIDA

Médico FISIOTERAPEUTA  
1.19855718

### Consideraciones específicas para SILLA DE RUEDAS

#### Datos antropométricos (en centímetros)

|   |          |  |              |
|---|----------|--|--------------|
| Ancho de caderas: (A)                     | 35       |  |              |
| Largo de muslo: (B)                       | 45       |  |              |
| Largo de pierna: (C)                      | 37       |  |              |
| Altura posabrazos: (D)                    | 12       |  |              |
| Altura de respaldo* (E)                   | 25       |  |              |
| Peso (kg)                                 |          |  |              |
| Talla (cm)                                |          |  |              |
| Movimientos involuntarios                 | NO       | Actitud/Posición viciosa   | NO           |
| MMII                                      |          | MMSS   | Especifique: |
| Logra posición 90/90/90                   | Si       |  |              |
| Presenta equilibrio de tronco             | Si       | Sostén cefálico  | Si           |
| Control esfinteriano                      | Si       |  |              |
| Úlceras por presión                       | NO       | Pasado   | Actual       |
| Zona/s afectada/s                         | _____    |  |              |
| Disminución de sensibilidad               | _____    | Zonas  | _____        |
| Horas por día que utiliza silla de ruedas | _____    |  |              |
| Tipo de impulsión                         | Autónoma | <input checked="" type="checkbox"/>  | Con ayudante |

\* NOTA: la altura del respaldo debe medirse como la distancia entre el asiento y el ángulo inferior de la escápula.

Centro Técnico Cachón, Juan José Quezada 3666, Tel.: (598) 22000066 / 22044328 - [centrocachon@midas.gub.uy](mailto:centrocachon@midas.gub.uy)  
 Laboratorio de Ortopedia Técnica - Las Heras ecuefina Avda. Italia - Tel.: (598) 2400 7258 - [ortopediatecnica@midas.gub.uy](mailto:ortopediatecnica@midas.gub.uy)  
 Unidad de género y generaciones - Av. 18 de Julio 1453, Ptae 3, oficina 124 - Tel.: (598) 2400 0302\* Int. 1169 - [unab@midas.gub.uy](mailto:unab@midas.gub.uy)  
 Unidad de Empleo - Av. 18 de Julio 1453, Piso 1, oficina 124 - Tel.: (598) 2400 0302\* Int. 1169 - [algorzales@midas.gub.uy](mailto:algorzales@midas.gub.uy)