



**CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN**  
**Emergencia Sanitaria Covid-19**

Paraná, 22 de Abril de 2.021

**EXPEDIENTE N° 2.503.554.-**

SR. GERENTE DE LA FIRMA

.....

Me dirijo a Ud. a los efectos de solicitarle **PRESUPUESTO DEBIDAMENTE FIRMADO** en todas sus fojas y escaneado del documento original, por correo electrónico en formato PDF o JPG, del requerimiento abajo detallado; operando el cierre de recepción de los mismos el día **30 de Abril de 2.021** a las **09:00 Hs.**; o el día hábil siguiente a la misma hora si resultara feriado o se decretase asueto. Lo solicitado deberá ser enviado a la **Dirección de Contrataciones** - Sub Secretaria de Administración - Ministerio de Salud de Entre Ríos al siguiente correo electrónico: **dir.contratacionesms@gmail.com.-**

Rg.	Cant.	Artículos y Especificaciones	Marca	Precio Unitario	Precio Total
01	400.000	Metformina 850 mg comprimidos – medicamento. <i>Según características y requerimientos detallados en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.</i>		\$	\$
<b>TOTAL</b>					<b>\$</b>

*El Precio Unitario cotizado en cada renglón deberá presentarse con dos (2) dígitos decimales como máximo, en caso de cotizar con más dígitos, se tomarán en cuenta solamente los primeros dos, no realizándose redondeo alguno.-*

**Aclaraciones:**

- Se deberá especificar en la propuesta **Marca, Laboratorio, Presentación y Número de Certificado emitido por ANMAT** del renglón cotizado.-
- **Vencimiento:** entregar los productos con Vencimiento **no inferior al año** desde la fecha de la entrega.
- Se deberá especificar el precio unitario y total, fijo y cierto –en moneda argentina– en números con referencia a la unidad solicitada, incluidos impuestos y tasas. **Serán a cargo del adjudicatario todos los gastos que se originen por flete, acarreo, entrega y verificación de la mercadería en el lugar establecido.-**

**MONTO TOTAL COTIZADO:** PESOS.....

**DESTINO:** COES – Atención de pacientes asistidos por el Programa Provincial de Diabetes.-

**MANTENIMIENTO DE OFERTA:** VEINTE (20) días hábiles.-

**PLAZO DE ENTREGA:** Deberá especificarse en la oferta. En caso de no indicarse el mismo se tomará como **INMEDIATO** entendiéndose por tal **DIEZ (10) DÍAS** de recibida la correspondiente Orden de Compra. A igualdad de precios y condiciones la adjudicación recaerá sobre quien ofrezca menor plazo de entrega.-

**LUGAR DE ENTREGA:** Programa Provincial de Diabetes, sito en Calle Belgrano N° 29 de la ciudad de Paraná – Entre Ríos, en días hábiles administrativos de **07:30 a 12:30 horas**. Tel. 0343 –4230649, en presencia de personal del Departamento Integral de Medicamento y personal del Programa Provincial de Diabetes del Ministerio de Salud.-

**FORMA Y PLAZO DE PAGO:** El pago se realizará en Pesos Moneda Nacional, dentro de los **DIEZ (10) DIAS HÁBILES**, a partir de la Aprobación de Mercaderías (mediante Acta), previa presentación en la DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES de: **Remito, guía o documento equivalente** conformado por triplicado, **Factura** extendido a nombre del **Ministerio De Salud de la Provincia de Entre Ríos** – CUIT 30-68112523-6, acompañado por **Orden de Compra Original con el correspondiente Sello de Ley.-**

**IMPORTANTE:** La presente contratación se regirá por las cláusulas del presente Pliego de Condiciones Particulares y subsidiariamente por las Normas del **Decreto N° 795/96 M.E.O.S.P. y sus modificatorias**, reglamentarias del Sistema de Contrataciones del Estado –**Decreto N° 404/95**– Texto único y Ordenado de la **Ley N° 5.140** y sus modificatorias, incluida la **Ley N° 8.964.-**

**MINISTERIO DE SALUD DE ENTRE RÍOS**  
**DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES**  
25 de Mayo N° 181 – 2do Piso (3.100) Paraná – E. Ríos  
Tel.: (0343) 4209620  
E-mail: **dir.contratacionesms@gmail.com**

\_\_\_\_\_  
*Firma y Sello del Oferente*  
*ó Representante Legal*  
C.U.I.T N°: \_\_\_\_\_