



CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN
Emergencia Sanitaria Covid-19

Paraná, 04 de Junio de 2021
EXPEDIENTE N° 2.519.145

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 **08 de Junio de 2021 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 Secretaría de Administración - Ministerio de Salud de Entre Ríos al siguiente correo electrónico: dir.contratacionesms@gmail.com.

Rg.	Artículos y Especificaciones	Presentación	Marca/ Laboratorio	Precio Unitario	Precio Total
01	Siete Mil (7.000) ATRACURIO BESILATO (10 mg/ml) 50 mg/5 ml Ampollas Ó <u>Alternativa 01:</u> Dieciocho Mil (18.000) PANCURONIO BROMURO (1mg/ml) 2 mg/ml Ampollas Ó <u>Alternativa 02:</u> Dieciocho Mil (18.000) PANCURONIO BROMURO (2mg/ml) 4 mg/ml Ampollas Ó <u>Alternativa 03:</u> Cinco Mil Quinientos (5.500) VECURONIO BROMURO (1mg/ml) 10 mg/ 10 ml FA Ó <u>Alternativa 04:</u> Cinco Mil (5.000) ROCURONIO BROMURO (10mg/ml) 50 mg/ 5 ml Ampollas. Medicamentos			\$	\$
TOTAL				\$	\$

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:

- Los renglones descriptos, deben estar sujeto a las características y requerimientos detallados en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.
- 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 – Unidades de Cuidados Intensivos de diferentes efectores de la provincia, para la atención de pacientes infectados con Covid-19.-

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 CINCO (05) DIAS HABILES 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: Servicio de Farmacia del Hospital “San Martín”, sito en Calle Presidente Perón N° 450, de la ciudad de Paraná – Entre Ríos, (Teléfono: 0343- 4233707) en días hábiles administrativos de 07:30 a 12:30 horas.-

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 Sellado 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 RIOS
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°: _____