



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

Paraná, 27 de Julio de 2021

**EXPEDIENTE N° 2.536.287**

**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 **29 de Julio de 2.021 a las 11:00 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](mailto:dir.contratacionesms@gmail.com).-

Rg.	Artículos y Especificaciones	Presentación	Marca/ Laboratorio	Precio Unitario	Precio Total
01	<b>VEINTE MIL (20.000) FENTANILO CITRATO 50 ug/ml (250 ug/5ml) ampollas x 5 ml.</b> <b>Alternativa: DIEZ MIL (10.000) REMIFENTANILO 5 mg. en frasco ampollas. - Medicamento.-</b>			\$	\$
<b>TOTAL</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:**

- 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.

**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:** DIEZ (10) 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) DÍAS HÁBILES 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 RECEPCION DE LA MERCADERIA:** 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 CINCO (05) 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 registrará 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](mailto:dir.contratacionesms@gmail.com)

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