



CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN
Emergencia Sanitaria Covid-19

Paraná, 30 de Agosto de 2021

EXPEDIENTE N° 2.545.078

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, de los medicamentos detallados a continuación; operando el cierre de recepción de los mismos el día **02 de Septiembre 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.	Cantidad Unidades	Artículos y Especificaciones	Presentación	Marca/Laboratorio	Precio Unitario	Precio Total
01	56.000	ASPIRINA 100 mg, comprimidos – Medicamento.			\$	\$
02	25.000	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg, comprimidos – Medicamento.			\$	\$
03	60.000	METFORMINA 500 mg, comprimidos – Medicamento.			\$	\$
04	600	SALBUTAMOL 100 mcg/dosis, Aerosol Bronquial – Medicamento.			\$	\$
05	300	BUDESONIDE 200 mcg/dosis, Aerosol Bronquial – Medicamento.			\$	\$
06	90.000	ENALAPRIL 10 mg, comprimidos – Medicamento			\$	\$
07	50.000	PARACETAMOL 500 mg, comprimidos – Medicamento			\$	\$
08	20.000	AMLODIPINA 5 mg, comprimidos – Medicamento			\$	\$
09	15.000	ATENOLOL 50 mg, comprimidos – Medicamento			\$	\$
10	100.000	LOSARTAN 50 mg, comprimidos – Medicamento			\$	\$
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** de los renglones cotizados.-
- **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 – PROGRAMA REMEDIAR dependiente de la Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.-

MANTENIMIENTO DE OFERTA: Dentro de los VEINTE (20) días Hábiles de notificada la Orden de Compra.-

PLAZO DE ENTREGA: Dentro de los DIEZ (10) días hábiles de notificada la Orden de Compra.-

LUGAR DE ENTREGA: En el Programa REMEDIAR dependiente de la Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud, sito en calle General Manuel Belgrano N° 29 – Paraná – Entre Ríos, Tel. 0343 – 4230649 ó 0343 – 4840210, en el horario de 07:00 a 12:00 horas en días hábiles administrativos.-

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.**-

*Firma y Sello del Oferente ó
Representante Legal*

C.U.I.T N°: _____

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