



CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN
Emergencia Sanitaria Covid-19

Paraná, 27 de Agosto de 2021

EXPEDIENTE N° 2.545.042

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 **31 de AGOSTO de 2.021** a las **10:00 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	Certificado A.N.M.A.T.	Marca/Laboratorio	Precio Unitario	Precio Total
01	2.000	ENOXAPARINA 40 mg. jeringa prellena.			\$	\$
02	900	ENOXAPARINA 80 mg. jeringa prellena.			\$	\$
03	100	ENOXAPARINA 100 mg. jeringa prellena.			\$	\$
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.-

MONTO TOTAL COTIZADO: PESOS.....

DESTINO: COES – Unidad de Terapia Intensiva de la Unidad Ministerial del Hospital de la Baxada, ciudad de Paraná, 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 **SIETE (07) 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: Servicio de Farmacia del Hospital de la Baxada, sito en Calle Gral. Alvarado y Gral. Gerónimo Espejo, de la ciudad de Paraná – Entre Ríos, 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 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

Firma y Sello del Oferente
ó Representante Legal

C.U.I.T N°: _____