

## CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a los efectos de solicitarle presupuesto para el día 27/09/2021 a las 11:00 Hs., para la compra de Veintisiete Mil (27.000) Camisolines Descartables Hemorrepelescentes, cuyas características se detallan a continuación.

Rg.	Cant.	Detalle	Marca/ PM	Precio Unitario	Precio Total
01	27.000	<b>CAMISOLINES DESCARTABLES HEMORREPELENTES.</b> <b>Características:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Confeccionado en tela SMS de 50 grs./m<sup>2</sup> mínimo.</li><li>• Mangas Largas con puños de 5 a 7 cm. Largo de la manga 0,50 mts.</li><li>• Medida mínima de largo: 1,20 mts a 1,30 mts aprox.</li><li>• Con 4 tiras de ajuste (2 en el cuello y 2 en la espalda).</li><li>• Cosidos con hilo de poliéster.</li></ul>		\$	\$
<b>TOTAL</b>					<b>\$</b>

**Se adjunta Anexo de Especificaciones Técnicas y Requerimientos del Proveedor y del Adjudicatario.**-----

*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. Dicho Precio Unitario no podrá subdividirse o unificarse, en caso de existir subdivisión en algún renglón o unificación en dos o más renglones que impidan su comparación, los mismos serán descartados automáticamente sin derecho a reclamo alguno por parte del oferente.*-----

### **Aclaraciones:**

- Todo proponente por el artículo que cotiza deberá especificar en la propuesta **Marca** y demás **características del renglón cotizado** (como por ejemplo: tela, gramaje, etc.).
- Se deberá **indicar el Número de Registro de Producto Médico (PM)/ Número de Certificado** emitido por A.N.M.A.T.
- Se deberá adjuntar **Ilustración** que permita apreciar el producto cotizado.
- En caso de ser necesario, se podrá requerir muestras para evaluar el producto ofertado.

▪ **Gastos de Envío:** 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:** Para ser distribuidos por el **Comité de Organización de Emergencias Sanitarias (C.O.E.S.)** al personal de los distintos efectores de la Provincia que trabaja en primera línea de atención con pacientes afectados por el COVID-19.

### **El presupuesto deberá contener las siguientes condiciones, de ser posible:**

▪ A nombre del **Ministerio de Salud – Condición de IVA EXENTO – CUIT 30-68112523-6.**

▪ **Plazo de Mantenimiento de Oferta:** VEINTICINCO (25) días hábiles.

▪ **Lugar de Entrega:** En el depósito donde funciona el **Camping de la Unión Tranviarios Automotor (UTA)**, sita en calle **Gobernador Tibiletti y Gobernador Enrique Mihura** de la ciudad de Paraná, con lo cual se deberá **coordinar la entrega con División Almacenes** del Departamento Contrataciones con **VEINTICUATRO (24) HORAS de anticipación**, Tel.: (0343) 420 9646/422 8382, dependiente del Ministerio de Salud, sito en calle 25 de Mayo N° 139, Paraná, E. Ríos, los días hábiles en el horario de **08:00 a 12:00 Hs.**

▪ **Plazo de Entrega:**.....

En caso de no indicarse el mismo se tomará como INMEDIATO, entendiéndose por tal **CINCO (05) días hábiles** a partir de la fecha de la recepción de la Orden de Compra. En caso de igualdad de precios y condiciones, la adjudicación recaerá sobre quien ofrezca el menor plazo de entrega.

▪ **Forma y Plazo de Pago:** El pago se efectuará dentro de los **DIEZ (10) días hábiles**, contados desde la aprobación definitiva de la mercadería y recepción de la documentación correspondiente (Remito, Factura y del Sellado correspondiente según la Ley de Sellos vigente).

▪ **Importante:** Se deja constancia que cuando se establezcan plazos, éstos se considerarán como días hábiles, a menos que expresamente se determine lo contrario.

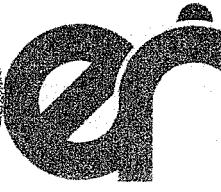
▪ Los presupuestos deben estar **firmados y sellados por un responsable de la Firma Comercial** en todas sus hojas y ser **enviados vía e-mail a saludcompras@hotmail.com** con el asunto "CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN- CAMISOLINES DESCARTABLES HEMORREPELENTES - Expediente N° 2.557.184" para su mejor identificación.

**MINISTERIO DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**  
**DPTO. CONTRATACIONES**  
25 de Mayo N° 139 P. Baja (3.100) Paraná – E. Ríos  
Tel.: (0343) 420-9646/422-8382  
E-mail: saludcompras@hotmail.com

AGUSTIN ESTEBAN CARLOSINI  
Jefe Departamento Contrataciones  
Dirección General de Administración  
Ministerio de Salud - E. Ríos

# CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN

"2021 – Año del Bicentenario de la Muerte del Caudillo Francisco Ramírez"



Ministerio de  
**SALUD**  
Gobierno de Entre Ríos

## **DEPARTAMENTO INTEGRAL DEL MEDICAMENTO**

ANEXO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Expediente RU N° 2557184

RENGLON 1: CAMISOLINES descartables HEMORREPÉLENTES – Producto Médico

Atento a lo solicitado en relación con la compra de insumos para enfrentar la pandemia de COVID-19, en marco de la Emergencia Sanitaria Decreto 361/20MS que serán distribuidos en los distintos efectores de Salud Pública de la Provincia, cumplimos en informar las especificaciones mínimas que debe tener el siguiente Producto Médico:

**Camisolín MHR - Hemorrepelente** - Tela no tejida de uno o más de los siguientes materiales: SBPP (Spunbond polipropileno): Tela producida por proceso Spunbonding. MB (Meltblown polipropileno): Filtro producido por proceso Meltblown. SMS (Spunbond/Meltblown/Spunbond): Tela compuesta por tres capas unidas por un proceso térmico, dos externas de Spunbond y una intermedia de Meltblown - gramaje igual o mayor a 50 gramos. Mangas largas con puño de 5 a 7 cm, largo de mangas 0,50 cm, 4 tiras de Ajuste (2 en cuellos y 2 en espalda) con y un largo entre 1,20 – 1,30 m aprox, con hilos de costura de Poliéster.

### REQUERIMIENTO DEL PROVEEDOR:

Especificaciones para renglones de Productos Médicos, los oferentes deberán cumplir con los requisitos de la Resolución 429/2015 MS, ANEXO: Punto II a.

a.1.: Si el PROVEEDOR es Elaborador / Importador

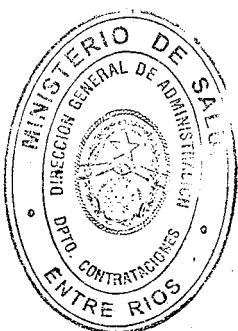
1. Disposición y Certificación de Habilitación emitido por la ANMAT.
2. Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación emitido por la ANMAT.
3. Número de Registro de Producto Médico (PM) emitido por la ANMAT.
4. Instrucciones de Uso o Manual de Usuario en Español, cuando corresponda.
5. Rotulado según Disposición ANMAT 2318/02 y 2319/02.

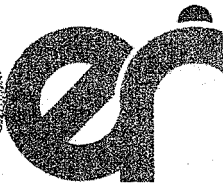
a.2.: si el PROVEEDOR es Distribuidor / Droguería / Vendedor

1. Habilitación Sanitaria Jurisdiccional o documentación vigente de trámite en curso.
2. Habilitación para tránsito interjurisdiccional emitida por la ANMAT en caso de corresponder.
3. Cumplimentar los puntos 1 a 5 del ítem a.1.

### EL ADJUDICATARIO DEBERÁ:

Garantizar el traslado y almacenamiento de los productos médicos de manera de que sea realizado en condiciones adecuadas de temperatura, humedad e iluminación, de acuerdo con las instrucciones del fabricante y aprobadas por la





Ministerio de  
**SALUD**  
Gobierno de Entre Ríos

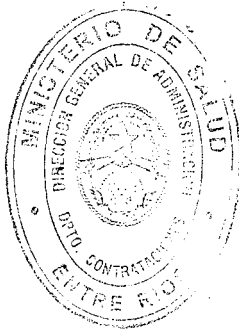
### **DEPARTAMENTO INTEGRAL DEL MEDICAMENTO**


ANMAT, de manera de no afectar directa o indirectamente la identidad y calidad del producto.

Para los casos en que el fabricante no indique traslado y almacenamiento en condiciones de refrigeración, en ambiente frío o refrigerado (Disposición ANMAT N° 3475/05- ANEXO C), se deberá realizar a temperatura mantenida entre 15° a 30°C.

En todos los casos se debe evitar la congelación, la exposición a la luz solar directa y al calor excesivo (temperaturas por encima de 40°C).

Entregar los productos con Vencimiento no inferior al año desde la fecha de entrega.



  
**A. JORGE BRIGNOLI**  
Farmacéutico MP 572 CoFaE  
Jefe Departamento  
Dpto. Integral del Medicamento  
Ministerio de Salud - E. Ríos