

**CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN**

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a los efectos de solicitarle presupuesto en **SOBRE CERRADO** para el día **11/02/2.022** a las **11:00 hs.**, para la compra de los Kits que se detallan a continuación.

<b>Rg</b>	<b>Cant.</b>	<b>Detalle</b>	<b>Marca / Laboratorio</b>	<b>Precio Unitario</b>	<b>Precio Total</b>
01	700	<b>Cajas de Kit de Prueba Rápida de diagnóstico in-vitro para la detección cualitativa del antígeno SARS-COV2 (Nasofaríngeo). Tipo marca: PANBIO de Laboratorios Abbot.</b> <u>Cada Kit deberá estar compuesto por:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• 25 Dispositivos de prueba.</li><li>• 01 Solución tampón.</li><li>• 25 Tubos de extracción.</li><li>• 25 Tapas de tubos de extracción.</li><li>• 01 Hisopo de control positivo.</li><li>• 01 Hisopo de control negativo.</li><li>• 25 Hisopos nasofaríngeos esterilizados para la recolección de muestras.</li><li>• 01 Gradilla para tubos.</li><li>• 01 Guía de referencia rápida.</li><li>• 01 Instructivo de uso.</li></ul>		\$	\$
<b>TOTAL</b>					<b>\$</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. 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:**

- Se deberá indicar el Número de Registro de Producto Médico (PM)/ Número de Certificado de Reactivo de Diagnóstico emitido por A.N.M.A.T., en caso de corresponder.
- **Se aceptarán cotizaciones con otra forma de presentación distinta a la requerida, debiéndose cumplimentar con el total requerido.**
- **Condiciones de Traslado y Almacenamiento:** Previstas por el Laboratorio y aprobadas por A.N.M.A.T.
- **El período de vencimiento no podrá ser inferior a Cuatro (04) Meses al momento de la recepción de la mercadería.**
- **Consultas Técnicas:** Laboratorio Provincial de Epidemiología, Tel: 0343-4208803, días hábiles de 8 a 13 hs
- **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 .....

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

- A nombre del **Ministerio de Salud - Condición de IVA EXENTO - C.U.I.T. 30-68112523-6.**
- **Plazo de Mantenimiento de Oferta:** VEINTE (20) días hábiles.
- **Lugar de Entrega:** En **División Almacenes – Dpto. Contrataciones**, Tel.: (0343) 420 9646/422 8382, perteneciente al Ministerio de Salud, sito en calle 25 de Mayo N° 139 de la ciudad de Paraná, Entre 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 **TRES (03) 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.

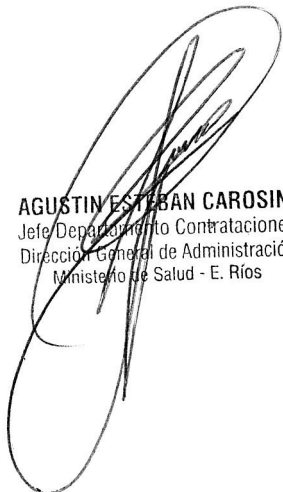
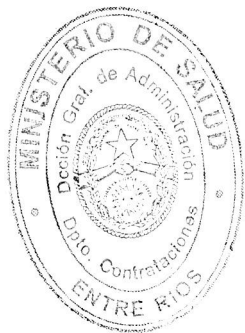
**Se podrán ofrecer distintos Plazos de Entrega o Entregas Parciales**, cuya aceptación en caso de resultar conveniente en relación al aprovisionamiento de los kits, quedará a consideración del Comité de Organización de Emergencia de Salud (COES) quienes aceptarán o rechazarán la modalidad de entrega propuesta.



*Sigue al dorso* ↵

- **Forma de Pago:** Los pagos se efectuarán por la totalidad de la mercadería entregada. En los casos en que se acepte una modalidad de entrega parcial, se realizarán pagos parciales por la totalidad de la mercadería efectivamente pactada y entregada, previa aprobación de la mercadería.
- **Lugar 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).
- Los **presupuestos** deben estar **firmados y sellados por un responsable de la Firma Comercial** en todas sus **hojas** y ser presentados en **SOBRE CERRADO** en el Departamento Contrataciones, indicando en la cubierta del mismo: **FECHA Y HORA DE APERTURA, PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN – KIT DE PRUEBA RÁPIDA - Expediente N° 2.608.883** para su correcta 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 CAROSINI**  
Jefe Departamento Contrataciones  
Dirección General de Administración  
Ministerio de Salud - E. Ríos