

SEÑORES: -----

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se adjudica.

Saludo a Ud. (s) muy atte.

Apertura Día: 04 Mes: Octubre Año: 2016 a las 10: 00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	HIDROXICINA CIORHIDRATO 2 MG./ML JARABE X 120ML	FRA	40,0000		
2	HIDROXICINA 25 MG COMPRIMIDOS	UN	450,0000		
3	DES Loratadina 2.5 MG/5 ML JARABE X 60 ML TIPO FRENELAR CORT	ENV	20,0000		
4	CETERIZINA (ZYRTEC) GOTAS X 10 ml	UN	30,0000		
5	CARBINOXAMINA GOTAS X UNIDAD	UN	30,0000		
6	ACICLOVIR 200MG/5ML JARABE X 125ML	UN	15,0000		
7	ACIDO FUSIDICO 2%+ BETAMETASONA (COMO 17-VALERATO) 0.1% CREMA X 15 G (POMO)	POM	40,0000		
8	MOMETASONA (MOMETAX) CREMA 30 GRS	POM	40,0000		
9	BETAMETASONA 0.1% -crema X 15 GRS	SAC	40,0000		
10	BETAMETASONA 0.1% -crema X 15 GRS MAS GENTAMICINA ASOC BETACORT PLUS	SAC	40,0000		
11	HIDROCORTISONA 1% (BETACORT) CREMA X 15 GRS	UN	30,0000		
12	CLOBETASOL PROPIONATO 0.05% (COMO 17-PROPIONATO) POMO X 15G	POM	10,0000		
13	CLOBETASO (TIPO SALAC) LOCION	UN	10,0000		
14	BETAMETASONA + GENTAMICINA Y ASOC (TIPO DERMIZOL) LOCION	UN	15,0000		
15	UREA AL 20 % (TIPO XEROBASE UREA) CREMA X 30 GRS	UN	20,0000		
16	CLOTRIMAZOL + OXIDO DE ZINC (TIPO MICOSEP) 1 % DERM PASTA X 30 GRS	UN	20,0000		
17	CLOTRIMAZOL (TIPO MICOSEP) 1 % DERM CREMA X 30 GRS	UN	20,0000		
18	MUPIROCINA CREMA X 15GRS TIPO MUPAX	UN	40,0000		
19	MUPIROCINA 2% (MUPAX) DERM UNGENTO X 15 GRS	UN	40,0000		
20	ACIDO FUSIDICO TIPO ACIFUSIN CREMA X 15 GRS	UN	40,0000		
21	IMIQUIMOD 5 % (TIPO MODULCASS) DERM CREMA X 3 GRS	UN	30,0000		
22	ACIDO SALICILICO MAS ACIDO LACTICO (TIPO VERRUTOPIC) LOCION TOPICA X 15 ML	UN	15,0000		
23	SULFADIAZINA DE PLATA + ASOC. (GASAS) X 10	ENV	40,0000		

TRANSPORTE

SEÑORES: -----

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se adjudica.

Saludo a Ud. (s) muy atte.

Apertura Día: 04 Mes: Octubre Año: 2016 a las 10: 00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					
	UNIDADES				
24	SULFADIAZINA DE PLATA x 400 grs	POM	40,0000		
25	PERMETRINA 5 % CREMA X 100 GRS	POT	15,0000		
26	GRISEOFULVINA 500 MG COMPRIMIDOS	COM	720,0000		
27	KETOCONAZOL 2% CHAMPU FCO X 120 ML.	UN	5,0000		
28	ACIDO SALICILICO MAS COALTAR 5 % (TIPO SORSIS) SHAMPOO X 120 ML	UN	10,0000		
29	JABON AVENO X 120GRS (LAB ANDROMACO) X 120 GRS	UN	30,0000		
30	PROTECTOR SOLAR FPS 50 (TIPO FOTOSUL ULTRA, DERMAGLOS, ETC) X 150 GRS	UN	15,0000		
31	LIDOCAINA 2.5% + PRILOCAINA 2.5% CREMA X 5G (INCLUYE DOS PARCHES OCLUSIVOS PARA APLICACION)	ENV	5,0000		
32	PIMECROLIMUS 1% (TIPO ELIDEL) CREMA X 15GRS	UN	5,0000		
33	TACROLIMUS 0,1% (TIPO PROTOPIC, TACROTIC ETC) CREMA 15 GRS	UN	5,0000		
34	CALCIPOTRIOL (CUTANIL) UNGUENTO O CREMA X 30 GRS	UN	5,0000		
35	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO (TIPO BETASALIC) LOCION X 40 ML	UN	10,0000		
36	BETAMETASONA+ACIDO SALICILICO (TIPO BETASALIC, SALICORT) UGUENTO DERMICO CREMA X 15 GRS	UN	10,0000		
37	TIMOLOL MALEATO 0,5 %. GOTAS OFTALMICAS X 5 ML.	FRA	10,0000		
38	TIMOLOL MELEATO 0,5% GEL (TIPO PLSTIM) X 5 ML	UN	10,0000		
39	CUREFINI CREMA 240GRS. POMADA DERMICA	UN	100,0000		
40	MEPILEX LITE POSITO DE 20 X 50 CM	UN	100,0000		
TOTAL GENERAL					

SEÑORES: -----

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se adjudica.

Saludo a Ud. (s) muy atte.

Apertura Día: 04 Mes: Octubre Año: 2016 a las 10: 00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Dia/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO "DR. AVELINO L CASTELAN"

DESTINO SERVICIO DE DERMATOLOGIA

TERCER LLAMADO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente