

**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: 07 Mes: Diciembre Año: 2017 a las 10:00 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	HIDROXICINA JARABE 10 MG / 5 ML JBE X 120 ML	UN	40,0000		
2	HIDROXICINA 25 MG COMPRIMIDOS	UN	300,0000		
3	DES Loratadina + Betametasona JBE X 60 ML	UN	20,0000		
4	CETERICINA (ZYRTEC) GOTAS X 20 ml 10 MG	UN	30,0000		
5	CARBINOXAMINA GOTAS X UNIDAD 0,8 MG / ML GOTAS X 20 ML	UN	30,0000		
6	ACICLOVIR SUSP 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 CREMA CREMA X 15 g	UN	40,0000		
9	BETAMETASONA 0.05 % -crema X 15 GRS	SAC	40,0000		
10	BETAMETASONA + GENTAMICINA Y ASOC crema x 15 g	UN	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	CLOBETASOL LOCION. x 40 ml	UN	10,0000		
14	BETAMETASONA + GENTAMICINA Y ASOC LOCION X 15 ml	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 1 % DERM CREMA	UN	20,0000		
18	MUPIROCINA 2% -crema crema x 15 g	POM	40,0000		
19	MUPIROCINA 2% (MUPAX) DERM UNGENTO X 15 GRS	UN	40,0000		
20	ACIDO FUSIDICO crema x 15 g	UN	40,0000		
21	IMIQUIMOD 5 % (TIPO MODULCASS) DERM CREMA X 15 GRS	UN	30,0000		
22	ACIDO SALICILICO ACIDO SALICILICO + ACIDO LACTICO TOPICO FCO X 15 ML	UN	15,0000		

**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: 07 Mes: Diciembre Año: 2017 a las 10 : 00 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
<b>TRANSPORTE</b>					
23	SULFADIAZINA DE PLATA GASAS	POM	400,0000		
24	SULFADIAZINA DE PLATA POTE X 400 G	POM	40,0000		
25	PERMETRINA 5 % CREMA X 100 GRS	POT	15,0000		
26	GRISEOFULVINA 500 MG COMPRIMIDOS	COM	720,0000		
27	KETOCONAZOL 1% SHAMPOO 240 ML	UN	5,0000		
28	ACIDO SALICILICO ACIDO SALICILICO + COALTAR 5% SHAMPOO 100 ML	UN	5,0000		
29	ACIDO SALICILICO COALTAR + SALICILICO ACIDO SHAMPOO 120 ML	UN	5,0000		
30	JABON AVENO X 120GRS	UN	30,0000		
31	PROTECTOR SOLAR FPS 50 (TIPO FOTOSUL ULTRA, DERMAGLOS, ETC) X 150 GRS EMULSION X 170 ML	UN	15,0000		
32	LIDOCAINA 2.5% + PRILOCAINA 2.5% CREMA X 5G (INCLUYE DOS PARCHES OCLUSIVOS PARA APLICACION)	ENV	5,0000		
33	PIMECROLIMUS 1% (TIPO ELIDEL) CREMA X 15GRS	UN	5,0000		
34	TACROLIMUS 0,1% UNGENTO. POMO UGUENTO X 20 G	UN	5,0000		
35	CALCIPOTRIOL (CUTANIL) UNGUENTO O CREMA X 30 GRS 5 MCG/G UNG X 30 G	UN	5,0000		
36	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO LOCION X 30 ML	UN	10,0000		
37	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO UNGUENTO DERM X 30 G	UN	10,0000		
38	TIMOLOL MALEATO 0,5 %. GOTAS OFTALMICAS X 5 ML.	FRA	10,0000		
39	TIMOLOL MELEATO 0,5% GEL ( TIPO PLSTIM) X 5 ML	UN	10,0000		
40	CUREFINI CREMA 240GRS.	UN	70,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

<b>PROVINCIA DEL CHACO</b> <b>06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b> <b>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>RESISTENCIA,</b> 04/12/2017 Concurso de Precios <b>Nro 06986</b>
---	--

**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: **07**    Mes: **Diciembre**    Año: **2017**    a las **10 : 00** Horas

**Lugar apertura**    UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
<b>TRANSPORTE</b>					

**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 DEL HOSPITAL PEDIATRICO "DR. AVELINO L. CASTELAN" RESISTENCIA CHACO.-

DESTINO: PARA LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL MENCIONADO NOSOCOMIO.-

**REQUISITOS:**

- .PRESENTAR POR DUPLICADO LA OFERTA.
- .DOCUMENTO DE GARANTÍA 1% DEL TOTAL COTIZADO.
- .CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DEL CHACO (ACTUALIZADA A LA FECHA DE LA APERTURA).
- .CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR OTORGADO POR LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA PROVINCIAL DEL CHACO (ATP) (ACTUALIZADA A LA FECHA DE APERTURA).
- .CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN OTORGADO POR ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP). (ACTUALIZADA)
- .PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS SELLADAS POR EL PROPIETARIO Y/O APODERADO DE LA FIRMA
- .CONSTANCIA DE CBU NUEVO BANCO DEL CHACO
- .DOCUMENTACION DE HABILITACION POR LA A.N.M.A.T.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable Dir. Administración

\_\_\_\_\_  
Firma proponente