

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: 16 Mes: 7 Año: 2018 a las 10: 00 Horas

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

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	ACICLOVIR JARABE	UN	10,0000		
2	ACICLOVIR 500 MG. POLVO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLLA	FA	50,0000		
3	CALCIO CARBONATO (BASE) 1G COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
4	CLINDAMICINA 300 mg. -comp.	COM	500,0000		
5	DOMPERIDONA 20ML GOTAS	UN	50,0000		
6	ERITROMICINA ETILSUCCINATO 0.5% CREMA UNIDOSIS	POM	300,0000		
7	ESPIRONOLACTONA A 25 GRS. COMPRIMIDOS	UN	400,0000		
8	GRISEOFULVINA 500 MG COMPRIMIDOS	COM	400,0000		
9	HIDROXICLOROQUINA 200 mg. -comp.-	COM	400,0000		
10	HIERRO SULFATO 125 MG GOTAS X 20ML	FRA	100,0000		
11	LEVETIRACETAM 1000 MG. COMP.	UN	500,0000		
12	LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
13	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 0.5 % GOTAS X 20 ML	FRA	50,0000		
14	METRONIDAZOL 500 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
15	NAPROXENO 500mg. -comp.	COM	500,0000		
16	OMEPRAZOL 20 MG COMPRIMIDOS	COM	1000,0000		
17	PARACETAMOL 500 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
18	PARACETAMOL 100MG/ML GOTAS. X 20 ML.	FRA	100,0000		
19	SUCRALFATO SUSPENSION ORAL 1 G/5 ML FRASCO X 200ML	FRA	30,0000		
20	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETROPINA 80 MG COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
21	ADRENALINA 1% SOLUCION AMPOLLA X 1 ML.	AMP	200,0000		
22	AGUA DESTILADA AMPOLLA X 10ML.	AMP	2000,0000		
23	CLORURO DE POTASIO 15MEQ AMPOLLA X 5 ML.	AMP	1000,0000		
24	CLORURO DE SODIO 20 % AMPOLLA X 10 ML.	AMP	1000,0000		
25	OMEPRAZOL 40 MG. FRASCO AMPOLLA	FA	1000,0000		
26	DIPIRONA 1 GR. AMPOLLA X 2 ML.	UN	700,0000		
27	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.2ML X JERINGA PRELENADA UNIDOSIS (EQUIVALENTE A 4000 U.I. DE FACTOR ANTI X ^a)	jer	50,0000		
28	GENTAMICINA 80 MG. AMPOLLA X 2 ML.	AMP	500,0000		
29	DIAZEPAM 10 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		

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: 16 Mes: 7 Año: 2018 a las 10: 00 Horas

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

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					
30	BACLOFENO 10 mg. -comp.	COM	500,0000		
31	CLOBAZAM 10mg. -comp.-	COM	500,0000		
32	CLONAZEPAN 2 MG COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
33	CLONAZEPAN 2,5 MG/ML GOTAS X 20 ML	FRA	30,0000		
34	LAMOTRIGINA 50 mg. -comp.	COM	500,0000		
35	LORAZEPAM 4 MG AMPOLLAS X 1 ML	AMP	50,0000		
36	LORAZEPAN 2.5 MG COMP	COM	500,0000		
37	RISPERIDONA COMPRIMIDOS 1 MG	COM	200,0000		
38	RISPERIDONA, 3 MG COMP	UN	200,0000		
39	SUCCINILCOLINA 100 MG. AMPOLLA X 2 ML.	AMP	100,0000		
40	TRAMADOL 50 MG. AMP.	UN	100,0000		
41	IMIPENEM + CILASTATINA SODICA 500 MG. FRASCO AMPOLLA	FA	100,0000		
42	MEROPENEM 500 MG FRASCO AMPOLLA	FA	100,0000		
43	LEVOFLOXACINA 500 MG COMP	COM	100,0000		
44	CEFTRIAXONA SODICA 1 GR FRASCO AMPOLLA	FA	300,0000		
45	CLINDAMICINA 600 MG/ML AMP. X 2 ML. AMPOLLA X 4 ML	UN	300,0000		
46	VANCOMICINA 500 MG POLVO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLLA	FA	200,0000		
47	LANZOPRAZOL SUSPENSION 30MG SOBRES	SBR	600,0000		
48	TOBRAMICINA GTS OFT X 5 ML	FRA	20,0000		
49	TOBRAMICINA 0.3% + DEXAMETASONA 0,1% GOTAS OFTALMICAS X 5 ML.	FRA	20,0000		
50	SALBUTAMOL AEROSOL 200 DOSIS CON AEROCAMARA	UN	500,0000		
TOTAL GENERAL					

PROVINCIA DEL CHACO 06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	RESISTENCIA, Concurso de Precios	12/07/2018 Nro 03850
---	--	--------------------------------

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: 16 Mes: 7 Año: 2018 a las 10: 00 Horas

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

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/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
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 INSCRIPCION 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