

**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: 18 de Diciembre del 2020 a las 13:45 Horas

Lugar apertura MINISTERIO DE SALUD PUBLICA UNIDAD DE CONTRATACIONES CASA DE GOBIERNO 8VO PISO  
 RCIA CHACO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	ALBUMINA HUMANA 20% FRASCO X 50 ML	FRA	1.000,0000		
2	CONCENTRADO DE FACTORES K DEPENDIENTES 600 UI FCO (II VII IX X)	FA	8,0000		
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.2ML X JERINGA PRELLENADA UNIDOSIS (EQUIVALENTE A 4000 U.I. DE FACTOR ANTI X <sup>a</sup> )	jer	600,0000		
4	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/0.6 ML JERINGA PRELLENADA UNIDOSIS (EQUIVALENTE A 6000 U.I. DE FACTOR ANTI X <sup>a</sup> )	jer	1.000,0000		
5	ENOXAPARINA SODICA 80 ML JERINGA PRELLENADA UNIDOSIS	AMP	1.000,0000		
6	ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE 2000 UI FRASCO AMPOLLA LIOFILIZADO	FA	500,0000		
7	FACTOR IX 600 UI FCO.AMP.	UN	30,0000		
8	FACTOR VIII 1000 U.I. Fco amp	AMP	160,0000		
9	FACTOR VIII 500 UI FRASCO AMPOLLA	FA	110,0000		
10	HEPARINA SODICA 5000 U.I./ ML. FRASCO AMPOLLA X 5 ML.	FA	4.000,0000		
11	HIERRO ELEMENTAL (COMO HIERRO POLIMALTOSATO) 100 MG AMPOLLA X 2ML	AMP	2.000,0000		
12	HIERRO SULFATO 100 MG COMPRIMIDOS	COM	45.000,0000		
13	HIERRO, SULFATO 125 MG GTS X 20 ML	FRA	7.500,0000		
14	SUSTITUTO PLASMATICO FRASCO X 500 ML.	FRA	400,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

PROVINCIA DEL CHACO  
06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

RESISTENCIA, 16/12/2020  
Contratación Directa Nro 06620

**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: 18 de Diciembre del 2020 a las 13:45 Horas

Lugar apertura MINISTERIO DE SALUD PUBLICA UNIDAD DE CONTRATACIONES CASA DE GOBIERNO 8VO PISO  
RCIA 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:DEPOSITO DE LOGISTICA AV SARMIENTO 1535

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

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

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