

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: 17 de Diciembre del 2020 a las 10:30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

| Ren. | Descripción | UM | Cantidad | PU | Total |
|----------------------|---|-----|--------------|----|-------|
| 1 | ACICLOVIR 800 MG. COMPRIMIDOS | COM | 12.500,0000 | | |
| 2 | AMOXICILINA 500 MG. COMPRIMIDOS | COM | 100.000,0000 | | |
| 3 | AZITROMICINA 500 MG COMP | COM | 24.000,0000 | | |
| 4 | AZITROMICINA 200 MG/5 ML JARABE SUSPENSION x 15 ML. | FRA | 650,0000 | | |
| 5 | CEFALEXINA 250 MG/5ML SUSPENSION X 90 ML. | FRA | 31.000,0000 | | |
| 6 | CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDOS | COM | 150.000,0000 | | |
| 7 | CIPROFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDOS | COM | 107.000,0000 | | |
| 8 | CLINDAMICINA 300 MG. CÁPSULAS | CAP | 37.500,0000 | | |
| 9 | KETOCONAZOL 200 MG. COMPRIMIDOS | COM | 23.500,0000 | | |
| 10 | KETOCONAZOL 2 % CREMA_POMO X 15 G. | POM | 10.000,0000 | | |
| 11 | LEVOFLOXACINA 750 MG COMP. | COM | 21.000,0000 | | |
| 12 | MEBENDAZOL 100 MG. COMPRIMIDOS | COM | 40.000,0000 | | |
| 13 | MEBENDAZOL SUSPENSION ORAL 2% FRASCO X 30 ML. | FRA | 10.000,0000 | | |
| 14 | METRONIDAZOL 500 MG. COMPRIMIDOS | COM | 55.000,0000 | | |
| 15 | METRONIDAZOL 500 MG. OVULOS | OVU | 25.000,0000 | | |
| 16 | NISTATINA 100.000 U.I./ML. OVULOS | UN | 20.000,0000 | | |
| 17 | NISTATINA 100.000 U.I./ML SUSPENSION ORAL FRASCO X 60 ML. | FRA | 3.000,0000 | | |
| 18 | NITROFURANTOINA 100 MG CAPSULAS | CAP | 7.500,0000 | | |
| 19 | NITROFURANTOINA 25MG/5ML SUSPENSION X 120 ML. | FRA | 250,0000 | | |
| 20 | PERMETRINA 1 % SOLUCION X 100 ML. | FRA | 5.000,0000 | | |
| 21 | PERMETRINA 5 % CREMA X 100 GRS | POT | 3.000,0000 | | |
| 22 | SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 200 MG/40 MG/5 ML JARABE X 60 ML. | FRA | 12.500,0000 | | |
| 23 | SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETROPINA 80 MG COMPRIMIDOS | COM | 75.000,0000 | | |
| 24 | AMOXICILINA 500 MG/5 ML SUSP X 60 ML | FRA | 30.000,0000 | | |
| 25 | AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 250 MG. / 62,5MG / 5ML. JARABE X 90ML. | FRA | 20.000,0000 | | |
| 26 | METRONIDAZOL 200 MG./ 5 ML. SUSPENSION X 120 ML. | FRA | 7.500,0000 | | |
| TOTAL GENERAL | | | | | |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| PROVINCIA DEL CHACO 06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | RESISTENCIA, Contratación Directa | 15/12/2020 Nro 06573 |
|---|---|--------------------------------|

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: 17 de Diciembre del 2020 a las 10:30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

| Ren. | Descripción | UM | Cantidad | PU | Total |
|-------------------|-------------|----|----------|----|-------|
| TRANSPORTE | | | | | |

Plazo Entrega: 03 - Día/s

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS CON FONDOS DE SALUD PUBLICA

Otras condiciones:

- LUGAR DE ENTREGA DEPOSITO DE LOGISTICA AVDA.SARMIENTO 1535 RESISTENCIA
1. PRESENTAR POR DUPLICADO LA OFERTA.
 2. DOCUMENTO DE GARANTÍA 1% DEL TOTAL COTIZADO.
 3. DECLARACION JURADA DE LA RENUNCIA DE LOS FUEROS FEDERALES PARA EMPRESAS FUERA DE LA PROVINCIA Y DE NO ENCONTRARSE EN LAS CAUSALES DE INCOMPATIBILIDAD ESTABLECIDAS EN EL REGIMEN DE CONTRATACIONES VIGENTES DE LA PROVINCIA DEL CHACO.-
 4. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DEL CHACO (ACTUALIZADA A LA FECHA DE LA APERTURA).
 5. CONSTANCIA DE INSCRIPCION ATP (ACTUALIZADA)
 6. CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR OTORGADO POR LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA PROVINCIAL DEL CHACO (ATP) --- (ACTUALIZADA A LA FECHA DE APERTURA).
 7. CONSTANCIA DE INSCRIPCION OTORGADO POR ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP). (ACTUALIZADA)
 8. PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS SELLADAS POR EL PROPIETARIO Y/O APODERADO DE LA FIRMA (ADJUNTAR, PODER ESPECIAL A FAVOR DEL FIRMANTE)
 9. CBU NUEVO BANCO DEL CHACO
 10. CERTIFICADO DE GS1-TRAZABILIDAD
 11. CERTIFICADO ANMAT PARA TRANSITO INTERJURIDICCIONAL.

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente