



**Contratación Directa Expte. 987.986-MSA-2024**

**Adquisición de Medicación para Hospital de Gobernador Gregores**

**Ley de Emergencia N°3850/24**

**Ministerio de Salud y Ambiente**

**Condiciones a que debe ajustarse el proponente**

1°.- Las ofertas serán recibidas en un plazo de 5 (cinco) días hábiles, mediante sobre cerrado en las oficinas del Ministerio de Salud y Ambiente sito en Av. Juan Bark Nro 93 de la localidad de Río Gallegos siendo el día de apertura de sobre el próximo miércoles 26 de Junio a las 14:00 hrs.

Las ofertas deberán estar debidamente conformadas y selladas por la casa proponente, caso contrario no será tomado en cuenta.

2°.- Las ofertas deberán ajustarse a las características que se establecen en planilla de cotización. **En caso de presentarse ofertas alternativas éstas deberán manifestarse aparte**, acompañada de la propuesta original.

3°.- No se tomarán en cuenta las raspaduras o enmendadas, debiendo toda salvedad o modificación, constar al pie de las mismas.

4°.-La validez de la oferta deberá ser de 15 días corridos a partir de la apertura.

5°.- **Los precios Cotizados** serán considerados NETOS, es decir que deberán incluirse los gastos de IVA- Ingresos Brutos -transporte, seguros, embalajes, carga, descarga, estibado y cualquier otro costo en que incurra el proveedor. Estos conceptos no se reconocerán, considerarán ni abonarán entendiéndose incluidos en el precio total cotizado.

6°.- Si una o más firmas empataran sus cotizaciones, en igualdad de condiciones se le tendrá prioridad a proveedores radicados en la Provincia de Santa Cruz de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Reglamentario nro N° 382/24 de la **Ley de Emergencia N°3850/24**. Si no fuera el caso y existiera empate de ofertas, se solicitaran mejoras de precios y en caso de nuevo empate se decidirá por sorteo (art. 32 Dec. Reglamentario 1678/22).

7°.- Garantía de Adjudicación: La garantía deberá ser del cinco por ciento (5%) del monto total de la adjudicación y deberá ser integrada dentro de las cuarenta y ocho (48) hs. de recibida la comunicación de la adjudicación:

a)- Mediante depósito en el Banco Santa Cruz S.A., casa central y/o en sus respectivas sucursales del interior de la provincia., en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Suipacha 1065, a la orden M. DE SALUD Y AMBIENTE- FONDO DE TERCEROS -N° DE CUENTA **01-419740/2** o mediante transferencia a la misma, CBU N° 0860001101800041974022, acompañando la boleta pertinente.





b)- Con seguro de caución mediante pólizas cuyas cláusulas no se opongan a las previsiones del reglamento de contrataciones del estado (Decreto 1678/22), que se serán extendidas a favor de la dependencia licitante.

c)- Cheque certificado, contra una Entidad Bancaria , con referencia del Ministerio de Salud y Ambiente, el cual será depositado dentro de los 5 (cinco) días en la cuenta de terceros N°01-419740/2-Ministerio de Salud y Ambiente.-

8°.- Modalidad de entrega: será bajo la modalidad de una única entrega de manera INMEDIATA (dentro de los 10 días corridos de la fecha de comunicación de la adjudicación) en el Hospital de Gobernador Gregores, Prov. de Santa Cruz.

9°.-Plazo de vencimiento de los insumos: **un año mínimo a partir de la entrega.-**

10°.-El pago se efectuará dentro de los 15 días , de la recepción de la mercadería, con la presentación de la factura y remito debidamente conformado. Debiendo la factura contener los datos de la Orden de Compra y número de Expediente de la contratación.

11°-Para informes los interesados deberán dirigirse al Ministerio de Salud y Ambiente de la provincia de Santa Cruz, cito en calle J. Bark N°93, en la ciudad de Río Gallegos o consultar al teléfono 02966-457908 int.3135 o al mail [contrafinanciera@saludsantacruz.gob.ar](mailto:contrafinanciera@saludsantacruz.gob.ar).



**PABLO E. FARFÁN**  
Dirección Provincial de Administración  
Subsecretaría de Gestión Financiera  
Ministerio de Salud y Ambiente  
Provincia de Santa Cruz

  
**CRA LAURA RODRIGUEZ SUAREZ**  
Secretaría de Estado de Articulación y Monitoreo  
Ministerio de Salud y Ambiente  
Provincia de Santa Cruz

Estando de acuerdo en todas las cláusulas de este presupuesto, lo firma en prueba de conformidad:

**INDICAR:** Fecha de entrega: .....  
N° de Proveedor: .....

.....  
Firma del Probante y sello

**NOTA DE PEDIDO EXPTE: 987.986/24**

RIO GALLEGOS.....DE.....2024.-

SEÑOR:.....

REGLON	CANTIDAD	DETALLE	COTIZACION	
			UNITARIO	TOTAL
1	30	ACIDO TRAXENAMICO 500 MGR COMP.		
2	10	ADENOSINA 3 MGR /ML AMP.X 2 ML.		
3	25	AMINOFILINA AMP. 240 MGR /10 ML.		
4	25	AMIODARONA 150 MGR /AMP. X 3 ML.		
5	64	AMOXICILINA + CLAVULANICO (875 /125) MGR COMP		
6	3	AMOXICILINA + CLAVULANICO DUO 400 MGR/57 MGR SU5P X 70 ML.		
7	300	AMPICILINA + SULBACTAM 1,5 GP POLVO FCO AMP.		
8	90	ARIPRAZOL 10 MGR COMP.		
9	15	ATRACURIO BESILATO 10 MGR/ML. AMP. X 5 ML.		
10	3	BUDESONIDE SOLUCIÓN P/NEBULIZAR X 20 ML.		
11	25	BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA 5 MGR/ML AMP		
12	25	CAFÉINA AL 25 % AMP		
13	25	CEFIXIMA 1 GR FCO AMP.		
14	300	CEFTRIAXONA 1 GR FCO AMP.		
15	50	CLINDAMICINA AMP 600mg x 4ml		
16	200	CLONAZEPAM 2 MGR COMP		
17	25	CLONIDINA 0,150 MGR/ML. AMP X 1 ML.		
18	25	COMPLEJO VIT B MULTIVITAMÍNICO AMP. X 2 ML.		
19	90	DESVENLAFAXINA 50 MGR COMP		
20	500	DEXAMETASONA 8 MGR /ML. AMP.X 2 ML.		
21	30	DIFENHIDRAMINA 50 MGR COMP		
22	3	DIFENHIDRAMINA JBE X 120 ML.		
23	300	DIPIRONA 1 GR AMP. X 2 ML.		
24	300	DIPIRONA 2,5 GR AMP. X 5 ML.		
25	3	DOBUTAMINA 250 MGR FCO AMP. X 20 ML.		
26	25	DOPAMINA 200 MGR AMP. X 5 ML.		
27	10	EFEDRINA 10 MGR/ML. AMP. X 1 ML.		
28	3	ENAPRILAT 2,5 MGR / 2 ML. FCO AMP		
29	15	ENOXAPARINA 60 MGR JERINGA PRELLENADA		
30	100	ERGONOVINA 0,2 MGR / ML. AMP. X 1 ML.		
31	2	ESTRADIOL+ HIDROXIPROGESTERONA AMPX 1 ML (PRIMOSISTON).		
32	25	FENITOINA 50 MGR /AMP. X 2 ML.		
33	50	FENTANILO INTRATECAL DEVER PHARMA 0,05 MGR /ML AMP. X 5 ML.		
34	25	FLUCONAZOL 200 MGR SACHET X 100 ML.		
35	15	FLUMAZENIL 0,5 MGR/ AMP.X 5 ML		
36	30	FLUOROGLUCINOL/TRIMETOXIBENCENO AMP.X 3 ML. (NERO 40)		

MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR  
 DIRECCION GENERAL DE FARMACIA Y MEDICAMENTOS  
 SANTA CRUZ

NOTA DE PEDIDO EXPTE: 987.986/24

RIO GALLEGOS, DE 2024.-

SEÑOR: .....

REGLON	CANTIDAD	DETALLE	COTIZACION	
			UNITARIO	TOTAL
37	300	FUROSEMIDA 20 MGR / 2 ML. AMP.		
38	50	GENTAMICINA 400 MGR FCO AMP.X 10 ML.		
39	25	HEPARINA SODICA 5000U.I FCO AMP. X 5 ML.		
40	20	HIERRO SACARATO 100 MGR E.V AMP. X 5 ML.		
41	1	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI RH (-) 300 MCG JGA PREP. INADA		
42	3	IPATROPIO, BROMURO AEROSOL X 10 ML.		
43	30	ISOSORBIDE SUBLINGUAL 5 MGR COMP		
44	50	ISOXSUPRINA 20 MGR COMP		
45	200	KETOROLAC 30 MGR / ML AMP. X 1 ML.		
46	30	LABELALOL COMP 200 mg		
47	20	LEVOMEPRIMAZINA 25 MGR AMP. X 1 ML.		
48	100	LEVOTIROXINA 100 MCGR COMP		
49	100	LEVOTIROXINA 112 MCGR COMP.		
50	100	LEVOTIROXINA 88 MCGR COMP		
51	25	LIDOCAINA C/EPINEFRINA FCO AMP. 2% o 1%		
52	25	LORAZEPAM 4 MGR AMP.X 1 ML.		
53	30	MEPREDNISONA 40 MG COMP.		
54	50	METILDOPA 500 MGR COMP.		
55	300	METOCLOPRAMIDA AMP 10 MGR/2 ML		
56	150	METRONIDAZOL 500 MGRS SACHETS X 100 ML.		
57	100	MORFINA 10 MGR /ML. AMP. X 1 ML.		
58	2	NITROFURAZONA CREMA X 200 GRS		
59	6	OBITRIDOL SOL. INV. X 50 ML. (XENETIC, O SIMILAR )		
60	160	OMEPRAZOL 20 MGR CAPS		
61	25	ONDASENTRON 8 MGR AMP. X 4 ML.		
62	50	OXITOCINA 5 U.I AMP.X 1 ML.		
63	15	PANCURONIO 4 MGR AMP. X 2 ML.		
64	3	PATROPIO, BROMURO SOLUCIÓN X 20 ML.		
65	25	PENICILINA 3000000 FCO AMP.		
66	30	PENTOXIFILINA 400 MGR COMP		
67	3	PLATSUL POTE CREMA X 400 GRS		
68	3	POTASIO GLUCONATO JARABE X 150 ML.		
69	25	REMIFENTANILO 5 MGR FCO AMP		
70	20	RIFAMPICINA SPRAY X 20 ML.		
71	200	RISPERIDONA 2 MGR COMP		
72	5	SALBUTAMOL GOTAS X 20 ML.		

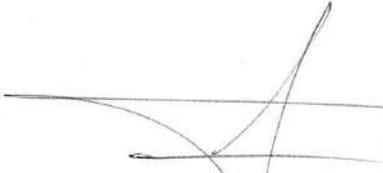


**NOTA DE PEDIDO EXPTE: 987.986/24**

RIO GALLEGOS.....DE.....2024 -

SEÑOR:.....

REGLON	CANTIDAD	DETALLE	COTIZACION	
			UNITARIO	TOTAL
73	5	SEVOFLURANO X 250 ML. FCO AMP		
74	500	SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML SACHETS		
75	300	SOLUCIÓN FISIOLÓGICA AMP. X 5 ML.		
76	500	SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ISOTÓNICA 0,9% X 500 ML SACHETS		
77	200	SOLUCIÓN FISIOLÓGICA SACHETS X 100 ML.		
78	25	SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 50 % AMP. X 10 ML 0		
79	24	SOLUCION MANITOL AL 15% SACHETS X 500 ML.		
80	48	SOLUCIÓN RINGER/ LACTATO SACHETS X 500 ML.		
81	2	SULFATO DE BARIO SUSP. X 225 ML.		
82	5	TIRAS REACTIVAS P/ MEDICIÓN GLUCOSA ON CALL PLUS		
83	100	TRAMADOL 100 MGR /2 ML AMP		
84	10	VECURONIO BROMURO 10 MGR FCO AMP.		

  
**PABLO E. FARFAN**  
 Dirección Provincial de Administración  
 Subsecretaría de Gestión Financiera  
 Ministerio de Salud y Ambiente



  
**CRA. LAURA RODRIGUEZ SUAREZ**  
 Secretaria de Estado de Articulación y Monitoreo  
 Ministerio de Salud y Ambiente