



**CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN**

Paraná, 09 de Mayo de 2024

**EXPEDIENTE N° 3.034.322**

**SR. GERENTE DE LA FIRMA**

Me dirijo a Ud. a los efectos de solicitarle **PRESUPUESTO ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO** en todas sus fojas, en **SOBRE CERRADO**, del requerimiento abajo detallado; operando el cierre de recepción del mismo el día **17 DE MAYO de 2.024** a las **10:00 Hs.**; o el día hábil siguiente a la misma hora si resultara feriado o se decretase asueto. Lo solicitado deberá ser enviado a la **Dirección de Contrataciones – Dirección General de Administración - Ministerio de Salud de Entre Ríos**, sita en calle **25 de Mayo N° 181, Segundo Piso, ciudad de Paraná, Entre Ríos.-**

Rg.	Cant.	Artículos y Especificaciones	Presentación	Marca/ Laboratorio	Precio Unitario	Precio Total
01	50.000	Comprimidos de METFORMINA 850mg. – MEDICAMENTO.-			\$	\$
<b>TOTAL</b>						<b>\$</b>

*El Precio Unitario cotizado en cada renglón deberá presentarse con dos (2) dígitos decimales como máximo, en caso de cotizar con más dígitos, se tomarán en cuenta solamente los primeros dos, no realizándose redondeo alguno.-*

**Aclaraciones:**

- Los renglones descriptos, deben estar sujeto **a las características y requerimientos detallados en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.**
- Se deberá especificar en la propuesta **Marca, Laboratorio, Presentación y Número de Certificado emitido por ANMAT VIGENTE** del renglón cotizado.-
- **Vencimiento:** entregar los productos con Vencimiento **no inferior al año** desde la fecha de la entrega.
- Se deberá especificar el precio unitario y total, fijo y cierto –en moneda argentina– en números con referencia a la unidad solicitada, incluidos impuestos y tasas.-

**MONTO TOTAL COTIZADO:** PESOS.....

**DESTINO:** Programa Provincial de Diabetes, dependientes del Ministerio de Salud de Entre Ríos.-

**MANTENIMIENTO DE OFERTA:** QUINCE (15) días hábiles.-

**PLAZO DE ENTREGA:** Toda firma **deberá** indicar en su propuesta el plazo de entrega de los medicamentos cotizados, el cual no podrá ser superior a **SIETE (07) DIAS HÁBILES**, que se contará a partir de la fecha de recepción de la Orden de Compra.- Si no se especifica dicho plazo, se considerará que el mismo es de **SIETE (07) DIAS HÁBILES** a partir de la fecha de recepción de la notificación de la adjudicación.-

A igualdad de precios y condiciones la adjudicación recaerá sobre quien ofrezca menor plazo de entrega.-

**LUGAR DE RECEPCION DE LA MERCADERIA:** Programa Provincial de Diabetes, sito en calle Belgrano N° 29, de la ciudad de Paraná – Entre Ríos, Tel. 0343-4230649.-

**FORMA Y PLAZO DE PAGO:** El pago se realizará en Pesos Moneda Nacional, dentro de los **QUINCE (15) DIAS HÁBILES**, a partir de la Aprobación de Mercaderías (mediante Acta), previa presentación en la DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES de: **Remito, guía o documento equivalente** conformado por triplicado, **Factura** extendido a nombre del Ministerio De Salud de la Provincia de Entre Ríos – CUIT 30-68112523-6, acompañado por **Orden de Compra Original** con el correspondiente Sellado de Ley.-

**IMPORTANTE:** La presente contratación se registrará por las cláusulas del presente Pliego de Condiciones Particulares y subsidiariamente por las Normas del **Decreto N° 795/96 M.E.O.S.P. y sus modificatorias**, reglamentarias del Sistema de Contrataciones del Estado –**Decreto N° 404/95**– Texto único y Ordenado de la **Ley N° 5.140** y sus modificatorias, incluida la Ley N° 8.964.-

MINISTERIO DE SALUD DE ENTRE RÍOS  
DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES  
25 de Mayo N° 181 – 2do Piso (3.100) Paraná – E. Ríos  
Tel.: (0343) 4209620  
E-mail: [dir.contratacionesms@gmail.com](mailto:dir.contratacionesms@gmail.com)



  
Gra. **MARÍA LAURA VILLA**  
Directora de Contrataciones  
Ministerio de Salud  
Gobierno de Entre Ríos

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Oferente  
ó Representante Legal  
C.U.I.T N°: \_\_\_\_\_



## DEPARTAMENTO INTEGRAL DEL MEDICAMENTO

### ANEXO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Expediente RU

RENGLON 1: Comprimidos de Metformina 850 mg – Medicamento

#### Especificaciones para medicamentos:

Los presupuestos deberán especificar la Especialidad medicinal Autorizada por ANMAT: nombre genérico, forma farmacéutica, presentación, nombre comercial y laboratorio productor.

#### REQUERIMIENTO DEL PROVEEDOR:

1. Si el proveedor es elaborador / importador de medicamentos:
  - a) Habilitación vigente de la planta elaboradora del producto ofrecido otorgada por ANMAT. De ser elaborador / importador radicado en esta provincia deberá presentar la habilitación vigente de este MS.
  - b) Certificado de cumplimiento de Buenas Prácticas de elaboración otorgada por la ANMAT.
  - c) Por cada medicamento ofrecido, el correspondiente Certificado Nacional emitido por ANMAT, vigente.
  - d) La especialidad medicinal, al momento de presentada la oferta, deberá figurar en el Vademécum Nacional de Medicamentos de la ANMAT, consultar en:  
<https://servicios.pami.org.ar/vademecum/views/consultaPublica/listado.zul>
2. Si el proveedor es droguería:
  - a) Si la Droguería es un establecimiento radicado en nuestra provincia deberá presentar copia de habilitación vigente.
  - b) Si la Droguería es un establecimiento radicado en otra provincia, deberá solicitarse la *Constancia de Inscripción de la empresa en el registro de ANMAT (Disposición 7038/2015) de empresas habilitadas para realizar Tránsito Interprovincial, debidamente legalizado / actualizado.*
  - c) Cumplimiento del punto 1.

#### EL ADJUDICATARIO DEBERÁ:

Garantizar el Traslado y Almacenamiento, de los medicamentos, en lugar seco, al abrigo de la luz y en condiciones adecuadas de temperatura, humedad e iluminación, de acuerdo con las instrucciones del fabricante y aprobadas por la ANMAT, de manera de no afectar directa o indirectamente la identidad y calidad del producto.

Para los casos en que el fabricante no indique traslado y almacenamiento en condiciones de refrigeración, en ambiente frío o refrigerado (Disposición ANMAT N° 3475/05- ANEXO C), se deberá realizar a temperatura mantenida entre 15° a 30° C.

En todos los casos se debe evitar la congelación, la exposición a la luz solar directa y al calor excesivo (temperaturas por encima de 40°C).





MINISTERIO DE  
SALUD  
GOBIERNO DE ENTRE RÍOS

## ***DEPARTAMENTO INTEGRAL DEL MEDICAMENTO***

Medicamentos: Rotulado conteniendo la leyenda "USO OFICIAL- DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA", en Cumplimiento de la Resolución 5553 MSAS, 20/oct/2006.

Entregar los productos con Vencimiento no inferior al año desde la fecha de entrega.



A. JORGE BRIGNOLI  
Farmacéutico MP 572 CoPR  
Jefe Departamento  
Dpto. Integral del Medicamento  
Ministerio de Salud - E. Ríos

## ACEPTACION DE LA JURISDICCION

PARA TODOS LOS EFECTOS DERIVADOS DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA POR VIA DE EXCEPCIÓN TRAMITADA POR EXPEDIENTE N° 3.034.322, EFECTUADA POR EL MINISTERIO DE SALUD, ACEPTAMOS LA JURISDICCIÓN DE LA CÁMARA EN LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO CON SEDE EN LA CIUDAD DE PARANÁ, PROVINCIA DE ENTRE RÍOS, Y RENUNCIAMOS A CUALQUIER OTRO FUERO O JURISDICCIÓN QUE CORRESPONDA O PUDIERA CORRESPONDER EN EL FUTURO.-

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

  /  /    
FECHA