



**HOSPITAL J. B. ALBERDI-SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA**

**CONCURSO DE PRECIOS**

PROVEEDOR:

DIRECCION:

Nos dirigimos a Usted/es para solicitarle/s quieran tener a bien cotizar a esta dependencia los elementos que se detallan a continuación

| Nº | CANT. | DESCRIPCION  | Pr Unitario | Pr Total |
|----|-------|--|-------------|----------|
| 1  | 300   | ACICLOVIR 800 MG COMP  |             |          |
| 2  | 2000  | AMOXICILINA + CLAVULANICO 500 (500 + 125) MG COMP              |             |          |
| 3  | 100   | CEFALOTINA 1000 MG INY   |             |          |
| 4  | 100   | CEFTAZIDIMA 1000 MG INY  |             |          |
| 5  | 500   | CEFTRIAXONA 1000 MG INY  |             |          |
| 6  | 200   | CIPROFLOXACINA 200 MG/100 ML INY                               |             |          |
| 7  | 1000  | CLINDAMICINA 300 MG COMP                                       |             |          |
| 8  | 300   | CLINDAMICINA 600 MG INY  |             |          |
| 9  | 50    | MEBENDAZOL 20 MG/ML SUSP X 30 ML                               |             |          |
| 10 | 50    | METRONIDAZOL 500 MG/100 ML INY                                 |             |          |
| 11 | 300   | NISTATINA 100000 UI OVULOS                                     |             |          |
| 12 | 50    | NISTATINA 100000 UI/ML SUSP X 60 ML                            |             |          |
| 13 | 500   | PIPERACILINA + TAZOBACTAM (4000+500) MG INY                    |             |          |
| 14 | 500   | PIRIMETAMINA 25 MG COMP  |             |          |
| 15 | 5     | SULFADIAZINA DE PLATA + VIT A + LIDOCAINA CREMA X 400 GR APROX |             |          |
| 16 | 300   | VANCOMICINA 500 MG INY   |             |          |
| 17 | 2000  | AGUA DESTILADA INY X 10 ML                                     |             |          |
| 18 | 100   | CALCIO GLUCONATO 10% INY X 10 ML                               |             |          |
| 19 | 100   | DEXTROSA 50% INY X 10 ML                                       |             |          |
| 20 | 100   | MAGNESIO SULFATO 25% INY                                       |             |          |
| 21 | 300   | POTASIO CLORURO MOLAR 1 MEQ/ML X 100 ML                        |             |          |
| 22 | 500   | SODIO CLORURO 0.9% INY X 10 ML                                 |             |          |
| 23 | 3000  | LEVOTIROXINA 100 MCG COMP                                      |             |          |
| 24 | 1000  | LEVOTIROXINA 25 MCG COMP                                       |             |          |
| 25 | 300   | METIMAZOL 20 MG COMP   |             |          |
| 26 | 300   | METIMAZOL 5 MG COMP  |             |          |
| 27 | 15    | OCTREOTIDE 0.1 MG INY  |             |          |
| 28 | 1500  | DICLOFENAC 25 MG/ML INY IM/EV                                  |             |          |
| 29 | 200   | KETOROLAC 30 MG/ML INY   |             |          |
| 30 | 30    | LIDOCAINA 2% JALEA   |             |          |
| 31 | 300   | MIDAZOLAM 5 MG/ML INY X 3 ML                                   |             |          |
| 32 | 100   | SUCCINILCOLINA 500 MG LIOFILIZADO INY                          |             |          |

| Nº | CANT. |  | Pr Unitario | Pr Total |
|----|-------|--|-------------|----------|
| 33 | 1000  | TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG COMP  |             |          |
| 34 | 1500  | TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML INY 1 ML APROX   |             |          |
| 35 | 3     | CLORHEXIDINA DIGLUCONATO 0.12 % SOL USO LOCAL X 250 ML APROX   |             |          |
| 36 | 2     | DETERGENTE DESINFECTANTE P/ SUELOS Y SUPERFICIES T/ SULFANIOS O SIMIL X 5 LITROS (ETCP)                        |             |          |
| 37 | 12    | DETERGENTE MULTIENZIMATICO (COMPOSICION MINIMA: LIPASAS-AMILASAS-PROTEASAS) CON VALVULA DOSIFICADORA X 1 LITRO |             |          |
| 38 | 24    | IDOPOVIDONA 10% SOL X LITRO  |             |          |
|    |       |  |             |          |
|    |       | <b>IMPORTANTE</b>  |             |          |
|    |       | Se deberá estar inscripto en el " Padrón de Agentes de Cobro" de la Municipalidad de Rosario (PAC)             |             |          |
|    |       |  |             |          |

Las propuestas deberán estar escritas a máquina y en papele membretado y/o pliego oficial

**FECHA DE APERTURA: 20/10/2020 HORA : 09:00**

**LUGAR DE ENTREGA; FARMACIA- Hospital J. B Alberdi**

**PLAZO DE ENTREGA:** Inmediata, según requerimiento de servicio

**FORMA DE PAGO :** 60 días fecha factura

**MANTENIMIENTO DE OFERTA :** 30 días

**COTIZAR EN PRECIO NETO ( I.V.A Y/O desc. Incluidos)**

Of. Compras Hospital J.B. Alberdi – Av. Puccio 575- T.E.FAX-4806171

  
 Lic. Mariana A. Cere  
 Directora Asociada Administrativa  
 Hospital J. B. Alberdi