GOBIERNO DE LA PROVINCIA
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0773 -HPDGR-2024

ANEO II (artículo 2°)
Pliego de Especificaciones Técnicas

Organismo contratante	Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
Jurisdicción	2.10.1 Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
CUIT	30-70949057-1
Domicilio	Av. Rawson 494 (Sur) Capital, Provincia de San Juan
Sitio web del Hospital	www.hospitalrawson.sanjuan.gob.ar
Portal de Compras Públicas	www.compraspublicas.sanjuan.gob.ar
Domicilio electrónico especial	comprahgr@gmail.com
Teléfonos de Depto. Compras	0264 4294700 interno 3007-3008
Procedimiento	CONTRATACION DIRECTA
Modalidad	PLURIPROPONENTE
Expediente	802-001095-2024
Objeto	Compra de Medicamentos
Destino	Servicio de Nutrición, Maternidad y Clínica Médica
Apertura de Ofertas	
Fecha y Hora	
Lugar	Departamento de Compras del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, Av. Rawson 494 (Sur) Capital, Provincia de San Juan

1. FORMULARIO PRESENTACION DE OFERTAS

Fecha:

Nombre del Oferente:

CUIT:

Rn.	Cant.	Forma	Descripción	Laborat.	Cert	Unitario	Total
1	900	AMP.	FENITOINA (DIFENILHIDANTOINA SODICA) 100 MG X 2 ML				
2	3.500	COMP.	FENITOINA 100 MG + FENOBARBITAL 100 MG				
3	800	AMP.	FENOBARBITAL 100 MG X 2 ML				
4	200	AMP.	FLUMAZENIL 0,5 MG X 5 ML				
5	10.000	COMP.	FLUOXETINA 20 MG				
6	60	ENV.	FORMULA ANTIESTREÑIMIENTO INFANTIL X 400 G				
7	300	ENV.	FORMULA DE INICIO DE 0 A 6 MESES X 800 G				
8	200	ENV.	FORMULA ENTERAL PEDIATRICA LISTA PARA COLGAR X 500 ML				
9	60	ENV.	FORMULA HIDROLIZADA EXTENSO DE CASEINA ENV. X 400 G				
10	20	ENV.	FORMULA NUTRICIONAL ANTIREFLUJO ENV. X 400 G				
11	200	ENV.	FORMULA PARA PREMATUROS ENV. X 400 G				

12	160	ENV.	FORMULA PARENTERAL DE NUTRICION 3 EN 1 CENTRAL HIPERPROTEICA X 1970 ML				
13	60	ENV.	FORMULA PARENTERAL DE NUTRICION 3 EN 1 INTRADIALITICA X 986 ML				
14	200	ENV.	FORMULA PARENTERAL DE NUTRICION 3 EN 1 PERIFERICA X 1904 ML				
15	2.000	AMP.	FUROSEMIDA 20 MG X 2 ML				
16	1.500	COMP.	FUROSEMIDA 40 MG				
17	10	AMP/ JGA PRELL	GAMMA GLOBULINA ANTITETANICA 250 UI AMP/JGA PRELL				
18	300	CREMA	GENTAMICINA 1 MG + BETAMETASONA 1 MG + MICONAZOL 20 MG/G CREMA X 20 G				
19	50	GOTAS	HALOPERIDOL 2 % X 20ML				
20	40	AMP.	HALOPERIDOL 50 MG/ML DECANOATO AMP. X 3 ML				
21	1.000	JER PRE	HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR 60 MG JER. PRE. 0,6 ML				
22	30	COMP MASTICA BLES	HIDROXIDO DE ALUMINIO - HIDROXIDO DE MAGNESIO-SIMETICONA				
23	4	AMP.	HIDROXIPOLIETOXIDODECANO 2% AET AMP. X 2 ML				
24	300	COMP.	HIERRO ELEMENTAL EN MICROESF 40 MG + ACIDO FOLICO 0.5 MG COMP.				
25	1.000	AMP.	HIERRO SACARATO 100 MG IV AMP. X 5 ML				
26	7.000	COMP.	HIERRO+ACIDO FOLICO+VIT B12 (FERRAMIN COMPLEX) COMP				
27	200	JARABE	IBUPROFENO 40 MG/ML JARABE				
28	10.000	COMP.	IBUPROFENO 400 MG COMP				
29	80	AMP.	IBUPROFENO 600 MG AMP. EV				
30	10	AMP.	ILOPROST 10MCG/ML AMP.				
31	60	FCO. AMP.	INMUNOGLOBULINA ANTI - D (RHO) FRASCO AMP.				
32	140	AEROS.	IPRATROPIO BROMURO 20 MCG/DOSIS AEROSOL X 250 DOSIS				
33	40	SOL.P/NE BULIZAR	IPRATROPIO BROMURO 25 MG/100 ML SOLUCION P/NEBULIZAR X 20 ML				
34	10	AMP.	ISOPROTERENOL 0.2 MG/ML AMP X 5 ML				
35	500	AMP.	ISOXUPRINA 10 MG AMP. X 2 ML				
36	3.500	COMP.	KETOROLAC 20 MG COMP.				
37	20	AMP.	L-CARNITINA 100 MG/ML AMP. BEBIBLE X 10 ML				
38	100	SOL.	LACTULOSA 65 % (650 MG/ML) SOLUCION FRASCO X 120 ML				
39	40	GOTAS OFTAL.	LATANOPROST + TIMOLOL OFT. SOL. X 2,5 ML				

GOBIERNO DE LA PROVINCIA
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0773 -HPDGR-2024

40	50	GOTAS OFTAL.	LATANOPROST 0.005% GOTERO X 2.5 ML.				
41	100	JARABE	LEVETIRACETAM 100 MG/ML JARABE X 300 ML				
42	350	AMP.	LEVETIRACETAM 500 MG AMP.				
43	6.500	COMP.	LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG COMP.				
44	20.000	COMP.	LEVOTIROXINA 100 MCG COMP.				
45	5.000	COMP.	LEVOTIROXINA 50 MCG COMP.				
46	20	CREMA	LIDOCAINA + PRILOCAINA ENV. X 2 PARCHES + CREMA				
47	400	FCO. AMP. O ENV.	LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA X 20 ML FCO. AMP. O ENV.POLIPROP				
48	10	SACHET	LIQUIDO PARA MANTENER ORGANOS DE TRASPLANTE X 1L				
49	50	CAP.	LORATADINA 5 MG + PSEUDOEFEDRINA 120 MG CAPSULA				
50	17.000	COMP.	LOSARTAN 50 MG COMP.				
51	300	GOTAS	MEPREDNISONA 4 MG/ML GOTERO X 15 ML				
52	1.000	COMP.	MEPREDNISONA 40 MG COMP.				
53	7.000	COMP.	METFORMINA 500 MG COMP.				
54	50	GRAGEA	METILERGONOVINA MALEATO 0,125 MG GRAGEA				
55	100	AMP.	METILERGONOVINA MALEATO 0,2 MG AMP. X 1 ML				
56	80	GOTAS	METOCLOPRAMIDA 0,5% GOTERO X 20 ML				
57	3.000	COMP.	METOTREXATO 10 MG COMP.				
58	600	AMP.	METOTREXATO 20 MG AMP.				
59	1.000	COMP.	METRONIDAZOL 500 MG COMP.				
60	1.000	SACHET	METRONIDAZOL 500 MG SACHET X 100 ML				
61	2.000	CAP/ COMP.	MICOFENOLATO MOFETIL 500 MG CAPSULA/COMP.				
62	1.200	COMP.	MICOFENOLATO SODICO 360 MG COMP.				
63	120	CREMA	MICONAZOL 2 % CREMA X 35 - 40 GR				
64	1.000	COMP.	MISOPROSTOL 200 MCG COMP. VAGINAL				
						TOTAL	

Plazo de entrega:

2. CONDICIONES ACCESORIAS

Condiciones Accesorias: El oferente podrá proponer otras presentaciones que serán puestas a consideración de la Comisión de Evaluaciones siempre y cuando no distorsionen el objeto del presente llamado.

Observaciones: No completar en este Anexo, sólo firmar como parte del pliego y presentar el detalle en la oferta económica. No olvide detallar marcas cuando corresponda.