



GOBIERNO DE LA PROVINCIA  
SAN JUAN

RESOLUCION N° **0 6 6 6** -HPDGR-2026

SAN JUAN, 0 4 MAY 2026

**VISTO:**

El Expediente N° 802-000664/2026, registro del Hospital Público Descentralizado Doctor Guillermo Rawson, dependiente del Ministerio de Salud; y,

**CONSIDERANDO:**

Que por las presentes actuaciones según Resolución N° 0620-HPDGR-2026 de fecha 27 de abril de 2026 se autoriza el llamado para la provisión de medicamentos con destino a los Servicios de Maternidad y Cardiología de este nosocomio.

Que se advierte la existencia de un error en las cantidades consignadas en el Anexo II – Vademecum en los renglones 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30, para la provisión de medicamentos con destino a los Servicios de Maternidad y Cardiología de este nosocomio.

Que interviene Asesoría Jurídica y de Control de Legalidad de Gobierno del Hospital Público Descentralizado Doctor Guillermo Rawson sin objeción legal que formular.

Que ha intervenido el Servicio Administrativo Financiero conforme a lo establecido en el Artículo 12° de la Ley N° 2476-I y su Decreto Reglamentario N° 0009-2022.

Que en consecuencia se dicta norma legal al respecto.

**POR ELLO;**

**EL DIRECTORIO DEL HOSPITAL PÚBLICO  
DESCENTRALIZADO DOCTOR GUILLERMO RAWSON**

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Sustitúyase en la Resolución N° 0620-HPDGR-2026 de fecha 27 de abril de 2026 las cantidades consignadas en el Anexo II – Vademecum en los renglones 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30, para la provisión de medicamentos con destino a los Servicios de Maternidad y Cardiología de este nosocomio, el que se modifica quedando de la siguiente manera:

**ANEXO II  
VADEMECUM**

**FORMA DE COTIZACIÓN:**

*En cada renglón correspondiente a medicamentos, se deberá incorporar las siguientes columnas:*

**FORMULARIO DE PRESENTACION DE OFERTAS**

*Fecha:*

*Nombre del Oferente:*

*CUIT:*

R G	Descripción	Nombre comer- cial o labora- torio	Certi- ficado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentaci ón Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descu ento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
1	IBUPROFENO 600 MG AMPOLLA EV			600					
2	IBUPROFENO 600 MG COMP			140.000					
3	ILOPROST 10MCG/ML AMPOLLA			12					
4	INMUNOGLOBULI- NA ANTI - D (RHO) FRASCO AMPOLLA			400					
5	INMUNOGLOBULI- NA ANTITIMOCITO HUMANA 25 MG (TIMOGLOBULINA) AMPOLLA			300					
6	INMUNOGLOBULI- NA G 5 G IV X 100 ML			1.300					
7	INMUNOGLOBULI- NA G IV 10 GRAMOS FCO. AMP. X 200 ML			260					
8	IPRATROPIO BROMURO 20 MCG/DOSIS AEROSOL X 250 DOSIS.			800					
9	IPRATROPIO BROMURO 25 MG/100 ML SOLUCION P/NEBULIZAR X 20 ML			1.600					
10	ISOPROTERENOL HCL 0,2 MG/ML AMP X 5 ML			260					
11	ISOXUPRINA 10 MG AMPOLLA X 2 ML.			3.200					
12	KETOROLAC 20 MG COMPRIMIDO			50.000					
13	KETOROLAC 30 MG AMPOLLA X 1 ML.			150.000					
14	LABETALOL 200 MG COMPRIMIDO			80.000					
15	LABETALOL 5 MG/ML AMPOLLA X 4 ML			6.400					
16	LACTULOSA 65 % (650 MG/ML) SOLUCION FRASCO X 120 ML			4.000					
17	LAGRIMA ARTIFICIAL GOTERO 10-15 ML.			4.000					
18	LATANOPROST + TIMOLOL OFT. SOL. X 2,5 ML			120					
19	LATANOPROST 0.005% GOTERO X 2.5 ML.			240					



GOBIERNO DE LA PROVINCIA  
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0668 -HPDGR-2026

R G	Descripción	Nombre comer- cial o labora- torio	Certi- ficado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentaci ón Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/20 26	% de descu ento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
20	L-CARNITINA 100 MG/ML AMPOLLA BEBIBLE X 10 ML			200					
21	LEFLUNOMIDA 20 MG COMPRIMIDO			4.000					
22	LETOZOL 2,5 MG COMP			120					
23	LEUCOVORINA (ACIDO FOLINICO) 15 MG COMPRIMIDO			260					
24	LEVETIRACETAM 100 MG/ML JARABE X 300 ML			260					
25	LEVETIRACETAM 1000 MG COMPRIMIDO			90.000					
26	LEVETIRACETAM 500 MG AMPOLLA			3.200					
27	LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDO			152.000					
28	LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG COMPRIMIDO			36.000					
29	LEVOSIMENDAN 12,5 MG FCO. AMP. X 5 ML			90					
30	LEVOTIROXINA 100 MCG COMPRIMIDO			200.000					
31	LEVOTIROXINA 50 MCG COMPRIMIDO			80.000					
32	LIDOCAINA + PRILOCAINA ENVASE X 2 PARCHES + CREMA			24					
33	LIDOCAINA 10% SPRAY			400					
34	LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA X 20 ML FCO. AMP. O ENV.POLIPROP			1.200					
35	LIDOCAINA 2% SIN EPINEFRINA X 20 ML FCO. AMP. O ENV.POLIPROP.			4.600					
36	LIDOCAINA 2% JALEA X 25 ML			2.400					
37	LIDOCAINA 2% S/EPINEFRINA AMPOLLA X 5 ML			45.000					
38	LIDOCAINA 2% VISCOSA FRASCO X 50 ML.			900					
39	LIQUIDO PARA MANTENER ORGANOS DE TRASPLANTE ENVASE X 1L			50					

R G	Descripción	Nombre comer- cial o labora- torio	Certi- ficado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentaci ón Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descu- ento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
40	LOPERAMIDA 2 MG COMPRIMIDO.			7.600					
41	LORATADINA + PSEUDOEFEDRINA 1 MG/ML JARABE X 60ML			24					
42	LORATADINA 1 MG/ML JARABE X 60 ML			600					
43	LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO			600					
44	LORATADINA 5 MG + PSEUDOEFEDRINA 120 MG CAPSULA			600					
45	LOSARTAN 50 MG COMPRIMIDO.			140.000					
46	LOTEPREDNOL ETABONATO 0,5%			24					
47	MAGNESIO SULFATO 25% (250 MG/ML) AMPOLLA X 5 ML			40.000					
48	MEPREDNISONA 4 MG/ML GOTERO X 15 ML.			3.200					
49	MEPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO			26.000					
50	MEPREDNISONA 8 MG COMPRIMIDO			40.000					
51	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO			40.000					
52	METILERGONOVI- NA MALEATO 0,2 MG AMPOLLA X 1 ML.			2.000					
53	METILERGONOVI- NA MALEATO 0,2 MG GRAGEA			240					
54	METILPREDNISOLO -NA 500 MG FCO. AMP.			1.200					
55	METIMAZOL 20 MG COMP			240					
56	METOCLOPRAMI- DA 0,2 % GOTERO X 20 ML			1.200					
57	METOCLOPRAMI- DA 0,5% GOTERO X 20 ML.			400					
58	METOCLOPRAMI- DA 10 MG AMPOLLA X 2 ML			90.000					
59	METOTREXATO 10 MG COMPRIMIDO			6.000					
60	METOTREXATO 15 MG COMPRIMIDO			6.000					
61	METOTREXATO 15 MG FRASCO AMPOLLA			60					



GOBIERNO DE LA PROVINCIA  
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0666-HPDGR-2026

R G	Descripción	Nombre comer- cial o labora- torio	Certi- ficado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentaci ón Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/20 26	% de des- cuento	PVP Unitario Kairos con descuent o	Total del renglón
62	METOTREXATO 20 MG AMPOLLA			2.600					
63	METOTREXATO 25 AMPOLLA			12					
64	MICOFENOLATO MOFETIL 500 MG CAPSULA/COMPRI MIDO.			20.000					
65	MICOFENOLATO SODICO 360 MG COMPRIMIDO.			20.000					
66	MILRINONA 1 MG/ML FCO. AMP. X 10 ML			400					
67	MISOPROSTOL 200 MCG COMPRIMIDO VAGINAL			6.000					
68	MISOPROSTOL 25 MCG COMPRIMIDO VAGINAL			1.800					
69	MONONITRATO DE ISOSORBIDE 20 MG COMPRIMIDO			600					
70	MOSAPRIDE GOTERO X 20ML			20					
71	MULTIVITAMINICO IV ADULTO AMPOLLA X 5ML.			320					
72	N-ACETILCISTEINA 600 MG COMP EFERVESCENTE - ENVASE X 20			400					
73	NALOXONA 0,4 MG AMPOLLA X 1 ML			500					
74	NAPROXENO 500 MG COMPRIMIDO			50.000					
75	NATAMICINA GOTAS OFTALM			40					
76	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO.			26.000					
77	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA 20 MG AMPOLLA X 1 ML			26.000					
78	NEOSTIGMINA 0,5 MG AMPOLLA X 1 ML.			2.000					
79	NEPAFENACO 0,1% GOTAS OFTALM			120					
80	NIFEDIPINA 30 MG COMPRIMIDO			4.000					
81	NIMODIPINA 30MG COMPRIMIDO			1.000					
82	NIMODIPINA 60 MG COMPRIMIDO			1.200					
83	NITROGLICERINA 25 MG/5ML AMPOLLA			7.000					
84	NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG FCO. AMP. X 5 ML			2.400					

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
85	NORADRENALINA 1 MG/ML AMPOLLA X 4 ML			20.000					
86	OCTREOTIDA 0.1MG/ML AMP			400					
87	OLIGOELEMENTO T/RITRAZ AMPOLLA X 10 ML			400					
88	OLOPATADINA GOTAS OFTALM			100					
89	OMEPRAZOL 20 MG COMPRIMIDO			300.000					
90	OMEPRAZOL 40 MG FCO. AMP			50.000					
91	ONDANSETRON 8 MG AMPOLLA X 4 ML			12.000					
92	ONDANSETRON 8 MG COMPRIMIDO			6.000					
93	OXIBUTININA 1 MG/ML JARABE X 200 ML			400					
94	OXIBUTININA 5 MG COMP			160					
95	OXITOCINA 5 UI AMPOLLA X 1 ML.			80.000					
96	PAMIDRONATO 90 MG FRASCO AMPOLLA			12					
97	PANCURONIO BROMURO 4 MG AMPOLLA X 2 ML			600					
98	PANTOPRAZOL 20MG COMP			2.000					
99	PANTOPRAZOL 40 MG AMPOLLA			400					
100	PAPAVERINA 60 MG AMPOLLA X 2 ML			120					
101	PARACETAMOL 1000 MG COMPRIMIDO			260.000					
102	PARACETAMOL 2% JARABE (20 MG/ML) X 120 ML.			1.400					
103	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO			40.000					
104	PARACETAMOL AL 10 % (100 MG/ML) GOTERO X 20 ML			1.200					
105	PEGAMENTO TISULAR BIOLÓGICO T /BERIPLAST ENVASE X 3 ML.			200					



GOBIERNO DE LA PROVINCIA  
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0666-HPDGR-2026

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
106	PILOCARPINA 2% GOTERO X 15ML.			240					
107	PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMPRIMIDO UNIDAD			400.000					
108	PIRIDOXINA (VIT. B6) 100 MG COMPRIMIDO			600					
109	POLIETILENGLICOL 3350 POLVO P/PREPAR X 70 G			800					
110	POLIVITAMINICO COMPRIMIDO			1.200					
111	POLIVITAMINICO T/SUPRADYN POLVO EFERVECENTE-COMPRIMIDO			360					
112	POTASIO CLORURO 223 MG (3 mEQ)/ML AMPOLLA X 5 ML			50.000					
113	POTASIO CLORURO MOLAR 1 MEQ/ML SACHET X 100 ML			6.000					
114	POTASIO GLUCONATO 30 % SOLUCION FRASCO X 150 ML			120					
115	PRALIDOXIMA 200 MG FCO. AMP.			12					
116	PRAMIPEXOL 1 MG COMPRIMIDO			1.600					
117	PREDNISOLONA ACETATO 1% FENILEFRINA CLORHIDRATO 0,12% GOTAS OFTALM			460					
118	PROPARACAINA 0,5% GOTAS OFTALMICAS X 10 ML			300					
119	PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO.			2.000					
120	PROSTAGLANDINAS PGE1 (ALPROSTADIL) 500 MCG/ML AMPOLLA.			60					
121	PROTAMINA CLORHIDRATO 50 MG (5000 UH) IV AMPOLLA X 5ML			300					

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
122	PROTAMINA SULFATO 10 MG/ML AMPOLLA X 5 ML			800					
123	RANITIDINA 50 MG AMPOLLA X 5 ML			46.000					
124	RESINA DE INTERCAMBIO IÓNICO (POLIESTIREN SULFONATO DE CALCIO (R.I.C CALCIO) SOBRES x 5 GR			240					
125	RITUXIMAB 100 MG FRASCO AMPOLLA			260					
126	RITUXIMAB 500 MG FRASCO AMPOLLA			200					
127	ROCURONIO, BROMURO 50MG AMPOLLA X 5 ML			4.600					
128	ROSUVASTATINA 10 MG COMP			76.000					
129	SALBUTAMOL 0,5 % SOLUCION X 10-20 ML NEBULIZAR			1.200					
130	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS AEROSOL X 200-250 DOSIS.			10.000					
131	SALES DE REHIDRATAACION ORAL SOBRE			2.000					
132	SALMETEROL 25 MCG + FLUTICASONA 250 MCG AEROSOL X 120 DOSIS			900					
133	SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 250 MCG DISKUS X 60 DOSIS T/SERETIDE			80					
134	SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 500 MCG DISKUS X 60 DOSIS T/SERETIDE			160					
135	SEVELAMER CARBONATO 800 MG COMPRIMIDO			2.400					
136	SILDENAFIL 50 MG COMPRIMIDO			500					



GOBIERNO DE LA PROVINCIA  
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0666-HPDGR-2026

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
137	SOLUCION DE DEXTROSA 10 % SACHET X 500 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			6.000					
138	SOLUCION FISIOLÓGICA (SODIO CLORURO 0.9%) SACHET X 100 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			114.000					
139	SOLUCION FISIOLÓGICA (SODIO CLORURO) SACHET X 2.000 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			3.000					
140	SOLUCION CLORURADA HIPERTÓNICA 20% (200 MG/ML) AMPOLLA X 5-20 ML.			40.000					
141	SOLUCION DE AMINOACIDOS 10 A 11,5% FRASCO x 500 ML			200					
142	SOLUCION DE AMINOACIDOS 8.5 % FRASCO x 500 ML			200					
143	SOLUCION DE BICARBONATO DE SODIO 1 MOLAR (1mEQ/ml) FLEXIBLE DOBLE PUERTO SACHET X 100 ML			4.000					
144	SOLUCION DE DEXTROSA 25 % SACHET X 500 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			3.200					
145	SOLUCION DE DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			66.000					
146	SOLUCION DE DEXTROSA 5% SACHET X 100 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			7.000					
147	SOLUCION DE DEXTROSA 5% SACHET X 250 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			32.000					

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
148	SOLUCION DE MANITOL 15 % SACHET X 500 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			2.000					
149	SOLUCION DE RINGER LACTATO SACHET SEMIRIGIDO X 500 ML			10.000					
150	SOLUCION DE RINGER LACTATO SACHET X 500 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			40.000					
151	SOLUCION FISIOLOGICA (CLORURO DE SODIO 0,9%) AMPOLLA X 10 ML			130.000					
152	SOLUCION FISIOLOGICA (CLORURO DE SODIO 0.9%) ENVASE 500 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			400.000					
153	SOLUCION FISIOLOGICA (SODIO CLORURO) SACHET X 250 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			50.000					
154	SOLUCION FISIOLOGICO DE RINGER SACHET X 500 ML FLEXIBLE DOBLE PUERTO			300					
155	SOLUCION GLUCOSADA HIPERTONICA 25% AMPOLLA X 10-20 ML.			7.000					
156	SOLUCION GLUCOSADA HIPERTONICA 50% AMPOLLA X 10 ML			600					
157	SUCCINILCOLINA 100 MG FCO. AMP.			3.000					
158	SUCRALFATO 1000 MG/5ML SUSPENSION X 200 ML			1.200					



GOBIERNO DE LA PROVINCIA  
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0 6 6 6 -HPDGR-2026

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
159	SUGAMMADEX 100 MG/ML AMPOLLA X 2 ML			2.600					
160	SULFADIAZINA DE PLATA + VIT A +LIDOCAINA CREMA X 30-50 GR			2.400					
161	SULFATO DE ZINC 22 MG AMPOLLA X 5 ML			30					
162	SULFATO FERROSO 125 MG/ML GOTERO X 20 ML			3.000					
163	SULFATO FERROSO 200 MG COMP. (EQUIV. 65 MG HIERRO ELEMENTAL)			120.000					
164	SURFACTANTE PULMONAR PORCINO 120 MG FCO. AMP. X 1.5 ML T/ CUROSURF			48					
165	SURFACTANTE PULMONAR PORCINO 240 MG FCO. AMP. X 3 ML T/ CUROSURF			48					
166	TACROLIMUS 1 MG CAPSULA/COMPR IMIDO			26.000					
167	TERAZOSINA 5 MG COMPRIMIDO			100					
168	TERLIPRESINA 1 MG FCO. AMP.			1.200					
169	TIMOLOL + BRIMONIDINA GOTAS OFTALM			140					
170	TIMOLOL + DORZOLAMIDA GOTAS			60					
171	TIMOLOL 0,5%-5 ML GOTERO X 5 ML			500					
172	TIOTROPIO 18 MCG CAPSULA PARA INHALAR			120					
173	TIOTROPIO 2.5MCG + OLODATEROL 2.5MCG SOLUCION P/INH X 30 DOSIS + INHALADOR			60					
174	TIROFIBAN 0.25 MG/ML FCO AMP X 50 ML			40					

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
175	TRIAMCINOLONA ACETONIDAQ 40 MG/ML AMPOLLA			60					
176	TROPICAMIDA 0,5% FENILEFRINA 5% GOTAS OFTALMICAS X 5 ML.			800					
177	VASOPRESINA 20 UI/ML AMPOLLA.			500					
178	VECURONIO BROMURO 10 MG FCO. AMP.			1.400					
179	VITAMINA ADC GOTERO X 20 ML			1.400					
180	VITAMINA D2 (ERGOCALCIFE ROL) 25 MG/100 ML GOTERO X 10 ML.			24					
181	VITAMINA E 1000 MG CAPSULA			120					
182	VITAMINA E 200 MG CAPSULA			240					
183	VITAMINA K 1 MG AMPOLLA X 0,5 ML			8.000					
184	VITAMINA K 10 MG AMPOLLA X 1 ML			6.400					
185	AMLODIPINA 10 MG COMPRIMIDO			60.000					
186	FLUCONAZOL 40 MG/ML JARABE			12					
187	BUDESONIDE SOLUCION P/ NEBULIZAR			1.500					
188	TIROTRICINA + BENZOCAINA + ASOC SOLUCION			40					
189	IBUPROFENO 40 MG/ML JARABE			15.000					
190	IBUPROFENO 400 MG COMPRIMIDO			140.000					
191	LACOSAMIDA 150 MG COMPRIMIDO			120					
192	VITAMINAS + AMINOACIDOS + MINERALES (OPOVITAL B12) JARABE			15					



GOBIERNO DE LA PROVINCIA  
SAN JUAN

RESOLUCION N° 0666 HPDGR-2026

RG	Descripción	Nombre comercial o laboratorio	Certificado	Cantidad máximas estimadas 12 meses	PVP Presentación Kairos al 17/04/2026	PVP unitarios Kairos al 17/04/2026	% de descuento	PVP Unitario Kairos con descuento	Total del renglón
193	FLUTICASONA+ VILANTEROL+U MECLIDINIO AEROSOL 200 mcg			60					
194	TIOTROPIO+OL ODATEROL AEROSOL			60					
<b>TOTAL GENERAL (en número)</b>									

TOTAL GENERAL (en letra)

**Condiciones Accesorias:** El oferente podrá proponer presentaciones alternativas, las cuales serán sometidas a consideración de la Comisión de Evaluación, siempre que no alteren ni desvirtúen el objeto del presente llamado.

**Observaciones:** No deberá completarse el presente Anexo, debiendo el oferente consignar el detalle correspondiente exclusivamente en la oferta económica. Asimismo, deberá indicar las marcas cuando corresponda.

Se deja constancia de que las cantidades solicitadas son estimativas y constituyen el máximo de unidades que podrán requerirse durante la vigencia del contrato. Las mismas se consignan al solo efecto de la estimación del gasto, no implicando obligación de adquisición en su totalidad por parte del organismo contratante.

Firma del Oferente.....  
Aclaración.....

**ARTÍCULO 2°.-** Déjese sin efecto el Anexo II – Vademecum de la Resolución N° 0620-HPDGR-2026.

**ARTÍCULO 3°.-** Téngase por Resolución, comuníquese, cúmplase y archívese.

Oficina	Firma Actuante
Realizador	H.J.A.
Dpto Administrativo	
A.JyC.L.G.	
Gerencia	

C.F.N. DANIEL H. FERRERO  
DIRECTOR ADM. CONTABLE  
HOSP. PUB. DESC. DR. G. RAWSON

Dr. ADRIAN E. NOVIDIO  
DIRECTOR DE PLANIF. Y GEST. OPERACIONAL  
HOSP. PUB. DESC. DR. G. RAWSON

