



Ministerio de Salud de la Nación
Secretaría de Equidad en Salud

2020 - Año del General Manuel Belgrano

Anexo I

Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operacion - Préstamo BID 3772/OC-AR				IMPORTANTE! TODA CORRESPONDENCIA, ENVIO O REFERENCIA DEBE MOSTRAR ESTE NUMERO		
ORDEN DE COMPRA			Nº	EX-2020-19210271- -APN-DAFYPMS#MSYDS		
OFICINA EMISORA: Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operacion - Préstamo BID 3772/OC-AR Av.9 de Julio 1925 8to. Piso (C1073CABA) CABA Tel.: 4382-0206 // 0553 CUIT: 30-54666342-2				NOMBRE Y DIRECCION DEL VENDEDOR: Droguería Libertad S.A. Calle Pichincha Nº 871/875. Ciudad Autonoma de Buenos Aires (5411) 4306-0800 pablon@droguerialibertad.com.ar 30- 60937302-0		
TERMINOS DE PAGO: Según Pliego				FECHA DE ENTREGA: Según Pliego		
LOTE Nº	Item	DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS	UNID.	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO TOTAL
1	Unico	Comprimido de Cefalexina 500 mg	Comprimido	2.443.270	0,1231 USD	300.865,4794 USD
OBSERVACIONES: Montos expresados en dolares estadounidenses				FLETE ESTIMADO		- USD
				MONTO TOTAL Neto de IVA		300.865,48 USD
				IVA 10,5%		- USD
				IVA 21%		63.181,75 USD
				MONTO TOTAL IVA INCLUIDO		364.047,23 USD
FIRMA AUTORIZADA:		(Firma)		(Fecha)		
LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:						
(Sello y Firma del Vendedor)				(Fecha)		
NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR 1. Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales al reverso de esta página 2. El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma. 3. La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada						
COPIA PARA						



Ministerio de Salud de la Nación
Secretaría de Equidad en Salud

Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR				<p>IMPORTANTE! TODA CORRESPONDENCIA, ENVIO O REFERENCIA DEBE MOSTRAR ESTE NUMERO</p>				
ORDEN DE COMPRA		N°		EX-2020-19210271- -APN-DAFYPMS#MSYDS				
OFICINA EMISORA: Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR Av.9 de Julio 1925 8to. Piso (C1073CABA) CABA Tel.: 4382-0206 // 0553 CUIT: 30-54666342-2				NOMBRE Y DIRECCION DEL VENDEDOR: Laboratorios Fabra S.A. Carlos Villate 5271 (B1605AXM) Munro - Bs.As. 4512-5573 al 78 info@fabra.com.ar Christian.andreu@fabra.com.ar 30-53447579-5				
TERMINOS DE PAGO: Según Pliego				FECHA DE ENTREGA: Según Pliego				
LOTE N°	Item	DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS	UNID.	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO TOTAL		
2	Unico	Dexametasona 4mg/ml Ampolla x 2ml	Frasco ampolla	135.936	0,3579 USD	48.644,8661 USD		
OBSERVACIONES: Montos expresados en dolares estadounidenses			FLETE ESTIMADO			- USD		
			MONTO TOTAL Neto de IVA			48.644,87 USD		
			IVA 10,5%			- USD		
			IVA 21%			10.215,42 USD		
			MONTO TOTAL IVA INCLUIDO			58.860,29 USD		
FIRMA AUTORIZADA:		(Firma)	(Fecha)					
LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:								
(Sello y Firma del Vendedor)			(Fecha)					
NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR								
1. Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales al reverso de esta página								
2. El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma.								
3. La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada								
COPIA PARA								



Ministerio de Salud de la Nación

Secretaría de Equidad en Salud

PROYECTO DE PROTECCIÓN DE PERSONAS VULNERABLES CONTRA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES – ECNT – BIRF 8508-AR				IMPORTANTE! TODA CORRESPONDENCIA, ENVIO O REFERENCIA DEBE MOSTRAR ESTE NUMERO		
ORDEN DE COMPRA			N° --	EX-2020-19210271- -APN- DAFYPMS#MSYDS		
OFICINA EMISORA: PROYECTO DE PROTECCIÓN DE PERSONAS VULNERABLES CONTRA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES – ECNT – BIRF 8508-AR Av. De Mayo 844 piso 1° (C1084AAQ) CABA Tel.: 4331-5667 CUIT: 30-54666342-2				NOMBRE Y DIRECCION DEL VENDEDOR: Klonal S.R.L. Lamadrid 802. Quilmes (1878) Buenos Aires (54 + 11) 4251-5954 (Int 260) hector.lhez@klonal.com.ar 30-57456436-7		
TERMINOS DE PAGO: Según Pliego				FECHA DE ENTREGA: Según Pliego		
LOTE N°	Item	DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS	UNID.	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO TOTAL
3	Unic o	Loratadina 10mg comprimido	Comprimido	461161	\$ 0,06	\$ 27.440,99
	0	0	Unidad	0	\$ -	\$ -
	0	0	Unidad	0	\$ -	\$ -
	0	0	Unidad	0	\$ -	\$ -
	0	0	Unidad	0	\$ -	\$ -
OBSERVACIONES: A los fines del IVA esta oficina se encuadra como sujeto no responsable.				FLETE ESTIMADO		\$ -
				MONTO TOTAL Neto de IVA		\$ 27.440,99
				IVA 10,5%		\$ -
				IVA 21%		\$ 5.762,61
				MONTO TOTAL IVA INCLUIDO		\$ 33.203,59
FIRMA AUTORIZADA:		(Firma)		(Fecha)		
LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:						
(Sello y Firma del Vendedor)				(Fecha)		
NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR						
1. Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales al reverso de esta página						
2. El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma.						
3. La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser						
COPIA PARA						

**Ministerio de Salud de la Nación**

Secretaría de Equidad en Salud

Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR

IMPORTANTE!
TODA CORRESPONDENCIA, ENVÍO
O REFERENCIA DEBE MOSTRAR
ESTE NÚMERO

ORDEN DE COMPRA		Nº	EX-2020-19210271- -APN-DAFYPMS#MSYDS			
OFICINA EMISORA: Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR Av.9 de Julio 1925 8to. Piso (C1073CABA) CABA Tel.: 4382-0206 / 0553 CUIT: 30-54666342-2		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL VENDEDOR: Lafedar S.A. Valentin Torra 4880. Parana (3100) Entre Rios Tel.: 0343-4363000. Int. 118 Cel.: 0343-154767546 emmanuel.melgarejo@lafedar.com ventasinstitucionales@lafedar.com 30-68107138-1				
TERMINOS DE PAGO: Según Pliego		FECHA DE ENTREGA: Según Pliego				
LOTE Nº	Item	DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS	UNID.	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO TOTAL
3	Unico	Loratadina 10mg comprimido	Comprimido	640.000	0,0591 USD	37.818,1818 USD
4	Unico	Ibuprofeno 400mg comprimido	Comprimido	6.500.000	0,0390 USD	253.553,7193 USD
5	Unico	Ibuprofeno suspensión oral 100mg/5ml (2%)	Frasco	531.000	0,7171 USD	380.784,0496 USD
OBSERVACIONES:		FLETE ESTIMADO				- USD
Montos expresados en dolares estadounidenses		MONTO TOTAL Neto de IVA				672.155,95 USD
		IVA 10,5%				- USD
		IVA 21%				141.152,75 USD
		MONTO TOTAL IVA INCLUIDO				813.308,70 USD
FIRMA AUTORIZADA:		(Firma)	(Fecha)			
<p>LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR</p> <p>Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:</p>						
(Sello y Firma del Vendedor)			(Fecha)			
NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR						
1. Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales al reverso de esta página						
2. El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma.						
3. La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada						
COPIA PARA						



Ministerio de Salud de la Nación
Secretaría de Equidad en Salud

2020 - Año del General Manuel Belgrano

Anexo I

Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR				<p>IMPORTANTE! TODA CORRESPONDENCIA, ENVÍO O REFERENCIA DEBE MOSTRAR ESTE NÚMERO</p>				
ORDEN DE COMPRA			Nº	EX-2020-19210271- -APN-DAFYPMMS#MSYDS				
OFICINA EMISORA: Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR Av.9 de Julio 1925 8to. Piso (C1073CABA) CABA Tel.: 4382-0206 // 0553 CUIT: 30-54666342-2				NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL VENDEDOR: Microsules Argentina S.A de S.C.I.A. Av. Cerviño 4407 9º piso C1425AHB, CABA (54-11) 4776-8182 int 131 nluna@microsules.com.ar masa@microsules.com.ar web@microsules.com.ar 30-51988733-5				
TERMINOS DE PAGO: Según Pliego				FECHA DE ENTREGA: Según Pliego				
LOTE Nº	Item	DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS	UNID.	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO TOTAL		
1	Unico	Comprimido de Cefalexina 500 mg	Comprimido	430.000	0,1149 USD	49.396,6942 USD		
3	Unico	Loratadina 10mg comprimido	Comprimido	200.000	0,0455 USD	9.090,9091 USD		
	0	0	Unidad	0	\$ -	\$ -		
OBSERVACIONES: Montos expresados en dolares estadounidenses			FLETE ESTIMADO			- USD		
			MONTO TOTAL Neto de IVA			58.487,6033 USD		
			IVA 10,5%			- USD		
			IVA 21%			12.282,3967 USD		
			MONTO TOTAL IVA INCLUIDO			70.770,00 USD		
FIRMA AUTORIZADA:		(Firma)	(Fecha)					
LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:								
(Sello y Firma del Vendedor)			(Fecha)					
NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR 1. Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales al reverso de esta página 2. El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma. 3. La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada								
COPIA PARA								



Ministerio de Salud de la Nación
Secretaría de Equidad en Salud

2020 - Año del General Manuel Belgrano

Anexo I

Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR				<p>IMPORTANTE! TODA CORRESPONDENCIA, ENVÍO O REFERENCIA DEBE MOSTRAR ESTE NÚMERO</p>		
ORDEN DE COMPRA		Nº		EX-2020-19210271- -APN-DAFYPMMS#MSYDS		
OFICINA EMISORA: Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operación - Préstamo BID 3772/OC-AR Av.9 de Julio 1925 8to. Piso (C1073CABA) CABA Tel.: 4382-0206 // 0553 CUIT: 30-54666342-2				NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL VENDEDOR: Sant Gall Friburg QCI S.R.L. Brasil 3133. (1260) CABA Tel.: +54.11.43083031 Cel: +54.11.66808161 Fax: +54.11.49425128 sanchezc@santgallfriburg.com.ar info@santgallfriburg.com.ar 30-52317952-3		
TERMINOS DE PAGO: Según Pliego				FECHA DE ENTREGA: Según Pliego		
LOTE Nº	Item	DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS	UNID.	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO TOTAL
5	Unico	Ibuprofeno suspensión oral 100mg/5ml (2%)	Frasco	180.000	0,7826 USD	140.876,0331 USD
OBSERVACIONES: Montos expresados en dolares estadounidenses						FLETE ESTIMADO - USD
						MONTO TOTAL Neto de IVA 140.876,03 USD
						IVA 10,5% - USD
						IVA 21% 29.583,97 USD
						MONTO TOTAL IVA INCLUIDO 170.460,00 USD
FIRMA AUTORIZADA:		(Firma)		(Fecha)		
LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:						
(Sello y Firma del Vendedor)				(Fecha)		
NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR 1. Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales al reverso de esta página 2. El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma. 3. La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada						
COPIA PARA						



Ministerio de Salud de la Nación
Secretaría de Equidad en Salud

Anexo I

Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operacion - Préstamo BID 3772/OC-AR	<p>IMPORTANTE! TODA CORRESPONDENCIA, ENVIO O REFERENCIA DEBE MOSTRAR ESTE NUMERO</p>
---	--

ORDEN DE COMPRA	Nº	EX-2020-19210271- -APN-DAFYPMMS#MSYDS
------------------------	-----------	--

<p>OFICINA EMISORA: Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Segunda Operacion - Préstamo BID 3772/OC-AR Av.9 de Julio 1925 8to. Piso (C1073CABA) CABA Tel.: 4382-0206 // 0553 CUIT: 30-54666342-2</p>	<p>NOMBRE Y DIRECCION DEL VENDEDOR: Laboratorios Vent 3 S.R.L. Juan D Jufre 4730. Jose Ignacio Diaz Tercera 5014. Cordoba 0351-4972251/2955 gerenciadeventas@vent3.com.ar ventas@vent3.com.ar compras@vent3.com.ar 30-63670738-0</p>
---	--

TERMINOS DE PAGO: Según Pliego	FECHA DE ENTREGA: Según Pliego
--------------------------------	--------------------------------

LOTE Nº	Item	DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS	UNID.	CANT.	PRECIO UNIT.	MONTO TOTAL
4	Unico	Ibuprofeno 400mg comprimido	Comprimido	6.000.000	0,0354 USD	212.231,4048 USD
5	Unico	Ibuprofeno suspensión oral 100mg/5ml (2%)	Frasco	70.000	0,7457 USD	52.199,1736 USD
	0	0	Unidad	-	- USD	- USD

OBSERVACIONES:	FLETE ESTIMADO		- USD
Montos expresados en dolares estadounidenses	MONTO TOTAL Neto de IVA		264.430,58 USD
	IVA 10,5%		- USD
	IVA 21%		55.530,42 USD
	MONTO TOTAL IVA INCLUIDO		319.961,00 USD

FIRMA AUTORIZADA:	(Firma)	(Fecha)
-------------------	---------	---------

LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR
Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:

(Sello y Firma del Vendedor)	(Fecha)
------------------------------	---------

NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR

- Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales al reverso de esta página
- El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra ó la facturación resultante de la misma.
- La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada

COPIA PARA



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2020-19210271-APN-DAFYPMS#MSYDS - Anexo I Modelo OC

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.