

**Municipio de Viale**

9 de Julio y Estrada  
C.P. : (3109) - Viale - E.Ríos  
Tel. : (0343) - 4920011-4920135  
IVA : Exento - CUIT : 30-99903611-9  
eMail : municipalidad@viale.gob.ar  
WEB : www.viale.gob.ar

**COTEJO DE PRECIOS Nro.2288****Para El : 02/07/2024 A Las 10.00 HS.****Objeto : ADQUISICION DE MEDICAMENTOS**

Viale 01 de julio de 2024

Señor/es : -- (0)  
Domicilio : -  
Localidad : (0000) --

Sírvase/n cotizar la provisión ó servicio que se detalla a continuación y de acuerdo a las condiciones insertas al pie  
Observaciones : CENTRO DE SALUD

---

**Jefe de Compras**

Orden	Cantidad	Unidad	Descripción	P.Unitario	Precio Total
0	10,00	U	AEROCÁMARAS		
1	5,00	CAJA X 100	AGUJAS 21GX1 ½		
2	5,00	CAJA X 100	AGUJAS 25GX1 25X25		
3	1000,00	U	AMITRIPTILINA 75 MG		
4	500,00	U	ASPIRINA 100 MG		
5	200,00	U	BETAMETASONA GOTAS POR FRASCO (VTO. LARGO)		
6	200,00	U	BUDESONIDE PUFF		
7	1000,00	U	CARBAMAZEPINA 200 MG		
8	1000,00	U	CLONAZEPAM 2 MG		
9	200,00	U	CURITAS		
10	500,00	U	DEXAMETASONA 4 MG		
11	800,00	U	DICLOFENAC 75 MG		
12	30,00	U	DICLOFENAC AMPOLLAS		
13	500,00	U	DIFENHIDRAMINA 50 MG		
14	6,00	U	GASAS PLANCHAS GRANDES		
15	300,00	U	HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG		
16	300,00	U	IBUPROFENO JARABE 4 % POR FRASCO		
17	500,00	U	JERINGAS DE 3ML		
18	500,00	U	JERINGAS DE 5ML		
19	2000,00	U	LEVOTIROXINA 100 MCG		
20	1000,00	U	LEVOTIROXINA 50 MCG		
21	100,00	U	LORATADINA 10 MG		
22	1000,00	U	LORAZEPAM 2 MG		
23	1000,00	U	LOSARTAN 100 MG		
24	1000,00	U	LOSARTAN 50 MG		
25	200,00	U	MEPREDNISONA 40 MG		
26	300,00	U	METRONIDAZOL 500 MG		
27	1000,00	U	OMEPRAZOL 20 MG		

**Municipio de Viale**

9 de Julio y Estrada  
 C.P. : (3109) - Viale - E.Ríos  
 Tel. : (0343) - 4920011-4920135  
 IVA : Exento - CUIT : 30-99903611-9  
 eMail : municipalidad@viale.gob.ar  
 WEB : www.viale.gob.ar

**COTEJO DE PRECIOS Nro.2288****Para El : 02/07/2024 A Las 10.00 HS.****Objeto : ADQUISICION DE MEDICAMENTOS**

Viale 01 de julio de 2024

Señor/es : -- (0)  
 Domicilio : -  
 Localidad : (0000) --

Sírvase/n cotizar la provisión ó servicio que se detalla a continuación y de acuerdo a las condiciones insertas al pie  
 Observaciones : CENTRO DE SALUD

				Jefe de Compras	
Orden	Cantidad	Unidad	Descripción	P.Unitario	Precio Total
28	2000,00	U	PARACETAMOL 500 MG		
29	400,00	U	PARACETAMOL GOTAS POR FRASCO (VTO. LARGO)		
30	2,00	U	PLATSUL A O SIMILAR DE 500 GR		
31	1500,00	U	PREGABALINA 75 MG		
32	500,00	U	QUETIAPINA 100 MG		
33	50,00	U	SALBUTAMOL GOTAS POR FRASCO		
34	200,00	U	SALBUTAMOL PUFF		
35	2000,00	U	TRAMADOL 50 MG		
				<b>TOTAL \$</b>	

Duración de la Oferta : .....  
 CONDICIONES DE PAGO : - CONTADO : .....  
 - FINANCIADO : .....  
 PLAZO DE ENTREGA DE MATERIALES : .....  
 IMPORTA LA SUMA DE PESOS : .....  
 OBSERVACIONES : .....

LUGAR, FECHA Y HORA : .....

Rogamos cotizar marca y especificaciones técnicas.

Presentar antes de la hora fijada, por Mesa de Entradas, en sobre cerrado, sin leyendas, con unica referencia a este cotejo.

Hoja : 2 de 2

arielm\_130093\_pc-168-093

---

 Firma y Sello