



Gobierno de la Provincia de Mendoza
República Argentina

Disposición

Número:

Mendoza,

Referencia: Disposición Determinación de Precios CM 80.198 y 80.205 ABC SA

Vista la Nota NO-2018-04461093-GDEMZA-DGCPYGB#MHYF, de orden 2, en Expediente N° EX-2018-04461045-GDEMZA-DGCPYGB#MHYF, que se iniciara a instancia de la firma ABC S.A., y

CONSIDERANDO:

Que en la mencionada Nota el proveedor solicita adecuación de precios, para el mes de Enero del 2019, conforme con lo establecido en el art. 150 del Decreto N° 1000/2018, para los insumos adjudicados en las Licitaciones Públicas de Convenio Marco N° 80.198/18- CATEGORÍA “SOLUCIONES PARENTERALES e INSULINAS” y Convenio Marco N° 80.205/18- CATEGORÍA “SOLUCIONES PARENTERALES e INSULINAS – DESIERTOS Y RECHAZADOS”.

Que por Disposición N° DI-2018-144-E-GDEMZA-DGCPYGB#MHYF esta Dirección General de Contrataciones Públicas y Gestión de Bienes adjudicó el llamado a Licitación Pública de Convenio Marco N° 80.198/907 Categoría: Soluciones Parenterales e Insulinas, y desiertos y rechazados del mismo Licitados en Convenio Marco N° 80.205/907, se adjudican por Disposición N° DI-2018-205-GDEMZA-DGCPYGB#MHYF; con destino a las Reparticiones dependientes del Gobierno de la Provincia de Mendoza.

Que en orden 5 la Dirección de Farmacología del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes solicita se notifique al proveedor ABC S.A. que la solicitud de re determinación de precios solicitada el día 19 de diciembre del corriente, se contemplará para el catálogo de febrero del 2019, debido a que en el artículo 17 del P.C.P. del C.M. 80.198 (orden 4) se establece que el proveedor deberá presentar la solicitud, por Mesa de Entradas de la Dirección General de Contrataciones Públicas y Gestión de Bienes, hasta el día 15 del mes anterior de la apertura del catálogo en el que quiera se le reconozca el nuevo precio, o el día hábil inmediato anterior, si el mismo fuera día no laborable. En el supuesto de que este pedido lo realice extemporáneamente, será considerado en el próximo mes.

Que por Nota NO-2019-00484053-GDEMZA-DFARM#MSDSYD en orden 12, la Directora de Farmacología, dependiente del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, expresa que atento a la nota presentada en orden 2 por el proveedor ABC S.A, en las cual solicita la determinación de precios para el mes de enero del 2019 de los insumos adjudicados en los Convenios Marco N° 80.198 y 80.205/907, y a la notificación realizada al proveedor en orden 7, sugiere dar lugar a los precios según detalle los ANEXOS que preceden en Orden 10 y 11 para el Catálogo de febrero, según los valores que se expresan en la columna “Pr.U. autorizado”, en función de lo establecido en el art. 17 del Pliego de Condiciones Particulares de las Licitaciones de referencia.

Que en Informes IF-2019-00492204-GDEMZA-DFARM#MSDSYD y IF-2019-00492194-GDEMZA-DFARM#MSDSYD, en orden 10 y 11, se adjuntan “Anexos”, con precios de referencia actualizados al mes de Febrero de 2019, por el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, para los productos del proveedor ABC S.A., manteniendo la relación porcentual a la apertura que se expresa en la tabla que forma parte de los referidos “Anexos ” y que determina el nuevo precio de los insumos, cuyos valores se indican en la columna “precio unitario autorizado”.

Por ello, y en ejercicio de sus atribuciones;

EL DIRECTOR GENERAL DE CONTRATACIONES

PÚBLICAS Y GESTIÓN DE BIENES

DISPONE:

Artículo 1º: *Determinar los precios de los insumos correspondientes a las adjudicaciones previstas en Disposiciones N° DI-2018-144-E-GDEMZA-DGCPYGB#MHYF y DI-2018-205-E-GDEMZA-DGCPYGB#MHYF , para el proveedor ABC S.A., por los motivos expuestos en los considerandos de la presente Disposición, a partir del 01 de Febrero del 2018, de acuerdo a las planillas “ANEXO REDETERMINACIÓN DE PRECIOS CM 80.198, ADQUISICIÓN DE SOLUCIONES PARENTERALES E INSULINAS: PROVEEDOR A.B.C. S.A. y ANEXO REDETERMINACIÓN POR CONVENIO MARCO 80.205, ADQUISICIÓN DE RENGLONES RECHAZADOS DE INSULINAS: PROVEEDOR A.B.C. S.A., que acompañan al presente acto administrativo, según lo expresado en la columna “Precio unitario”.*

Artículo 2º: *Instrúyase a la Subdirección de Compra Electrónica para que proceda a conformar el Catálogo de Oferta Permanente correspondiente al Convenio Marco N° 80.198/18 Soluciones Parenterales e Insulinas y 80205 Soluciones Parenterales e Insulinas- Renglones Rechazados”, de acuerdo a la determinación de precios autorizada por la presente Disposición.*

Artículo 3º: *Notifíquese electrónicamente al proveedor ABC S.A., publíquese en el portal web www.compras.mendoza.gov.ar, agréguese a las Actuaciones Administrativas y archívese.*

ANEXO REDETERMINACIÓN DE PRECIOS CM 80198, ADQUISICIÓN DE SOLUCIONES PARENTERALES E INSULINAS: PROVEEDOR A.B.C.S.A.
EE 2018- 1404055- SEGE

Gr	Re ng	CÓDIGO K&I ROS	Artículo	Descripción	Presentación	MARCA/LABO RATORIO	PROVEEDOR	PRECIO COTIZADO (1)	RELACIÓN PORCENTUAL (5)	PRECIO DE REFERENCIA (p. nbase) 18/12/18 (2)	Unidades por envase (3)	Precio unitario de referencia (4)	Pr. U.
3	1	179091	0311340031	INSUJINA NPH HUMANA X 100 UI	F.CO.AMPOLLA	DENSULIN N	A.B.C.S.A.	106,83	22,30	753,46	1	753,46	168,05
3	3	188551	0311340041	INSUJINA CORRIENTE HUMANA 100 UI	F.CO.AMP X 10ML	NOVOLIN R	A.B.C.S.A.	139,52	36,55	552,14	1	552,14	201,80
3	5	144231	0311340062	INSUJINA ASP ARTICA 100 UI/ML	JER.PRELENA	NOVORAPID FLEXPEN	A.B.C.S.A.	365,87	53,37	4924,62	5	984,924	525,62
3	6	221431	0311340063	INSUJINA ASP ARTICA BIFASICA 100 UI/ML	JER.PRELLAP	NOVOMIX 30	A.B.C.S.A.	358,97	53,37	4831,96	5	966,392	515,72
3	7	159901	0311340071	INSUJINA DETEMIR ACCION PROLONGADA 100 UIX3ML	JER.PRELL	LEVEMIR	A.B.C.S.A.	439,15	53,36	5801,79	5	1160,358	619,22
3	8	194291	0311340073	INSUJINA GUARGINA ACCION PROLONGADA 100 UI	JER.PRELL	LANTUS SOLOTAR	A.B.C.S.A.	237,32	29,25	5818,69	5	1163,738	340,34

ANEXO: RELACIÓN PORCENTUAL CON PRECIOS DE REFERENCIA											
NIO MARCO 80205: ADQUISICIÓN DE RENGLONES RECHAZADOS DE INSULINAS											
Artículo	Descripción	Presentación	Marca	CÓDIGO KAIROS	Cantidad Estimada Mensual	Precio Unitario	PRECIO DE REFERENCIA (envase) (2)	Unidades por envase (3)	Precio unitario de referencia (4)	RELACIÓN PORCENTUAL (5)	BASE DE REFERENCIA (6)
0311340034	INSULINA NPH HUMANA X 100 UI	JER.PRELLY/CAR	INSULATARD FLEXPEN NOVO	221401	4825	199,00	1909,59	5	381,918	52,11	KAIROS
0311340042	INSULINA CORRIENTE HUMANA X 100 U.I.	CARTUCHO	HUMULIN ELY Lilly	122413	210	227,40	2138,75	5	427,75	53,16	KAIROS

