Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00132/2023
Pieza Administrativa E Nro. 3448- E - 2023- 1728 - 0/ **Fecha: 17/05/23**
RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD **Apertura: 19/5/2023 12:00**

Encuadre Legal: LEY 1015- ART18 inciso C)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: ..... **Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : Ley Provincial Nº 1015 - Artículo - 18º Inciso c) y Nº 1465, Decretos Provinciales Nº 674/2011, Nº 3635/2022, Nº 188/2023 y N° 565/23, Resoluciones O.P.C. Nº 202/2020 – Anexo IV, Nº 17/2021 - Anexo I - Capítulo 1.b) y Nº 58/2021; Dictamen D.G.A.J.S. Nº 118/2023 e Informe D.P.R.P.-M.E. Nº 1426/2023

Notas de Pedidos Relacionadas: 2023/525 171 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	**Gas medicinal. UNIDAD**			
>>	Provisión de gases medicinales para los efectores de salud de la provincia los cuales corresponden al Hospital Regional Ushuaia, Hospital Regional Río Grande, Centro Asistencial Tolhuin y Centros Modulares. Insumos: Oxigeno gaseoso medicinal x m3 Oxigeno criogénico medicinal x m3 Anhídrido carbónico medicinal x 1 kg Nitrógeno medicinal x m3 Helio N-50 x 10m3 Nitrógeno N-50 x 10m3 Hidrógeno N-50 x 10m3	156916901.76	.....	.....
2	**Mant. elementos de almacenaje y manipulación de gases Ushuaia. UNIDAD**			
>>	Provisión de gases medicinales para los efectores de salud de la provincia los cuales corresponden al Hospital Regional Ushuaia, Hospital Regional Río Grande, Centro Asistencial Tolhuin y Centros Modulares. Servicios: Alquiler de envases gases Air Liquide Pintado de cilindros c/u Prueba hidráulica de cilindros con sello IRAM Cambio de válvulas de cilindro oxígeno Reposición tapas de cilindros c/u	16576643.52	.....	.....

Memo (Nro: 3) - FORMULARIO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA
LA OFERTA DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL (PRESENCIAL O VIA CORREO ELECTRONICO). SU PRESENTACIÓN Y EL HECHO DE COTIZAR Y FIRMAR EL PRESENTE FORMULARIO, IMPLICA EL PLENO CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE TODOS Y CADA UNO DE LOS REQUERIMIENTOS DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN, COMO ASÍ TAMBIÉN DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA ADJUDICACIÓN.
TODAS LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA OFERTA DEBERÁN ESTAR FIRMADAS Y ACLARADAS POR EL OFERENT

DNB

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00132/2023
Pieza Administrativa E Nro. 3448- E - 2023- 1728 - 0/ **Fecha: 17/05/23**
RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD **Apertura: 19/5/2023 12:00**

Encuadre Legal: LEY 1015- ART18 inciso C)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : Ley Provincial Nº 1015 - Artículo - 18º Inciso c) y Nº 1465, Decretos Provinciales Nº 674/2011, Nº 3635/2022, Nº 188/2023 y N° 565/23, Resoluciones O.P.C. Nº 202/2020 – Anexo IV, Nº 17/2021 - Anexo I - Capítulo 1.b) y Nº 58/2021; Dictamen D.G.A.J.S. Nº 118/2023 e Informe D.P.R.P.-M.E. Nº 1426/2023

Notas de Pedidos Relacionadas: 2023/525 171 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
	O POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO. ASIMISMO, LA OFERTA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DEL CERTIFICADO PROTDF VIGENTE. SE INDICA QUE LA OFERTA DEBERÁ COMPLETARSE UTIILIZANDO DOS DECIMALES EN LAS COLUMNAS DE CANTIDAD Y PRECIO, EN TODOS LOS RENGLONES QUE LA COMPONEN. ADEMÁS, LA COTIZACIÓN DEBERÁ REALIZARSE SIN CONSIDERAR EL I.V.A., SEGÚN LEY NUMERO 19.640 DE SER NECESARIO, LOS REQUERIMIENTOS, PLAZOS DE CUMPLIMIENTO, Y OTRAS CONDICIONES Y ACLARACIONES ADICIONALES RELACIONADAS CON LA PRESENTE CONTRATACIÓN, SE DETALLARAN EN UN ANEXO ADJUNTO EN CASO DE CORRESPONDER.			

TOTAL :$.....

Son Pesos:.....

.....
Firma y Sello Responsable

Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales ($_ _ _ _._ _)

Forma de Pago	SEGUN CONTRATO DE LOCACION DE SERVICIOS
Plazo de Entrega:	SEGUN CONTRATO DE LOCACION DE SERVICIOS
Mantenimiento de Oferta:	CONFORME DECRETO PCIAL.N ° 674/11- ARTICULO 34 APARTADO 47
Lugar de Entrega:	SEGUN CONTRATO DE LOCACION DE SERVICIOS
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	
Domicilio de presentación de ofertas:	SAN MARTIN N°15- 3° PISO-9410-USHUAIA-TDFeIAS
Domicilio de apertura de ofertas:	SAN MARTIN N°15- 3° PISO-9410-USHUAIA-TDFeIAS
Vigencia del Contrato:	VEINTICUATRO (24) MESES
Garantía de Oferta:	NO
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	

DTB

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

A N E X O I – COMPRA DIRECTA N° 132/2023
SOLICITUD DE COTIZACIÓN
(E.E. Nº MS-E-3448/2023)

DESCRIPCIÓN	USHUAIA	RIO GRANDE
Oxígeno gaseoso medicinal x m3	$	$
Oxígeno criogénico medicinal x m3	$	$
Anhídrido carbónico medicinal x Kg.	$	$
Nitrógeno medicinal x m3	$	$
Helio- N50 10m3	$	$
Nitrógeno N-50 10m3	$	$
Hidrógeno N-50 10m3	$	$
Alquiler envases gases	$	$
Pintado de cilindros c/u	$	$
Prueba Hidráulica de cilindros con sello IRAM	$	$
Cambio de válvulas cilindro Oxígeno	$	$
Reposición tapas de cilindros	$	$

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

A N E X O II – COMPRA DIRECTA Nº 132/2023

(E.E. Nº MS-E-3448/2023)

El **MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR,** invita a la presentación de la oferta pertinente, en el marco del procedimiento de contratación referente a la provisión de oxígeno y gases medicinales como así también alquiler de envases, mantenimiento de los mismos y pruebas hidráulicas, destinado a los efectores de salud de la Provincia de Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur, que tramita bajo Expediente Electrónico Nº M.S-E-3448-2023, conforme requerimiento de la Dirección General de Ingeniería Sanitaria dependiente de la Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales – M.S.; de acuerdo a las siguientes pautas y condiciones:

(A) CONSIDERACIONES GENERALES:

La contratación se establecerá por el término de VEINTICUATRO (24) meses, contados a partir de la suscripción del correspondiente Contrato de Suministro y de la Orden de Compra bajo el amparo de la Ley Provincial Nº 1015 - Artículo - 18º Inciso c) y Nº 1465, Decretos Provinciales Nº 674/2011, Nº 3635/2022, Nº 188/2023 y N° 565/23, Resoluciones O.P.C. Nº 202/2020 – Anexo IV, Nº 17/2021 - Anexo I - Capítulo 1.b) y Nº 58/2021; Dictamen D.G.A.J.S. Nº 118/2023 e Informe D.P.R.P.-M.E. Nº 1426/2023.

(B) ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

Corresponden las indicadas en el MODELO DE CONTRATO DE SUMINISTRO que, como Anexo III forma parte integrante de la Compra Directa citada.

(C) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR – EN ORGINAL Y/O COPIA AUTENTICADA COMO PARTE INTEGRANTE DE LA OFERTA:

De la Institución y/o Empresa:

-Estatuto o documentación que acredite la formación de la Institución / Empresa / Fundación.

-Documentación que acredite y avale al firmante del Contrato; en caso de tratarse de Apoderado/s, deberá asimismo presentar toda la documentación que lo acredite como tal (Documento de Identidad, Poderes Especiales, etc.).

-Constancia de Inscripción en A.F.I.P.

-Constancia de Inscripción en A.R.E.F.

-Certificado de Cumplimiento Fiscal de A.R.E.F.

-Certificado de Inscripción como Proveedor del Estado (ProTDF).

-Documentación que acredite la exclusividad del servicio, en caso de corresponder.

DTIB

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

-Constancia de C.B.U.

-El oferente deberá constituir con carácter de Declaración Jurada (conforme modelo que se adjunta), un domicilio especial y una dirección de correo electrónico, en donde serán válidas todas las comunicaciones que se le cursaren en el marco del presente trámite.

-Toda documentación complementaria y aclaratoria que se considere necesaria y oportuna que hagan al objeto de la presente contratación, sin perjuicio de los instrumentos que oportunamente pueda requerir el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Contrataciones - D.G.A.J.S, dependiente de la Secretaría de Coordinación.

Para consultas y adelanto de cotizaciones, dirigirse al siguiente correo electrónico:
contratacionesdgajms@tierradelfuego.gob.ar

FIRMA DEL OFERENTE: _____

ACLARACIÓN: _____

C.U.I.T.: _____

DOMICLIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DNB

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO ESPECIAL Y CORREO ELECTRÓNICO-

Al Ministerio de Salud de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur:

Por medio de la presente ……..……..…., D.N.I. Nº ……..…., en mi carácter de ……..…., de la empresa ……..…., vengo a informar con carácter de DECLARACIÓN JURADA, que el Domicilio Especial que constituyo a los efectos de la oferta presentada, correspondiente a la Compra Directa Nº XXX/23, llevada adelante mediante expediente electrónico Nº MS-E- /2023 del Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, es ……..…. de la ciudad de ……., provincia de …….. Por otro lado, constituyo como Correo Electrónico ……@.....

Asimismo, informo que cualquier notificación que se deba realizar a la firma ……, en relación a la Compra Directa citada, deberán efectuarlas a las direcciones detallas.

Un saludo cordial,

Firma:……...

Aclaración:……..

Carácter invocado:……

DTB

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

A N E X O III – COMPRA DIRECTA Nº 132/2023

MODELO DE CONTRATO DE SUMINISTRO

(E.E. Nº MS-E-3448/2023)

Entre la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, representada en este acto por la Señora Ministra de Salud, Dra. Judit Jésica Rosana DI GIGLIO, D.N.I. Nº 28.371.957, con domicilio en la calle San Martín Nº 450 de la ciudad de Ushuaia, en adelante **"LA PROVINCIA"** por una parte y por la otra **"LA EMPRESA"** ….. - C.U.I.T. N° …….., representada en este acto por su Apoderado, el señor (…..), titular del D.N.I. N° (….), quien acredita su condición mediante (…..), ambas denominadas **"LAS PARTES"**, acuerdan celebrar el presente Contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: LA EMPRESA proveerá de oxígeno y gases medicinales a los efectores de salud de **LA PROVINCIA** y se compromete a abastecerlos de acuerdo al esquema que se establece en el presente Contrato. -

CLÁUSULA SEGUNDA: LA EMPRESA proveerá de Oxígeno Líquido Criogénico a través de tanques de NUEVE MIL DOSCIENTOS METROS CÚBICOS (9.200 m3) de su propiedad, instalados en los correspondientes efectores de salud, obligándose una vez por mes a completar su capacidad, para lo cual deberá monitorear diariamente el nivel de los tanques, llevando un Registro de Consumo Diario de manera de mantener el normal suministro. **LA EMPRESA** deberá efectuar la reposición del producto antes que el volumen esté por debajo del TREINTA POR CIENTO (30 %) de la capacidad de los tanques. Asimismo proveerá UN (1) Termo de CIENTO VEINTE METROS CÚBICOS (120 m3) para la ciudad de Tolhuin. -

CLÁUSULA TERCERA: LA EMPRESA entregará a **LA PROVINCIA** Oxígeno Medicinal en envases de DIEZ (10) y SEIS (6) METROS CÚBICOS en las cantidades que se acuerden entre **LAS PARTES**, cuya demanda será indicada por los efectores de salud mediante solicitud fehaciente. No obstante, **LA EMPRESA** se compromete a mantener en perfecto estado de carga y mantenimiento las baterías de emergencia en envases de DIEZ METROS CÚBICOS (10 m3) en cada uno de los efectores de salud. Estos estarán dispuestos para ser utilizados en la red en caso de producirse alguna emergencia. -

CLÁUSULA CUARTA: LA EMPRESA entregará a los efectores de **LA PROVINCIA** Anhídrido Carbónico Medicinal, Protóxido Nitroso y Gases Alto y Bajo para laboratorio en envases de su propiedad, cuya demanda será indicada por cada uno de los citados efectores mediante solicitud fehaciente. -

CLÁUSULA QUINTA: LA EMPRESA garantiza y se responsabiliza por la pureza y calidad de oxígeno líquido y/o los gases medicinales comprimidos entregados. -

CLÁUSULA SEXTA: **LAS PARTES** acuerdan que los envases son de exclusiva propiedad de **LA EMPRESA**, garantizando sus condiciones técnicas y de seguridad. **LA PROVINCIA** no puede venderlos, cederlos o de otra manera transferirlos o gravarlos, comprometiéndose a cuidarlos y devolverlos en buen estado de conservación. -

CLÁUSULA SÉPTIMA: **LA PROVINCIA** se abstendrá de realizar cualquier trabajo de mantenimiento o reparaciones a envases o instalaciones provistas por **LA EMPRESA**. - - - - - - - - -

CLÁUSULA OCTAVA: **LA PROVINCIA** reconoce que el transporte, tenencia, depósito y uso de los envases de **LA EMPRESA** son actividades riesgosas, por lo tanto, el personal involucrado deberá conocer las medidas de seguridad para su manejo. A pedido de **LA PROVINCIA**, **LA EMPRESA** podrá instruir y capacitar al personal de los efectores de salud involucrados, con respecto a procedimientos y métodos relacionados a la seguridad en el transporte, tenencia, depósito y uso de los envases. -

CLÁUSULA NOVENA: **LA EMPRESA** tendrá a su cargo los gastos de conservación y reemplazo de piezas que fueran necesarias como consecuencia del desgaste normal, prueba hidráulica y mantenimiento de las válvulas en los envases de su propiedad. A efectos de garantizar la provisión objeto de este Contrato, **LA EMPRESA** realizará las mismas tareas con relación a los envases propiedad de **LA PROVINCIA** quedando a cargo de ésta los gastos que por ello se produzcan. - - - -

CLÁUSULA DÉCIMA: Mientras dure el presente Convenio **LA PROVINCIA** se compromete a tomar las medidas necesarias para evitar la pérdida o deterioro de los envases en uso y adoptar los procedimientos de precaución y seguridad recomendados por **LA EMPRESA**. En caso de pérdidas por responsabilidad de **LA PROVINCIA**, ésta se obliga a pagar los envases extraviados a valores de plaza. -

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: El presente Convenio tendrá una duración de VEINTICUATRO (24) meses, contado a partir de la fecha de su suscripción. - - - - - - - - - - - - - - -

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: **LA EMPRESA** mensualmente emitirá las facturas correspondientes entre el PRIMERO (1°) y el QUINTO (5°) día hábil de cada mes posterior a la prestación de servicio, debiendo **LA PROVINCIA** a través de la Dependencia que recibió el servicio, conformar la misma mediante Informes / Certificación de Servicios que detalle las tareas desarrolladas, proceder de acuerdo a la normativa de aplicación para la tramitación de cancelación de facturas y remitir a posteriori los actuados a la Dirección General de Administración Financiera del Ministerio de Salud, para la continuidad del trámite. -

A fin de la presentación de la factura electrónica, en caso de corresponder, el correo electrónico receptor de la facturación es el que se detalla seguidamente:

- dgingenieriahosp@gmail.com

Asimismo, se establece que los valores expuestos en el Anexo I del presente, podrán sufrir

DMB

modificaciones si **LAS PARTES** de común acuerdo proceden a redeterminar los precios aquí pactados, a cuyos efectos deberán encontrarse dadas las condiciones fijadas lo dispuesto en la Cláusula DÉCIMA TERCERA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: **LA EMPRESA** podrá solicitar redeterminar los precios pactados en el Anexo I del presente, según calendario propuesto cada SEIS (6) meses, conforme lo establecido en la Resolución O.P.C. N° 202/2020 - Anexo IV, que reglamenta el Artículo 36° de la Ley Provincial N° 1015 y en el Informe D.P.R.P.-M.E. N° 1426/2023 y/o instrumentos que reemplacen en un futuro con idéntico objeto, utilizándose los factores de costos, las incidencias sobre el costo final y las fuentes referenciales que se presentan a continuación: - - - - - - - - - - - - - - -

-Factor SERVICIOS DE LOGÍSTICA: este factor responde a las remuneraciones y cargas sociales de los prestadores por todo concepto comprendido en la entrega de materiales, empaquetado, envío y transporte de bienes. Sólo se reconocerán alteraciones del costo por las variaciones que surjan de la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE). Su peso influyente en el costo final es de 10 p.p. -

-Factor BIENES DE CONSUMO: responde al cúmulo de insumos necesarios para la prestación de servicios, sólo se reconocerán alteraciones del costo cuando se vean variaciones que surjan del Índice de Precios del Consumidor, Región Patagonia – Aperturas: SALUD. La incidencia de este factor en el precio final del servicio es de 45%. -

-Factor GASTOS GENERALES: representa las variaciones de costo del conjunto de componentes que proporcionan una oportuna y eficiente prestación de servicio. Sólo se reconocerán alteraciones cuando surjan variaciones del Índice de Precios del Consumidor, Región Patagonia – Nivel General, cuyo peso específico en el costo final es de 45%. -

Los nuevos precios surgirán de la aplicación de la siguiente fórmula Polinómica:

$$Coef.\,de\,Actual. = \left\{0{,}10 * \left(\frac{RIPTE_1}{RIPTE_0} - 1\right) + 0{,}45 * \left(\frac{IPC - Salud_1}{IPC - Salud_0} - 1\right) + 0{,}45 * \left(\frac{IPC - Nivel\ General_1}{IPC - Nivel\ General_0} - 1\right)\right\}$$

Donde los subíndices 0 y 1 representan el mes de presentación de la oferta o última redeterminación, y el mes anterior a la solicitud de la redeterminación respectivamente. - - - - - - -

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: En el caso que se produzca un desequilibrio manifiesto en las prestaciones a las que se obligan recíprocamente **LAS PARTES**, como consecuencia de la evolución de los costos o circunstancias económicas ajenas a **LA EMPRESA**, ambas partes asumen el compromiso de realizar los mayores esfuerzos a fin de restablecer el equilibrio económico financiero original, sin perjuicio de reservarse la facultad de ejercer los derechos y acciones que legalmente les competa.- -

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: El presente Convenio no podrá ser rescindido por falta de

expresión de causa, obligándose **LAS PARTES** contractuales a formular expresa causal de rescisión para poder resolver el presente contrato, debiendo comunicarse en forma recíproca mediante notificación fehaciente con una anticipación no menor a los SESENTA (60) días, la causa invocada.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: **LAS PARTES** fijan domicilio en los indicados en el encabezamiento del presente Convenio y en los cuales se tendrán como válidas todas las comunicaciones que se cursen con relación al presente. -

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: Para cualquier controversia que se origine en el cumplimiento del presente Convenio, **LAS PARTES** se someten a la jurisdicción de los Juzgados Ordinarios Provinciales con asiento en la ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro fuero y/o jurisdicción. -

En prueba de conformidad, se firman TRES (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los _______ días del mes de ________________ de 2023 en la ciudad de Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. -

(*) NOTA: *Se deja constancia que el presente es un* ***Modelo de Contrato****, de manera que podrá ser modificado -en lo formal- en el momento previo a su suscripción.*

DNB

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****

MINISTERIO DE SALUD

ANEXO I – CONTRATO DE SUMINISTRO

DESCRIPCIÓN	**USHUAIA**	**RIO GRANDE**
Oxígeno gaseoso medicinal x m3	$	$ .....
Oxígeno criogénico medicinal x m3	$	$ .....
Anhídrido carbónico medicinal x Kg.	$	$ .....
Nitrógeno medicinal x m3	$	$ .....
Helio- N50 10m3	$	$.....
Nitrógeno N-50 10m3	$	$ .....
Hidrógeno N-50 10m3	$	$ .....
Alquiler envases gases	$	$ .....
Pintado de cilindros c/u	$	$ .....
Prueba Hidráulica de cilindros con sello IRAM	$	$.....
Cambio de válvulas cilindro Oxígeno	$	$ .....
Reposición tapas de cilindros	$	$ .....

FIRMA DEL OFERENTE: _____

ACLARACIÓN: _____

C.U.I.T.: _____

DOMICLIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD