

Señores:

PETICIÓN DE OFERTA	
Petición de Oferta No.:	PMTS-MED202502-0001
Fecha de Emisión:	5/12/2024
Persona Contacto:	Heidi Socorro
Teléfono:	0424-6124374
Correo Electrónico:	<a href="mailto:hsocorro@paluz.org">hsocorro@paluz.org</a>
Pag. 1/1	

Sírvanse presentar su mejor oferta, tiempo de entrega y condiciones de pago para el suministro de (los) material(es) / servicio(s) descrito(s) a continuación:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD
1		ACETAMINOFEN 180 MG / 5 ML	1.000	FRASCO
2		ACETAMINOFEN 650 MG (BLISTER X 10 COMP)	500	BLISTER
3		ALBENDAZOL 400 MG (BLISTER X 2 COMP)	500	BLISTER
4		ALBENDAZOL 400 MG X 10 ML (SUSP PEDIATRICA)	700	FRASCO
5		AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 250 MG + 28,5 MG / 5 ML (POLVO PARA SUSPENSIÓN)	400	FRASCO
6		AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 875 MG / 125 MG (BLISTER X 14 TAB)	300	BLISTER
7		AZITROMICINA 200 MG / 5 ML (POLVO PARA SUSPENSIÓN)	300	FRASCO
8		CEFADROXILO 250 MG / 5 ML ( POLVO SUSPENSIÓN X 75 ML)	200	FRASCO
9		CEFIXIMA 100 MG / 5 ML (POLVO PARA SUSPENSIÓN X 60 ML)	200	FRASCO
10		CLORFENIRAMINA AMP 10MG	200	AMPOLLA
11		DESLORATADINA 0,5 MG / 1 ML (FRASCO X 60 ML)	400	FRASCO
12		DICLOFENAC POTÁSICO AMP 75MG	600	AMPOLLA
13		GENTAMICINA AMP 80MG / 2ML	500	AMPOLLA
14		IBUPROFENO 600 MG (BLISTER X 10 COMP)	500	BLISTER
15		METRONIDAZOL 250 MG / 5 ML (SUSPENSIÓN X 120 ML)	600	FRASCO
16		BUDESONIDA 1MG/ML (SUSPENSIÓN PARA INHALAR)	300	FRASCO
17		METOCLOPRAMIDA AMP 10MG	500	AMPOLLA
18		OXACILINA SÓDICA AMP 1GR	200	AMPOLLA
19		SALBUTAMOL 0,5% (SOLUCIÓN PARA INHALAR)	300	FRASCO
20		HIERRO + ÁCIDO FÓLICO 40MG/350MG (CAJA X 30 TABLETAS)	187	CAJA
21		ALGODÓN (ROLLO 500 GR)	60	ROLLO
22		DEPRESORES LINGUALES (CAJA X 100 UNIDADES)	60	CAJA
23		BURETA	500	UND
24		CATETER ENDOVENOSO #20 (UNIDAD)	500	UND

Señores:

**PETICIÓN DE OFERTA**

Petición de Oferta No.: PMTS-MED202502-0001  
Fecha de Emisión: 5/12/2024  
Persona Contacto: Heidi Socorro  
Teléfono: 0424-6124374  
Correo Electrónico: [hsocorro@paluz.org](mailto:hsocorro@paluz.org)

Pag. 1/1

Sírvanse presentar su mejor oferta, tiempo de entrega y condiciones de pago para el suministro de (los) material(es) / servicio(s) descrito(s) a continuación:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD
25		CATETER ENDOVENOSO #24 (UNIDAD)	600	UND
26		GASAS ESTERILES (PAQUETE X 4 PLIEGOS)	600	PAQUETE
27		INYECTADORA 20CC	2.000	UND
28		INYECTADORA 3CC	1.300	UND
29		MACROGOTERO (UNIDAD)	2.600	UND
30		PERICRANEAL #23	500	UND
31		PERICRANEAL #25	600	UND
32		GUANTES DESCARTABLES (CAJA X 100 UNIDADES)	100	CAJA
33		ALCOHOL ANTISEPTICO (GALON)	70	GALÓN

**CONDICIONES GENERALES:**

1. El presupuesto debe presentarse a nombre de Fundación Primeros Auxilios LUZ, bajo el RIF: J-41156167-3, Dirección: Calle 66 con esquina Av. 11B, Edif. Innofarma, Piso PB, Local 65-51, Urb. La Estrella, Maracaibo, estado Zulia.
2. Se deben especificar la marca comercial y las presentaciones de los productos ofertados.
3. El importe debe ir desglosado, y es requisito imprescindible indicar los importes debidos al IVA y a otros impuestos que sean de aplicación.
- 4. Se debe indicar la validez del presupuesto, condiciones de pago, tiempo y lugar de entrega.**
5. El presupuesto debe estar FIRMADO Y SELLADO y enviado en formato PDF vía correo electrónico a la Coordinación de Compras y Contratos [hsocorro@paluz.org](mailto:hsocorro@paluz.org) o [lparra@paluz.org](mailto:lparra@paluz.org)