



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MONTE PATRIA
DEPARTAMENTO DE SALUD

**MAT: Aprueba Bases de Propuesta y
Nombra Comisión Evaluadora.**

MONTE PATRIA; 27 de Febrero de 2015.-

VISTOS

- ❑ D.F.L. N° 1-19.704, de fecha 27.12.2001, publicado en el Diario Oficial de fecha 03.05.02 que fija el Texto Refundido, Coordinado, Sistematizado y Actualizado de la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- ❑ El Acta de Instalación del Concejo Municipal de Monte Patria de fecha 06 de Diciembre de 2012;
- ❑ Decreto Alcaldicio N° 13.357 de fecha 15 de Diciembre de 2014 que aprueba Presupuesto Salud para el año 2015.
- ❑ Lo dispuesto en la Ley N°19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestaciones de Servicios; en el D.S. (H) N°250, Reglamento de dicha Ley y las atribuciones que me confiere el Art. N°63 de la Ley N°18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- ❑ Pedido de Materiales N° 57, de fecha 20.02.2015, emitido por DEPTO DE SALUD; y
- ❑ En uso de las facultades que mi cargo me confiere;



DECRETO ALCALDICIO N° 2435.-

1.- **APRUÉBASE** las Bases Administrativas y demás antecedentes adjuntos del llamado a Propuesta Pública N° **2996-34-L115** denominado **“CANASTA INTEGRAL ATENCIONES OTORRINOLARINGOLOGÍA”**.

2.- **ESTABLÉZCASE** el siguiente calendario para la licitación:

Actividad	Fecha	Horario
Publicación de Propuesta	26.02.2015	13:06
Cierre Recepción Ofertas	04.03.2015	13:06
Apertura	04-03-2015	14:39
Inicio de Preguntas	26.02.2015	16:38
Término de Preguntas	01.03.2015	16:38
Respuesta a Preguntas y Aclaraciones	02.03.2015	16:38

3.- **NÓMBRESE** a la Comisión Evaluadora de Ofertas de la Propuesta Pública N° **2996-34-L115**, a las siguientes personas:

- Jefe Depto. de Salud
- Jefe Unidad Técnica
- Jefe de Servicios Generales

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MONTE PATRIA
DEPARTAMENTO DE SALUD

4.- ESTABLÉZCASE que la Comisión Evaluadora de ofertas se reunirá el día 06 de Marzo 2015 a las 10:00 horas en dependencias del Departamento de Salud de la Municipalidad de Monte Patria.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE A DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARIA MUNICIPAL, DIRECCION DE CONTROL, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.



*** SECRETARIO MUNICIPAL**



*** ALCALDE (S)**