GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

ANEXO N° 04
SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	087
FECHA:	06 de Mayo de 2026

RAZON SOCIAL :..... **RUC N°** :.....
DIRECCION :..... **TELEFONO**:.....
REFERENCIA : INFORME N° 014-2026-G.R. CUSCO/D.R.S.C./U.E.408/H.E./C.E.
INFORME N° 003-2026-G.R.CUSCO/DRSC/UE408:HE:CANCER
INFORME N° 0016-2026/GR. CUSCO/GRSC/U.E.408-HE/S.E.
INFORME N° 017-2026/MINSA/DIRESA-UE-408/H.E./C.EXT.
PEDIDO SIGA. N°: 000121, 000441,000442,000617,000716
META : 00123,0056,0059,0120,0006
FTE.FTO. : 1-00

ARTICULO					MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	DESCRIPCION		P.U.	TOTAL
1	497000020863	10	UNIDAD	CINTA MÉTRICA DE TEFLÓN 59 cm - USO NEONATAL			
2	495700741690	300	UNIDAD	CITOCEPILLO PARA PAPANICOLAU			
3	495700741692	4	UNIDAD	CITOCEPILLO PARA PAPANICOLAU X 100			
4	496900340014	2	UNIDAD	COLLARÍN CERVICAL RÍGIDO PARA ADULTO			
5	496900340013	2	UNIDAD	COLLARÍN CERVICAL RÍGIDO PARA NIÑO			
6	495100050092	300	UNIDAD	ESPECULO VAGINAL COLLIN DESCARTABLE MEDIANO			
7	495100050106	20	UNIDAD	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE			
8	495100050005	500	UNIDAD	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO			
9	495100050107	10	UNIDAD	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE PEQUEÑO			
10	512000060229	24	UNIDAD	INDICADOR QUIMICO EXTERNO DE ESTERILIZACION A VAPOR 18 mm X 55 m			
11	495700960008	6	UNIDAD	PAPEL CREPADO 1.20 m X 1.20 m X 125			
12	495701300064	5	UNIDAD	PAPEL PARA ECOGRAFIA 110 mm X 20 m			
13	495701300125	2	UNIDAD	GEL PARA ECOGRAFIA.			
				A) DOCUMENTACION:			
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.			
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)			
				* Declaración Jurada de Datos del Postor			
				* Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento.			
				* Tener la Resolución Directoral del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario Vigente del producto ofertado, así como de las modificaciones efectuadas y autorizadas por la			
				* Certificado de buenas prácticas de almacenamiento.			
				* Carta de canje (cuando la fecha sea menor a la solicitada).			
				* La vigencia deberá ser igual o mayor a 36 meses al momento de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad; y estará en relación directa a la propuesta ofrecida por el contratista.			
				B) PLAZO DE ENTREGA:			
				Plazo de entrega será de 10 dias calendarios, después de notificado la orden de compra.			
				C) LUGAR DE ENTREGA:			

				Los bienes seran entregados en las instalaciones del Hospital de Espinar en coordinacion almacen central y el area usuaria, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.			
	NOTA: TENER EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTADO AL PRESENTE.						
						TOTAL IMPORTE DE COTIZACION	

FECHA DE COTIZACIÓN .....

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los **TERMINOS DE REFERENCIA** y/o **ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimien

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa .....

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (Oferta Economica Valida Del_____Al_____)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :.....

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotizacion se entrega en SOBRE CERRADO o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logistica, en horario de oficina (07:45 hasta 15:30 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

MINISTERIO DE SALUD – HOSPITAL DE ESPINAR – GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO – OFICINA DE LOGISTICA

.....
RESP. COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El (la) que suscribe....., identificado con DNI N°..... Representante Legal de la empresa..... con RUC N°..... activo y habido, con domicilio legal en .....correo electrónico ..... autorizado para notificaciones.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

c) Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que indico en la presente cotización.
d) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en las Especificaciones Técnicas o Términos de Referencia, cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
e) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el articulo 99° del TUO de la Ley N° 27444 ley de Procedimiento Administrativo General.
f) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588 Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
g) No tener parentesco con autoridades y/o funcionarios de la U.E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley General de Contrataciones Públicas Ley N° 32069 y su Reglamento
h) No cuento con inhabilitaciones vigente para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236º del TUO de la ley Nº27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
i) No tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley Nº32069" Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento"
j) No me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
k) No percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del estado peruano (institución pública o empresa del estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos.
l) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de legalidad.
m) No cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
n) Conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
o) Me someto a las sanciones contenidas en la "Ley 32069 Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento" así como TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General. Ley N° 27444.
p) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del estado o de terceros.

Espinar:.....202...

.....

Firma y sello del Proveedor

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:
Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar
Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es el .....con Razón Social ....agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....
Firma
Nombre y apellidos del proveedor o de su representante
DNI:

TÉRMINOS DE REFERENCIA (TDR)

ADQUISICIÓN DE COLLARÍN CERVICAL RÍGIDO ADULTO

Adquisición de Collarín Cervical Rígido para Adulto

1. ANTECEDENTES

El Servicio de Emergencia del Hospital espinar, requiere la adquisición de dispositivos médicos para el manejo adecuado de pacientes con traumas cervicales o condiciones que requieran inmovilización del cuello. Uno de estos dispositivos es el collarín cervical rígido para adulto, el cual es indispensable en servicios de emergencia, traumatología, fisioterapia y cuidados intensivos.

2. OBJETIVO

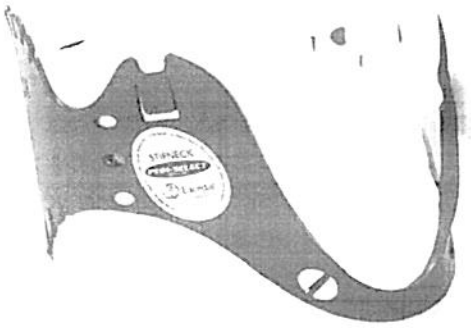
Adquirir collarines cervicales rígidos para adulto que cumplan con los estándares de calidad y bioseguridad, con el fin de garantizar una adecuada inmovilización cervical en pacientes que lo requieran por causas traumáticas o patológicas.

3. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Ítem	Descripción
1	**Tipo**: Collarín cervical rígido para adulto
2	**Talla**: Ajustable o disponible en tallas (S, M, L, XL)
3	**Material**: Plástico rígido hipoalergénico, espuma interna para confort
4	**Diseño**: Anatómico, con orificios de ventilación y apertura frontal para traqueotomía
5	**Sistema de ajuste**: Velcro o mecanismo de cierre seguro y ajustable
6	**Uso**: Reutilizable, esterilizable o de un solo uso (según necesidad)
7	**Normas de calidad**: Cumplir con normativas nacionales e internacionales (ISO 13485, CE, FDA o equivalentes)
8	**Presentación**: Unidad individual, en bolsa sellada, con manual de uso (si aplica)
9	**Vida útil**: Mínimo 3 años (si es reutilizable)

4. CANTIDAD REQUERIDA

- 02 unidades
- **Talla S**
- **Talla Mediana**



5. PLAZO DE ENTREGA

- Máximo **15 días calendario** después de la firma del contrato u orden de compra.

6. LUGAR DE ENTREGA

- Almacén de Hospital Espinar
- Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, en el horario de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

7. REQUISITOS DEL POSTOR

- Persona Jurídica y/o Natural.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP), si la propuesta económica es >1 UIT.
- Contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente
- Contar con experiencia comprobable en la comercialización de productos similares.
- Estar legalmente constituido y habilitado para contratar con entidades públicas/privadas.
- Presentar catálogo o ficha técnica del producto ofertado.
- Presentar garantía escrita del producto.

- Copia del Registro Sanitario del producto
- Certificados de calidad del producto (ISO 13485 u otro)
- Experiencia en ventas de dispositivos médicos (acreditar con al menos 2 contratos similares)

8. FORMA DE PAGO

El pago se realizará contra entrega conforme del producto, previa emisión de la factura correspondiente, según los procedimientos administrativos y financieros de la entidad.

9. **Garantías y Devoluciones**

El proveedor deberá ofrecer una garantía mínima de 12 **meses** y aceptar devoluciones en caso de productos defectuosos, incompletos o que no cumplan con las especificaciones acordadas.

10. **Contacto para Consultas**

- Unidad Solicitante: Servicio de Emergencia
- Responsable: Lic. En Enf. J. Albert Pareja Narvaez
- Correo electrónico: albertpareja2016@gmail.com
- Teléfono: 993962180

11. PENALIDAD:
En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo días}}$$

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

TÉRMINOS DE REFERENCIA (TDR)
ADQUISICIÓN DE COLLARÍN CERVICAL RÍGIDO PEDIÁTRICO

1. ANTECEDENTES

El servicio de emergencias del Hospital Espinar requiere el abastecimiento de dispositivos médicos que garanticen la atención oportuna y segura de los pacientes pediátricos. Dentro de estos dispositivos, los collarines cervicales rígidos pediátricos son fundamentales para la inmovilización adecuada del cuello en casos de trauma cervical, minimizando el riesgo de daño medular.

2. OBJETIVO

Adquirir **collarines cervicales rígidos pediátricos** de alta calidad, que cumplan con las especificaciones técnicas requeridas y estándares internacionales de seguridad, para uso en la atención de pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de trauma cervical.

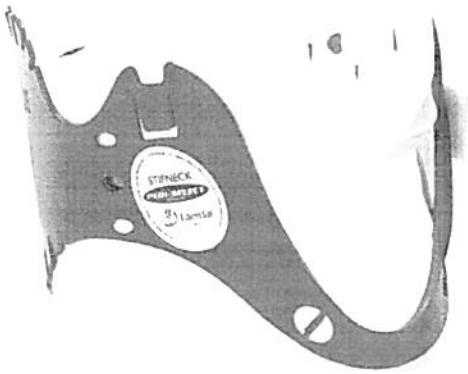
3. ALCANCE

La adquisición cubrirá las necesidades del Servicio de Emergencia contemplando el suministro, entrega oportuna, revisión del producto y capacitación (si aplica) sobre el uso adecuado del dispositivo.

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Ítem	Descripción
Tipo de producto	Collarín cervical rígido pediátrico
Tamaño	Ajustable o en tallas pediátricas (infantil, niño pequeño, niño grande según disponibilidad)
Material	Polietileno u otro material plástico rígido, hipoalergénico, radiotransparente
Relleno interior	Espuma suave, hipoalergénica, lavable
Ventilación	Orificios para ventilación y acceso a tráquea
Sistema de cierre	Velcro o similar, fácil de ajustar
Estabilidad	Debe permitir inmovilización en posición neutra de la columna cervical
Reutilizable	Sí, con posibilidad de desinfección según ficha técnica
Registro sanitario	Obligatorio (DIGEMID, INVIMA, u otro ente regulador según país)
Normativas	Cumplimiento de normas ANSI, ISO o equivalentes en dispositivos médicos

5. CANTIDAD REQUERIDA



- 02 unidades
- **Talla Pequeña (Infante):** Para neonatos y bebés hasta 1 año aproximadamente.
- **Talla Mediana (Niño):** Para niños de 1 a 6 años aproximadamente.

6. PLAZO DE ENTREGA

El proveedor deberá entregar el producto en un plazo no mayor a 15 días calendario luego de la adjudicación del contrato.

7. LUGAR DE ENTREGA

- Almacén de Hospital Espinar
- Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, en el horario de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

8. REQUISITOS DEL POSTOR

- Persona Jurídica y/o Natural.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP), si la propuesta económica es >1 UIT.
- Contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente
- Contar con experiencia comprobable en la comercialización de productos similares.
- Estar legalmente constituido y habilitado para contratar con entidades públicas/privadas.
- Presentar catálogo o ficha técnica del producto ofertado.
- Presentar garantía escrita del producto.

- Copia del Registro Sanitario del producto
- Certificados de calidad del producto (ISO 13485 u otro)
- Experiencia en ventas de dispositivos médicos (acreditar con al menos 2 contratos similares)

9. FORMA DE PAGO

El pago se realizará contra entrega conforme del producto, previa emisión de la factura correspondiente, según los procedimientos administrativos y financieros de la entidad.

12. **Garantías y Devoluciones**

El proveedor deberá ofrecer una garantía mínima de 12 **meses** y aceptar devoluciones en caso de productos defectuosos, incompletos o que no cumplan con las especificaciones acordadas.

13. **Contacto para Consultas**

- Unidad Solicitante: Servicio de Emergencia
- Responsable: Lic. En Enf. J. Albert Pareja Narvaez
- Correo electrónico: albertpareja2016@gmail.com
- Teléfono: 993962180

14. PENALIDAD:

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0{,}10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a 60 días: F = 0.40.
- Plazos mayores a 60 días: F= 0.25.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total de la Orden de compra o la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

15. CONFORMIDAD DEL BIEN:

La Conformidad del bien será emitida la U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR, los diferentes responsables de programas presupuestales, responsable de almacén. De existir observaciones, se otorgará al contratista un plazo no menor de dos días, ni mayor de 10 días calendarios, para la subsanación correspondiente.

16. OBSERVACIONES ADICIONALES

- Los productos deben estar debidamente embalados y etiquetados.
- Se rechazará cualquier producto que no cumpla con las especificaciones técnicas o presente daños visibles al momento de la entrega.

J. Albert Pareja Narvaez
ENF. ESP. EMERGENCIAS Y DESASTRES
C.E.P. 62734 RNE. 24117

REQUERIMIENTO DE ESPECULOS Y CITOCEPILLOS

PROGRAMA PRESUPUESTAL PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 8.2 1

3.1. FINALIDAD PÚBLICA DE LA CONTRATACIÓN:

La presente adquisición tiene como finalidad garantizar la continuidad del servicio de tamizaje con Papanicolaou para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta patología en la población femenina usuaria del Hospital de Espinar.

3.2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO:

Se requiere la adquisición de espéculos vaginales descartables y citocepillos para Papanicolaou, insumos indispensables para la toma adecuada de muestras citológicas, asegurando la continuidad de las actividades de prevención y control del cáncer de cuello uterino.

3.3. CONDICIONES DE CONTRATACIÓN:

a. MODALIDAD DE PAGO:

El pago se efectuará en moneda nacional (S/), en una sola armada, previa entrega total de los bienes requeridos y otorgamiento de la conformidad correspondiente por parte del área usuaria y del responsable de almacén de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, previa verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas y de la cantidad solicitada. El pago se realizará dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir del día siguiente de otorgada la conformidad y de la presentación del comprobante de pago correspondiente, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente del Sistema Nacional de Abastecimiento y las disposiciones internas de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar.

Lic. Roxana F. Ramos Candori
ENFERMERA CEP 70730

Karlin Mamani Calixto
OBSTETRA
COP. 41129

b. SISTEMA DE ENTREGA:

La entrega de los bienes se realizará en una sola armada, en las instalaciones del Hospital de Espinar, específicamente en el almacén central y/o en el área que

designe la Oficina de Logística, dentro del plazo establecido en la correspondiente orden de compra.

La entrega estará sujeta a la verificación cuantitativa y cualitativa de los bienes, debiendo cumplir estrictamente con las especificaciones técnicas y cantidades solicitadas. La recepción de los bienes se formalizará mediante el otorgamiento de la conformidad correspondiente por parte del área usuaria y del responsable de almacén de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar.

c. PLAZO DE ENTREGA:

El proveedor deberá efectuar la entrega de los bienes en un plazo máximo de diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de compra, en el almacén de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar o en el lugar que designe la Oficina de Logística.

El plazo de entrega incluye el transporte, carga, descarga y cualquier otro costo necesario para la entrega total de los bienes. El incumplimiento del plazo establecido dará lugar a la aplicación de las penalidades correspondientes, conforme a la normativa vigente de contrataciones del Estado.

d. LUGAR DE ENTREGA DE LOS BIENES:

Los bienes materia del presente requerimiento deberán ser entregados en el almacén del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz s/n, provincia de Espinar, departamento de Cusco, en el horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. La Entidad no estará obligada a recibir los bienes fuera de la fecha y del horario establecidos, salvo coordinación previa con la Oficina de Logística.

e. PENALIDADES

PENALIDAD POR MORA:

En caso de retraso injustificado del proveedor en la entrega de los bienes objeto del presente requerimiento, la Entidad aplicará automáticamente la penalidad por mora por cada día calendario de atraso que le sea imputable, conforme a lo establecido en la normativa vigente en materia de contrataciones del Estado.

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

Karlin Mamani Calixto
OBSTETRA
COP. 41129

3.4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

3.4.1. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

Adquirir espéculos vaginales descartables y citocepillos para Papanicolaou, destinados a la adecuada toma de muestras citológicas para el tamizaje de cáncer de cuello uterino, garantizando condiciones de bioseguridad, calidad, oportunidad y continuidad en la atención de las usuarias del Hospital de Espinar, en el marco del Programa Presupuestal 0024 – Prevención y Control del Cáncer.

3.4.2. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR:

A. Descripción y cantidad de los bienes

N°	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	Espéculo vaginal descartable mediano	500	Unidad
2	Espéculo vaginal descartable grande	20	Unidad
3	Espéculo vaginal descartable pequeño	10	Unidad
4	Citocepillo para Papanicolaou	300	Unidad

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

Narlin Mamani Calixto
OBSTETRA
COP. 41129

B. Características Técnicas.

BIEN	ESPECIFICACIONES TECNICAS	IMAGEN REFERENCIAL
ESPECÍCULOS VAGINALES DESCARTABLES	• Espéculos vaginales descartables, de uso único y estériles. • Fabricados en plástico grado médico, transparente o translúcido, libre de látex.	

	• Diseño **anatómico** que permita una adecuada visualización del cuello uterino. • Bordes romos y superficies lisas que eviten lesiones o incomodidad a la usuaria. • Sistema de apertura y fijación seguro para mantener el espejo en posición durante el procedimiento. • Empaque **individual** sellado que garantiza la esterilidad del producto. • Aptos para procedimientos ginecológicos de tamizaje con **Papanicolaou.** • Disponibles en los siguientes tamaños: pequeño, mediano y grande.	
CITOCEPILLOS PARA PAPANICOLAOU	• Citocepillos **descartables, de uso único y estériles.** • Fabricados en **material plástico flexible** y resistente. • Cerdas suaves, uniformes y firmes que permitan una adecuada recolección de células del cuello uterino. • Diseño **ergonómico,** que facilita su manipulación por el personal de salud. • Empaque **individual** sellado que garantiza la esterilidad del producto. • De uso exclusivo para la toma de citológicas en procedimientos de tamizaje de cáncer de cuello uterino	

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

Narlin Mamani Calixto
OBSTETRA

C. Garantía comercial

1. Garantía comercial del bien

El proveedor deberá otorgar garantía comercial y/o del fabricante de los bienes ofertados, por un período mínimo de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de internamiento de los bienes en el almacén correspondiente de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar y la respectiva conformidad otorgada por el área usuaria.

2. Tiempo de reposición del bien

En caso de detectarse bienes con defectos de fabricación, deterioro o fallas imputables al proveedor, este deberá efectuar la reposición de los bienes observados en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario, contados a partir de la comunicación correspondiente por parte de la Entidad, de ser el caso.

3. Alcance de la garantía

La garantía comprenderá defectos de fabricación, fallas de calidad, deterioro del producto o cualquier otro defecto no atribuible al uso normal o habitual de los bienes, y que no haya sido detectado al momento de otorgarse la conformidad correspondiente.

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

Narlin Mamani Calixto
OBSTETRA
COP. 41129

D. Conformidad de los bienes

Área responsable de la conformidad

La recepción, verificación y conformidad de los bienes estará a cargo del responsable del Programa Presupuestal correspondiente, en coordinación con el Área de Almacén Central de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de

Espinar, quienes verificarán el cumplimiento de las especificaciones técnicas y las cantidades solicitadas.

A. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en moneda nacional (S/), en **pago único** , previa entrega total de los bienes y otorgamiento de la conformidad correspondiente por parte del área usuaria y del responsable del Área de Almacén Central.

El pago se efectuará dentro del plazo establecido en la normativa vigente del Sistema Nacional de Abastecimiento y las disposiciones internas de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, previa presentación de la documentación correspondiente.

Para efectos del pago, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- Documento de recepción y verificación emitido por el Área de Almacén Central.
- Documento de conformidad de los bienes, emitido por el responsable del Programa Presupuestal correspondiente.
- Comprobante de pago respectivo.

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

B. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

El proveedor es responsable por la calidad de los bienes entregados y por los vicios ocultos que puedan presentarse, por un período de un (01) año, contado a partir de la fecha de otorgamiento de la conformidad por parte de la Entidad.

Nárlin Mamani Calixto
OBSTETRA
COP. 41129

---

1 Artículo 9 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
2 Literal d) del Numeral 68.1 del Artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
3 Literal d) del artículo 274 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas
4 Numeral 122.6 del artículo 122 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

C. GARANTÍAS

El proveedor deberá cumplir con las garantías que correspondan, de acuerdo con la normativa vigente en materia de contrataciones del Estado, aplicables a la adquisición de bienes de consumo.

D. CLÁUSULA DE INTEGRIDAD, ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

El proveedor declara no haber ofrecido, prometido, otorgado ni gestionado, directa o indirectamente, ningún pago, beneficio o incentivo indebido a funcionarios, servidores o representantes de la Entidad, con la finalidad de obtener ventajas indebidas en el proceso de contratación o durante la ejecución del mismo.

Asimismo, se compromete a mantener una conducta ética, íntegra y transparente durante toda la ejecución contractual, absteniéndose de realizar actos de corrupción, soborno o cualquier práctica ilícita, adoptando las medidas necesarias para prevenir tales actos.

El incumplimiento de lo señalado en la presente cláusula dará lugar a la adopción de las acciones administrativas, civiles y penales que correspondan, conforme a la normativa vigente.

E. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR INCUMPLIMIENTO

En caso de incumplimiento de las obligaciones contractuales, por causa atribuible al proveedor, la Entidad podrá resolver el contrato, conforme a lo establecido en la normativa vigente en materia de contrataciones del Estado.

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

Norlin Mamani Calixto
OBSTETRA
COP. 41129

Firma y sello
Jefe del área usuaria

5	Hisopo de algodón con mango de madera 6in x 100	6	Unidad
6	Citocepillos para Papanicolau x 100	4	Unidad

B. Características Técnicas.

BIEN	ESPECIFICACIONES TECNICAS	IMAGEN REFERENCIAL
ALCOHOL ETILICO (ETANOL) 96% X 1L Antiséptico y desinfectante de uso institucional, destinado a la limpieza y desinfección de superficies, equipos, material médico no crítico y apoyo a procedimientos asistenciales, conforme a las normas de bioseguridad vigentes.	• **Principio activo:** Alcohol etílico (etanol). • **Concentración:** 96 % v/v. • **Grado:** Uso sanitario / farmacéutico. • **Aspecto:** Líquido transparente, incoloro, volátil. • **Olor:** Característico del alcohol etílico. • **Solubilidad:** Miscible en agua. • **Presentación:** Envase de 1 litro. • **Tipo de envase:** Botella plástica resistente, hermética, con tapa de seguridad. • **Rotulado:** Debe consignar nombre del producto, concentración, lote, fecha de fabricación, fecha de vencimiento, nombre del fabricante o importador y condiciones de almacenamiento. • **Condición:** Producto nuevo, sin uso anterior.	
ESPECULO VAGINAL COLLIN DESCARTABLE MEDIANO Dispositivo médico destinado a la exploración	• Espéculos vaginales **descartables**, de **uso único** y **estériles**. • Tipo **Collin** , descartable. • Fabricados en **plástico grado médico**, transparente o translúcido, libre de látex. • Diseño **anatómico** que permita una adecuada visualización del cuello uterino. • Bordes romos y superficies lisas que eviten lesiones o incomodidad a la usuaria. • Sistema de apertura y fijación seguro para mantener el espejo en posición durante el procedimiento. • Empaque **individual** sellado que garantiza la esterilidad del producto. • Aptos para procedimientos ginecológicos de tamizaje con **Papanicolaou.** • Disponibles en los siguientes tamaños: pequeño, mediano y grande.	

Narlin Mamani Calizaya
OBSTETRA
COP. 41129

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

HISOPO DE ALGODÓN CON MANGO DE MADERA 6 IN X 100 Para procedimientos clínicos, ginecológicos y de laboratorio en toma de muestra.	∘ Material de la punta: **Algodón absorbente, suave y no irritante.** ∘ Material del mango: **Madera lisa, resistente y no astillable.** ∘ Longitud total: **6 pulgadas (≈15 cm).** ∘ Tipo: **Descartable, de uso único.** ∘ Punta firmemente adherida al mango. ∘ Libre de sustancias tóxicas. ∘ Alta capacidad de absorción. ∘ Apto para uso médico y clínico. ∘ No estéril (o estéril, según requerimiento del área usuaria).
CITOCEPILLO PARA PAPANICOLAU X 100 Lámina de vidrio transparente utilizada para la preparación y observación de muestras biológicas en microscopio, indispensable en procedimientos de diagnóstico laboratoriales (ej. baciloscopía en TBC).	∘ Citocepillos **descartables**, de uso **único** y **estériles.** ∘ Fabricados en **material plástico flexible** y resistente. ∘ Cerdas suaves, uniformes y firmes que permitan una adecuada recolección de células del cuello uterino. ∘ Diseño **ergonómico**, que facilita su manipulación por el personal de salud. ∘ Empaque **individual** sellado que garantiza la esterilidad del producto. ∘ De uso exclusivo para la toma de citológicas en procedimientos de tamizaje de cáncer de cuello uterino ∘

C. Garantía comercial

El proveedor garantizará que los bienes sean nuevos y cumplan las especificaciones técnicas. La garantía cubrirá defectos de fabricación y fallas de calidad hasta la fecha de vencimiento. Los productos deberán contar con vigencia mínima de 12 meses al momento de la entrega. Reposición obligatoria sin costo en caso de incumplimiento.

- GARANTÍA COMERCIAL DEL BIEN: Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado, con un mínimo de (12) meses, contados de a partir de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad.
- TIEMPO DE REPOSICIÓN DEL BIEN: Los tiempos de atención en caso de aplicación de la garantía son: el Postor realizará el cambio de los equipos que presenten fallas en un periodo no mayor a 30 días calendario. (De ser el caso)
- ALCANCE DE LA GARANTÍA: Pudiendo ser contra defectos de fabricación, averías, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados,

Narlin Mamani Calixto
OBSTETRA
COP. 41129

Lic. Roxana F. Ramos Condori
ENFERMERA CEP 70730

MATERIALES	ESPECIFICACIONES
INDICADOR QUÍMICO EXTERNO DE ESTERILIZACIÓN A VAPOR – BOWIE DICK **CANTIDAD: 24 UNIDADES** 	Paquete de prueba Bowie & Dick Indicador químico con hoja de advertencia diseñado para probar la eficiencia en la remoción de aire de los esterilizadores de vapor asistidos por vacío. 100% sin plomo. El paquete de prueba Bowie-Dick está diseñado para probar la eficiencia de remoción de aire de esterilizadores de vapor con remoción dinámica de aire que operan a 132 °C durante 4 minutos y a 134 °C durante 3.5 minutos. Características: Indicador químico tipo 2 Equivalente en rendimiento a la toalla Bowie-Dick ANSI / AAMI ST79 Paquete: El paquete de prueba de Bowie-Dick se utiliza para evaluar la efectividad de la remoción de aire en ciclos de esterilización con fase de pre-vacío Contiene una hoja de advertencia temprana diseñada para la detección temprana de fallas de eliminación de aire antes de que aparezcan en la hoja de prueba. Color inicial: amarillo Color final: marrón oscuro / negro (debe cambiar de forma homogénea en la hoja entera) Tamaño: 16 mm x 125 mm x 113 mm Montaje: 1 barrera impermeable - 1 espuma - barreras permeables - 1 papel Glassine - 1 hoja de prueba - barreras permeables - 1 papel Glassine - 1 hoja de advertencia - barreras permeables - 1 barrera impermeable. Envuelto con papel crepé.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Carolina Condori Sisa
CEP: 60922

B. Características Técnicas.

BIEN	ESPECIFICACIONES TECNICAS	IMAGEN REFERENCIAL
GEL PARA ECOGRAFIA	• **Denominación del bien:** Gel para ecografía. • **Cantidad:** (colocar la cantidad requerida, por ejemplo: 20 frascos). • **Presentación:** Frasco o envase plástico. • **Contenido:** Aproximadamente 250 ml, 500 ml o 1 litro por envase (según disponibilidad). • **Características:** o Gel conductor transparente o ligeramente azulado. o Hidrosoluble. o No graso. o No irritante para la piel. o Hipoalergénico. o No daña los transductores del equipo de ecografía. • **Uso:** Insumo utilizado para mejorar la conducción de las ondas ultrasónicas durante los procedimientos de ecografía. • **Condición:** Producto nuevo, sellado y en buen estado de conservación. • **Fecha de vencimiento:** No menor a 12 meses al momento de la entrega.	

C. Garantía comercial

1. Garantía comercial del bien

El proveedor deberá otorgar garantía comercial y/o del fabricante de los bienes ofertados, por un período mínimo de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de internamiento de los bienes en el almacén correspondiente de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar y la respectiva conformidad otorgada por el área usuaria.

2. Tiempo de reposición del bien

En caso de detectarse bienes con defectos de fabricación, deterioro o fallas imputables al proveedor, este deberá efectuar la reposición de los bienes observados en un plazo no mayor de treinta (30) días