



GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 RUC: 20564356116
 "AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	114
24 de agosto del 2023	

FECHA:

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 368-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S PEDIDO SIGA. N° : 983

META : 126 FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	580200430010	5,000	UNIDAD	IBUPROFENO 400 mg TAB			
2	580200450003	10,000	UNIDAD	NAPROXENO 500 mg TAB			
3	580200500001	1,000	UNIDAD	ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg TAB			
4	580500090002	200	UNIDAD	CLONAZEPAM 500 µg (0.5 mg) TAB			
5	580600040001	2,000	UNIDAD	ALBENDAZOL 200 mg TAB			
6	580700100007	5,000	UNIDAD	AMOXICILINA 500 mg TAB			
7	580700120005	5,000	UNIDAD	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 500 mg TAB			
8	581000070002	5,000	UNIDAD	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg CAP			
9	581300030005	5,000	UNIDAD	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 mg + 160 mg TAB			
10	581800060003	500	UNIDAD	CLOTRIMAZOL 500 mg OVU			
11	582800240001	20,000	UNIDAD	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 400 µg + 60 mg Fe TAB			
12	583100020002	500	UNIDAD	AMLODIPINO (COMO BESILATO) 5 mg TAB			
13	583100320002	2,000	UNIDAD	CAPTOPRIL 25 mg TAB			
14	583200130001	2,000	UNIDAD	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 20 mg TAB			
15	583700010002	500	UNIDAD	FUROSEMIDA 40 mg TAB			
16	583700040002	500	UNIDAD	ESPIRONOLACTONA 100 mg TAB			
17	583800710002	5,000	UNIDAD	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM			
18	583800720002	5,000	UNIDAD	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg TAB			
19	583800760003	3,000	UNIDAD	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TAB			
20	584900320001	1,000	UNIDAD	FLUOXETINA (COMO CLORHIDRATO) 20 mg TAB			
21	584900330003	300	UNIDAD	SERTRALINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg TAB			
22	586300010003	500	UNIDAD	ORFENADRINA CITRATO 100 mg TAB			
23	586900060001	3,000	UNIDAD	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg TAB			
24	587100030006	500	UNIDAD	DEXAMETASONA 500 µg (0.5 mg) TAB			
25	587100070003	300	UNIDAD	PREDNISONA 50 mg TAB			
26	587100070009	500	UNIDAD	PREDNISONA 20 mg TAB			

			A) DOCUMENTACION:		
			* Registro Nacional de Proveedores Vigente		
			* RUC: Activo y Habido.		
			* Declaración Jurada de Datos del Postor		
			* Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento.		
			* Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA)		
			* Resolución Directoral del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente del producto		
			Carta de canje (cuando la fecha de vencimiento sea menor a la solicitada)		
			B) EMBALAJE Y ROTULADO:		
			• El Embalaje de los productos deberán ser en cajas de carton resistentes que garanticen la integridad, el orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento, fácil apilamiento y precise el número de cajas apilables.		
			• Deberá de consignar en el envase nombre del producto, lote, fecha de vencimiento, nombre del proveedor, especificaciones de almacenamiento y conservación, la información puede ir en etiquetas aplica a caja master (caja completa del producto).		
			• En las caras laterales de las cajas debe indicar la palabra FRAGIL con letras visibles e indicar con flechas el sentido correcto de la caja para su transporte.		
			C) VIGENCIA DEL PRODUCTO:		
			La vigencia del producto farmacéutico deberá ser mayor a 36 meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad.		
			D) PLAZO DE ENTREGA:		
			Los Insumos a adquirir serán entregados en un solo bloque en el almacén de Farmacia del hospital espinar. La entrega deberá ser dentro de los 10 días calendarios a la notificación de la orden de compra.		
			E) LUGAR DE ENTREGA:		
			Deberán ser entregados en el Almacén de Farmacia del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco. Dentro del horario de trabajo, previa coordinación .		
NOTA: TENER EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTADO AL PRESENTE.					
				TOTAL IMPORTE DE COTIZACION	

FECHA DE COTIZACION

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** del requerimiento

* 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 (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Javier C. Quispe Huallpa

CPCC JAVIER C. QUISPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA

Firma y Sello

MINISTERIO DE SALUD DEL PERU
U.E. 408 HOSP. DEL ESPINAR

José E. Corti Ccolque

Lic. Adm. José E. Corti Ccolque
RESP. COTIZACION

Firma y Sello

.....

PROVEEDOR
Firma y Sello