



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

FECHA:	NRO 132
	21 de setiembre del 2023

RAZON SOCIAL :

DIRECCION :

REFERENCIA : INFORME N° 404-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S

META : 126

RUC N° :

TELEFONO:

PEDIDO SIGA. N° : 1170

FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA/ PROCEDENC.	FECHA VENCIM. / VIGENCIA	COTIZACION	
							P.U.	TOTAL
1	580100010001	40	UNIDAD	SEVOFLURANO 100 mL/100 mL SOL 250 MI frasco x 250ml				
2	581000040009	50	UNIDAD	CLARITROMICINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL				
3	581000080002	200	UNIDAD	AZITROMICINA 200 mg/5 mL SUS 60 mL				
4	581300030009	50	UNIDAD	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 200 mg + 40 mg/5 mL SUS 60 mL				
5	581800060003	500	UNIDAD	CLOTRIMAZOL 500 mg OVU				
6	581900040001	50	UNIDAD	METRONIDAZOL (COMO BENZOATO) 250 mg/5 mL SUS 120 mL				
7	582800240001	20,000	UNIDAD	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 400 µg + 60 mg Fe TAB				
8	585000480001	100	UNIDAD	BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS				
9	585100040008	204	UNIDAD	SOLUCION POLIELECTROLITICA INY 1 L				
				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				
				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 igual o 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			
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** 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



CPCC JAVIER C. QUISTE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA

JEFE DE LOGISTICA
Firma y Sello

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



Lic. Adm. Jorge E. Quiroz Cevallos
RES. COTIZACIONES
(e) COTIZACION

Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA CONSULTORIO EXTERNO, CENTRO QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN DECLARADOS DESIERTOS

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para los diferentes servicios como centro quirúrgico y Hospitalización de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, que atiende a pacientes afiliados al seguro integral de salud (SIS).

2. FINALIDAD PÚBLICA DE LA ADQUISICIÓN DEL BIEN

Dentro de las atenciones de consultorio externo, atendidas por ~~centro~~ quirúrgicos y hospitalización se requiere Productos Farmacéuticos, para la atención integral de los pacientes que acuden al Hospital por consultorio externo, existiendo un incremento de pacientes que requieren cirugía, se tiene la alta demanda de este producto farmacéutico por lo que existe un riesgo de desabastecimiento por lo que se solicita la adquisición para contar con stock disponible para la atención de los pacientes afiliados al SIS.

3. ANTECEDENTES

Los Productos Farmacéuticos esenciales son parte importante para la fase de recuperación de nuestros pacientes asegurados. El incremento de los pacientes que acuden por cirugías programadas y emergencias genera la demanda en el consumo de este producto farmacéutico por lo que se tiene el riesgo de desabastecimiento, así mismo el abastecimiento por parte de ~~centros~~ aun no se tiene fecha de entrega, por estar el proceso aun en convocatoria. Este hecho genera desabastecimiento en los stocks lo que pone en riesgo la calidad de la atención y la salud de las personas.

4. OBJETIVO

- Contar con la disponibilidad de Productos Farmacéuticos para garantizar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes que acuden a centro quirúrgico y hospitalización de la U.E 408 Hospital de Espinar.
- Asegurar el cumplimiento de los indicadores de ~~cantidad y disponibilidad~~ de Productos Farmacéuticos para los pacientes afiliados al SIS.

5. REQUERIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN.

Los productos Farmacéuticos deben contar con cada una de las características físicas y de calidad según los requisitos establecidos en la norma técnica nacional o internacional vigente a la cual se acogen, acorde a lo autorizado en su registro sanitario. Cuando el producto sanitario no se encuentre en las normas técnicas nacional o internacional, el producto deberá cumplir con las especificaciones propias del fabricante de acuerdo con lo consignado en su registro sanitario

A) Documentación de presentación obligatoria para acreditar cumplimiento de las características técnicas.

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente.
- 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 DIGEMID.
- Certificado de buenas prácticas de almacenamiento (de corresponder)
- Carta de canje (cuando la fecha sea menor a la solicitada).
- Declaración jurada de datos del postor
- Fichas técnicas y/o especificaciones técnicas según corresponda.

B) Vigencia del producto.

La vigencia deberá ser igual o mayor a 36 meses al momento de ~~entregarse~~ en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad y estará en relación directa a la propuesta ofrecida por el contratista.

C) EMBALAJE Y ROTULADO

El embalaje de los productos deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Cajas de cartón nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento
- Cajas que faciliten su conteo y fácil apilamiento, precisando el número de cajas apilables.

El rotulado del envase mediato e inmediato será de acuerdo con lo autorizado en su Registro Sanitario.

- Cajas debidamente rotuladas indicando nombre del producto, presentación, cantidad, lote, fecha de vencimiento, nombre del proveedor, especificaciones para la conservación y almacenamiento. Dicha información podrá ser indicada en etiquetas. Aplica a caja máster, es decir a caja completa del producto.

GUBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE ESPINAR


Delia Mellado Ortiz

CUADRO: RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

N°	CODIGO	DESCRIPCION	UND	CANT
01	2354	CLOTRIMAZOL - 500 mg - OVULO -	OVULO	500
02	3513	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO (Equiv. de Hierro elemental) - 400 æg + 60 m	TABLET	20000
03	5809	SEVOFLURANO - 100 mL/100 mL - SOLUCI - 250 mL	SOLUCI	40
04	1925	CLARITROMICINA - 250 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	50
05	939	AZITROMICINA - 200 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	200
06	5986	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA - 200 mg + 40 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	50
07	4794	METRONIDAZOL - 250 mg/5 mL - SUSPEN - 120 mL	SUSPEN	50
08	5598	SOLUCION POLIELECTROLITICA - - SOLUCI - 1 L	SOLUCI	204
09	05986	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA - 200 mg + 40 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	50
10	20622	BROMURO DE IPRATROPIO - 20 æg/Dosis - AEROSO - 200 DOSIS	AEROSO	100


GOBIERNO REGIONAL CUBA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUBA
HOSPITAL DE ESPINAP

Q.F. Delia Mellado Ortiz

