



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	147
13 de octubre del 2023	

FECHA:

RUC N°

TELEFONO:

PEDIDO SIGA. N° : 1251

FTE.FTO. : 4-13

RAZON SOCIAL :

DIRECCION :

REFERENCIA : INFORME N° 444-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S

META : 126

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA/ PROCEDEC.	FECHA VENCIM. / VIGENCIA	COTIZACION	
							P.U.	TOTAL
1	580500160001	300	UNIDAD	ACETAZOLAMIDA 250 mg TAB				
2	580700090004	100	UNIDAD	AMPICILINA SODICA 500 mg INY				
3	580700090007	300	UNIDAD	AMPICILINA SODICA 1 g INY				
4	580700100009	1,000	UNIDAD	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL				
5	580700170003	500	UNIDAD	BENCILPENICILINA SODICA 1000000 UI INY CON DILUYENTE				
6	580900040004	300	UNIDAD	GENTAMICINA (COMO SULFATO) 80 mg/mL INY 2 mL				
7	581000040009	50	UNIDAD	CLARITROMICINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL				
8	583100200001	2,000	UNIDAD	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB				
9	583400200001	25	UNIDAD	DORZOLAMIDA 20 mg/mL SOL OFT 5 mL				
10	583400600001	15	UNIDAD	TROPICAMIDA 10 mg/mL (1 %) SOL OFT 15 mL				
11	583800710003	600	UNIDAD	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY				
12	584400180001	50	UNIDAD	LATANOPROST 50 µg/mL (0.005 %) SOL OFT 2.5 mL				
13	584400490002	40	UNIDAD	KETOTIFENO 0,25 mg/mL SOL OFT 5 mL				
14	584400630002	15	UNIDAD	TIMOLOL (COMO MALEATO) 5 mg/mL (0.5 %) SOL OFT 5 mL				
15	584400670004	200	UNIDAD	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOL OFT 5 mL				
				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.

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

Lic. Adm. J...
Lic. Adm. J...
RESP. COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
JEFE DE LOGISTICA
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA CONSULTORIO EXTERNO, CENTRO QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN POR FALTA DE ATENCIÓN DE LOS PROVEEDORES (CARTA DE REBAJA DE ITEMS)

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 cenares aún 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. Además de existir la rebaja del ítem por parte de los proveedores por falta de stock o no cumplir con las especificaciones técnicas solicitadas.

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 gratuidad 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.
- 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 internarlo 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 mediano 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



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE ESPINAP

[Handwritten Signature]

Q.F. Delia Melgarejo Ortiz

información podrá ser indicada en etiquetas. Aplica a caja máster, es decir a caja completa del producto.

- En las caras laterales debe indicar la palabra "FRAGIL", con letras visibles e indicar con una flecha el sentido correcto para la posición de la caja.
- Condiciones de temperatura para el almacenamiento.
- Condiciones de transporte (número máximo de cajas apilables).

D) **TRANSPORTE:** El proveedor es responsable del transporte de los bienes a adquirir, por lo tanto, deberá tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los insumos en las condiciones requeridas.

6. LUGAR DE ENTREGA

LUGAR: Deberán ser entregados en el almacén del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, por lo tanto, la empresa que brinde el servicio deberá encargarse del transporte y entrega directa, en el horario de lunes a jueves de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

7. CONDICIONES DE ENTREGA

En el acto de recepción de los bienes que formaran parte de la entrega el proveedor deberá entregar en el almacén, copia simple de los siguientes documentos, a fin de llevar a cabo la conformidad de la recepción:

- Orden de compra.
- Guía de remisión. Esta deberá consignar en forma obligatoria para cada ítem el número de lote, fecha de vencimiento y la cantidad entregada por cada lote, Registro Sanitario.
- Factura electrónica
- Copia de la declaración jurada del compromiso de canje y/o reposición por defectos o vicios ocultos.
- Copia simple del certificado de la Resolución del registro sanitario vigente de cada producto.
- Certificados de análisis de calidad de los productos farmacéuticos

8. PLAZO DE ENTREGA

Todos los bienes que adquirir serán entregados en un solo bloque en el almacén del Hospital Espinar dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la orden de compra ejecutada.

9. FORMA DE PAGO

El pago se realizará después de decepcionado el bien y otorgado la conformidad.

10. CONFORMIDAD

La conformidad se verificará con el sello y firma de la unidad de logística y almacén en la orden de compra.

11. PENALIDAD

El incumplimiento del proveedor por la demora en la entrega del bien ocasionará la aplicación de una penalidad no mayor al 10% del monto contractual calculada en base al plazo requerido, dicha penalidad deberá ser consignada en la orden de compra.

12. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL DE ESPINAR:

La U. E. N° 408 hospital de Espinar, como entidad contratante proveerá de la información que se deriven de la necesidad de lograr los objetivos y productos señalados en el presente servicio. Así mismo, brindará la logística necesaria y el reconocimiento de los gastos por comisión de servicio.

13. OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO:

El proveedor se compromete a cumplir con las actividades que exige el presente término de referencia, de acuerdo a los plazos establecidos. El proveedor está obligado a la confidencialidad de la información obtenida en el presente servicio. Los informes y documentos producidos durante la ejecución del presente término de referencia no pueden ser divulgados por el contratado.

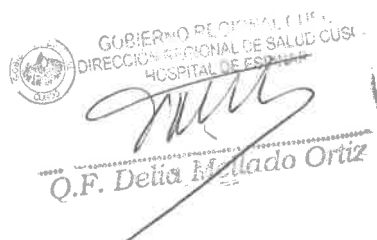
El proveedor cederá en forma exclusiva al hospital los títulos de propiedad, o derechos de autor y otro tipo de derecho de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente término de referencia.

NOTA: En caso de existir alertas de falsificaciones o adulteraciones la empresa proveedora se hará responsable en la reposición del producto atendido en su totalidad.

En caso de no corresponder a las especificaciones técnicas de los productos adjudicados, la empresa proveedora realizará las gestiones de recojo de los productos de establecimiento.

14. OBLIGACIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR:

La conformidad del servicio la dará el usuario, se realizará un informe por parte del Servicio de Farmacia dando la conformidad del Servicio para emitir su pago correspondiente.




GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE ESPINAR
Q.F. Delia Mellado Ortiz

15. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Meta presupuestal: 00126
 Actividad: DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS
 Fuente de financiamiento: D y T
 Especifica: 23.18.12
 Pedido SIGA: 001251
 Valor Estimado: 13,000.00 soles

CUADRO: RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

COD	DESCRIPCION	F.F.	REQUER
00056	ACETAZOLAMIDA - 250 mg	TAB	300
00794	AMOXICILINA - 250 mg/5 mL 60 mL	SUSP	1000
00830	AMPICILINA SODICA - 1 g	INYECT	300
00834	AMPICILINA SODICA - 500 mg	INYECT	100
18318	BENCILPENICILINA SODICA CON DILUYENTE - 1000000 UI	INYECT	500
01841	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO)(SOLUCION OFTALMICA) - 3 mg/mL (0.3 %) - S	SOLUC	200
01925	CLARITROMICINA - 250 mg/5 mL 60 mL	SUSP	50
03013	DORZOLAMIDA (SOLUCION OFTALMICA) - 20 mg/mL 5 mL	SOLUC OFT	25
03747	GENTAMICINA (COMO SULFATO) - 80 mg/mL 2 mL	INYECT	300
21759	KETOTIFENO (SOLUCION OFTALMICA) - 0.25 mg/mL 5 mL	SOLUC OFT	40
04338	LATANOPROST (SOLUCION OFTALMICA) - 50 ug/mL (0.005 %) 2.5 mL	SOLUC OFT	50
04523	LOSARTAN POTASICO - 50 mg	TAB	2000
05151	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) - 40 mg	INYECT	500
06144	TIMOLOL MALEATO(SOLUCION OFTALMICA) - 5 mg/mL (0.5 %) 5 mL	SOLUC OFT	15
06357	TROPICAMIDA (SOLUCION OFTALMICA) - 10 mg/mL (1 %) 15 mL	SOLUC OFT	15


 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
 HOSPITAL DE ESPINAP

 Q.F. Delia Meliádo Ortiz