Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 25.01.01

Fecha : 08/07/2025
Hora : 17:15

SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 0155

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
Nº E/M : 00162

Señores : **R.U.C.** :
Dirección :
Teléfono : **Fax** :
Email : **Fecha** : 08/07/2025 **Moneda** : S/.
Concepto : ADQUISICION DE INSUMOS BIOMEDICOS

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
5	UNIDAD	351000024651	ACIDO SULFOSALICILICO P.A. X 250 mL MARCA:		
2	UNIDAD	496900340014	COLLARÍN CERVICAL RÍGIDO PARA ADULTO MARCA:		
6	UNIDAD	497000020709	CORREAJE DE INMOVILIZACIÓN DE NAILON PARA CAMILLA DE TRANSPORTE MARCA:		
3	UNIDAD	496900320030	FAJA ELASTICA LUMBAR TALLA XL MARCA:		
12	UNIDAD	512000150384	FRASCO DE PLASTICO BOCA ANCHA CON TAPA Y CONTRATAPA X 500 mL MARCA:		
426	UNIDAD	512000150712	FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 mL CON TAPA Y ESPATULA MARCA:		
5	UNIDAD	351000023434	GLICERINA P.A. X 1 L MARCA:		
50	UNIDAD	495700280010	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA L MARCA:		
308	UNIDAD	512000370052	LANCETA DESCARTABLE RETRÁCTIL 23 G GRADUABLE X 1.3 mm, 1.8 mm , 2.3 mm MARCA:		
11	UNIDAD	358600091868	TIRA REACTIVA PARA GLUCOMETRO PORTATIL X 50 DETERMINACIONES MARCA:		
2	GALON	495701300125	GEL PARA ECOGRAFIA. MARCA:		
				TOTAL	

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 las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento
* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa .....
* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (VALIDEZ DE OFERTA 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 presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hopital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.
*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXOS

COTIZADOR

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:

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:
Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar
Presente. -

El que suscribe..... ....., identificado con DNI N° ....., Representante Legal (de corresponder) ....., con RUC N°....., con domicilio legal en..... correo electrónico .....autorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley Nª 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
c) 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.
d) 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 de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
j) 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.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION INSUMOS Y MATERIAL BIOMEDICO

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 8.2 1

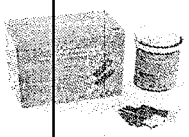
1. *OBJETO DEL BIEN:*

- *Adquisición de insumos y material biomédicos para los programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.*

2. *FINALIDAD PÚBLICA:*

- *El presente proceso busca contar con bienes y materiales biomédicos con la finalidad el beneficio de las actividades directas con paciente externos de los programas presupuestales y sus estrategias sanitarias, que a través de su personal y su personal asistencial que realizan procedimientos invasivos. Para el bien de la población y alcance de metas físicas.*

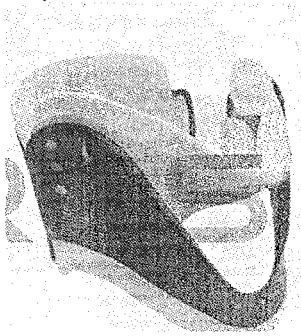
3. *DESCRIPCIÓN DEL OBJETO:*

Nº	*CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS*	*META*	*UNID*	*CANTIDAD*
1	***TIRA REACTIVA PARA GLUCOMETRO PORTATIL X 50 DETERMINACIONES*** *Cantidad 04 frascos.* *Tiras / Cintas Glucómetro On call Advanced* *Cada frasco contiene 50 unidades.* ***NOTA**: Se requiere la tira reactiva de esta marca debido a que el Programa de No Transmisibles cuenta con glucómetros de la marca ON CALL ADVANCED adquiridos en años anteriores, por lo que es necesario que los insumos sean de la misma marca, detallados en los gráficos.* 	*043 017*	*UNID*	*11*
2	***GEL PARA ECOGRAFIA*** *Color: incoloro, transparente.* *Olor: no contiene perfumes.* *Estado: **gel** viscoso.* *Densidad (22ºC): 1.00-1.02 g/mL.* *pH: 5.9-6.3.* *Viscosidad (22ºC): 800000-2000000 mPa·s.* *Impedancia acústica: 1.62 MRayls.* *Eficiencia (a partir **de** 0.5 MHz): > 99.5 %* ***Nota:** alta viscosidad; protege la sonda y que ofrezca una aplicación suave* *Hipo alergénico: que no irrita la piel y es seguro para todos*	*06*	*GALON*	*02*

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

U.E. 408

Enf. Miriam U. Garbajal Beltrán

3	***ACIDO SULFOSALICILICO P.A. X 250 ml*** ***PRESENTACION:*** *Acido sulfosalicilico 3%* ***Uso:*** *Solución estandarizada para análisis químico* ***Composición:*** *C7H606S, excipientes.* ***Presentación:*** *250 ml*	*06*	*UNID*	*05*
4	***MASCARILLA DESCARTABLE QUIRURGICA 3 PLIEGUES*** *Condición Biológica: Aséptico* *Biocompatibilidad:* ▪ *No produce irritación* ▪ *No produce sensibilización* *Material: debe amoldarse a la curvatura de la nariz* *Largo: 17.5 cm – 0.5 cm* *Ancho: 9.5 cm – 0.5 cm* *Numero de pliegues: 03 establecidos por el MINSA*	*021*	*UNID*	*400*
5	***GLICERINA P.A. X 1 L*** *Nombre Químico: Glicerina USP* *Formula Quimica: C3H5 (OH)3* *Peso molecular: 92.09 g/mol*	*036*	*UNID*	*05*
6	***COLLARIN CERVICAL RIGIDO PARA ADULTO*** *04 Posiciones regulables (alta, regular, corto y sin cuello)* *Fácil acceso para revisión y control de pulso* *Aumento de área Fontal de collarín para mejorar visualización de la tráquea* *02 Guías simétricas para la correcta alineación del cuello.* *Cuenta con espacio abierto en el sector posterior para el deslizamiento de los dedos* *Compatible para rayos X, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas.* *Dimensiones: 22.5 x 7 x 1"* *Peso: 0.1 kg* *Color: Celeste* *Permisible el drenaje de sangre y fluidos corporales.* 	*080*	*UNID*	*02*

7	***FAJA ELASTICA LUMBAR TALLA XL*** *Elástico mercerizado de 10 cm con doble memoria y mayor durabilidad* *Tirante de elástico crochet de 3.5 cm para mayor confort y corrección de postura* *Velcro de nylon de 10 cm en bandas de sujeción interna y externa* *Excelente y cómodo doble ajuste lateral* *Banda reflectivas para una mejor inspección de uso y visibilidad* *Hebillas en tirantes de PVC regulables versátiles a diferentes estaturas* *Costura de hilo nylon para mayor durabilidad* *2 barras de PVC para soportar y rigidez lumbar*	*084*	*UNID*	*03*
8	***GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA L*** *Material: látex de caucho natural* *Talla (tamaño): XL* *Acabado: libre de polvo (fabricado sin la adición deliberada de materiales pulverulentos)superficie lisa* *No estéril (aséptico)*	*036*	*UNID*	*50*
9	***LANCETA DESCARTABLE RETRACTIL 23G GRADUABLEX 1 3mm 1.8 mm*** *Personalizable, con 3 niveles ajustables de profundidad* *Ergonómico e intuitivo gracias al diseño seguro en forma de T* *Apto para adultos* *Higiénico y seguro, gracias a la tapa y el mecanismo de seguridad* *Aguja siliconada y con 3 niveles para una punción delicada* *3 niveles ajustables de profundidad permiten tomar una muestra de sangre según las condiciones de la piel del paciente* *Cada nivel de profundidad queda fijo en el lugar y no puede deslizarse ni salirse de lugar una vez que fue seleccionado* *Corte de aguja y diámetro de aguja especiales y biselados para obtener muestras de sangre en forma prácticamente indolora* *La retracción automática de la aguja luego de utilizar el dispositivo elimina el riesgo de que se produzcan lesiones y contaminación cruzada* *Diámetro de la aguja: 0,63 mm (23 G)* *Retracción automática de la aguja* *Esterilidad: Hasta 4 años después de que se esterilizó el producto*	*045*	*UNID*	*308*
10	***BAJALENGUA DE MADERA ADULTO*** *Material: Madera* *Textura: Superficie Lisa* *Extremos: Con bordes redondeados* *Dimensiones: de acuerdo a lo autorizado en su*	*093*	*UNID*	*300*

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U E 408 HOSPITAL DE ESPINAR
U.E. 408

	registro sanitario *Acabado: libre de astillas u otros defectos de acuerdo a lo autorizado en su registro sanitario* *Condición biológica: Estéril* *Presentación: 100 x caja*			
11	***BAJA LENGUA DE MADERA PEDIATRICA X 100*** *Material: Madera* *Textura: Superficie Lisa* *Extremos: Con bordes redondeados* *Dimensiones: de acuerdo a lo autorizado en su registro sanitario* *Acabado: libre de astillas u otros defectos de acuerdo a lo autorizado en su registro sanitario* *Condición biológica: Estéril* *Presentación: 100 x caja*	*093*	*UNID*	*600*
12	***MANDIL DESCARTABLE NO ESTERIL*** *Tela no tejida de polipropileno con proceso Spunbond/ MeltBlown/ Spunbond (SMS), no fabricado con latex* *Gramaje: > 40 g/m2* *No transparente* *Debe de ser biodegradable, no inflamable, resistente I uso, resistente al desgarre, con tratamiento antiestático* *Debe de ser poseer repelencia a líquidos y fluidos permeable al aire* *Debe poseer eficiencia de filtración bacteriana > 90%* *Color: verde o azul* *Condición biológica: aséptico* *Biocompatibilidad: no debe ser citotoxico y no producir sensibilidad* *Envase y embalaje: el envase inmediato debe ser bolsa plástica individual transparente, que garantice la integridad y asepsia del producto durante la manipulación, transporte y almacenamiento.*	*094*	*UNID*	*280*
13	***BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADOS PARA CIRUJANO*** ***MATERIAL:*** *tela no tejida de celulosa o polipropileno con proceso o tratamiento SMS (Spunbond/ MeltBlown/ Spunbond), no fabricado con latex* *Gramaje: 25g/m2 a 35 g/m2 (2g/m2 tolerancia de fabricación)* *Resistencia a la penetración de líquidos >20 cm H2O* *Biocompatibilidad: no sensibilizaste (hipo alergénico) y no irritable* *Sujeción: mediante dos (02) tiras* *Unión de piezas: costura overlock (mínimo 4 hilos) o sellado, debe ser resistente. Evitando la separación de las mismas*	*096*	*PAR*	*1000*

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

	Acabado: exento de rebabas, pelusas u otros *Condición biológica: aséptico* *Suela antideslizante: establecido por el MINSA*			
14	***FRASCO ESTERIL DESCARTABLE X 50 ML*** *Frasco estéril de polipropileno* *De boca ancha* *Con tapa rosca* *Descartable* *Capacidad 50ml*	*024*	*UNID*	*3550*
15	***FRASCO DE PLASTICO BOCA ANCHA CON TAPA Y CONTRATAPA X 500*** *Capacidad: 500 ml* *Categoría boca ancha*	*036*	*UNID*	*12*
16	***FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 ml CON TAPA Y ESCAPULA*** *Capacidad: 30 ml* *Material: polietileno transparente* *Dimensiones: diámetro externo; 40 mm/ altura: 65 mm /* *Peso: 14.5 aprox* *Condición biológica: producto aséptico* *Con etiqueta para rotulación para correcto registro de datos del paciente* *Tapa de Polietileno tipo rosca color, con cierre de alta seguridad, con espátula insertada en la cara inferior de la tapa.*	*062* *110*	*UNID*	*426*
17	***CORREAJE DE INMOVILIZACIÓN DE NAILON PARA CAMILLA DE TRANSPORTE*** ***Material:*** *Nylon de alta resistencia.* ***Puntos de sujeción:*** *Múltiples puntos, típicamente 10, para asegurar al paciente de manera efectiva.* ***Tipo de sujeción:*** *Incluyen correas para el centro, los hombros y el cuerpo, a menudo con un diseño tipo araña para una distribución uniforme de la fuerza.* ***Sistema de cierre:*** *Generalmente utilizan velcro de alta densidad o hebillas para un ajuste seguro.* ***Resistencia:*** *Cuentan con costuras reforzadas para mayor durabilidad y resistencia a la tensión.*	*UNID*	*070*	*06*

4. ***PERFIL DEL PROVEEDOR:***

El proveedor deberá cumplir los siguientes requisitos y acreditarlos, ***al momento de formalizar el contrato (Orden de Compra)****:*

- *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, actividad principal en el rubro Equipos, accesorios y suministros médicos*
- *Contar con registro sanitario de corresponder.*

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U E 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Cayhuara Beltran

- *Adjuntar las fichas técnicas de los productos*

5. PLAZO DE ENTREGA:

Los bienes materia de la presente contratación se entregaran en el plazo máximo de 20 días calendarios, de notificado de la orden de compra al contratista de forma UNICO.

6. LUGAR DE ENTREGA:

- Los productos deberán ser entregados en el almacén, del Hospital Espinar, sito en 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. GARANTÍA:

- *La garantía del bien no podrá ser menor de un mes, contaos desde la fecha de internamiento. Se notificara al proveedor de cualquier defecto de fábrica e indicara la naturaleza del defecto, una vez recibido la notificación, el proveedor reemplazara la totalidad de los bienes defectuosos, sin costo alguno, dentro de los 10 días calendarios a partir de la recepción formal del bien por parte de almacén.*

8. 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.

9. FORMA DE PAGO:

El pago se realizara en una sola armada luego de ser recepcionados los bienes, previa conformidad de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, con el visto bueno del responsable de Almacén.

La entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en quince (15) días calendario de otorgada la conformidad de recepción de la prestación.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- *Recepción y conformidad del responsable de almacén*
- *Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda*
- *Comprobante de pago (Factura)*

10. 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 otorgara al contratista un plazo no menor de dos días , ni mayor de 10 días calendarios , para la subsanación correspondiente.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U E 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enf. Miriam Y. Carbajal Beltran
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.E.P. 074273