

SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 360

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
Nº E/M : 00360

Señores :	R.U.C. :	
Dirección :		
Teléfono :	Fax :	
Email :	Fecha : 15/12/2025	Moneda : S/.
Concepto :	ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
300	UNIDAD	584900030003	ALPRAZOLAM 500 µg (0.5 mg) TAB		
200	UNIDAD	583800700003	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL		
50	UNIDAD	583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL		
500	UNIDAD	580700100004	AMOXICILINA 250 mg TAB		
300	UNIDAD	580700100009	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL		
100	UNIDAD	580700090004	AMPICILINA SODICA 500 mg INY		
150	UNIDAD	580700170001	BENCILPENICILINA SODICA 1000000 UI INY		
50	UNIDAD	580100200001	BUPIVACAINA CLORHIDRATO (SIN PRESERVANTES) 5 mg/mL (0.5 %) INY 20 mL		
500	UNIDAD	580800150001	CEFUROXIMA (COMO AXETIL) 500 mg TAB		
30	UNIDAD	583300230002	CLOBETASOL PROPIONATO 50 mg/100 g (0.05 %) CRM 25 g		
200	UNIDAD	587100030005	DEXAMETASONA 4 mg TAB		
50	UNIDAD	584900280003	DIAZEPAM 5 mg/mL INY 2 mL		
10	UNIDAD	583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL		
1500	UNIDAD	583100330004	ENALAPRIL MALEATO 10 mg TAB		

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

- Condiciones de Compra
- Forma de Pago:
 - Garantía:
 - La Cotización debe incluir el I.G.V.
 - Plazo de Entrega en Nº Días/ Ejecución del Servicio :
 - Tipo de Moneda :
 - Validez de la cotización :
 - Indicar Marca de Procedencia
 - Tipo de Cambio :

Requerimientos Técnicos:
Descripción del ítem

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 360

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
N° E/M : 00360

Señores	:		R.U.C.	:	
Dirección	:				
Teléfono	:		Fax	:	
Email	:		Fecha	:	15/12/2025
Concepto	:	ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS			
			Moneda	:	S/.

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	UNIDAD	584500020003	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL		
200	UNIDAD	583700040001	ESPIRONOLACTONA 25 mg TAB		
300	UNIDAD	580100230001	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL		
200	UNIDAD	581800100005	FLUCONAZOL 150 mg TAB		
1000	UNIDAD	583700010002	FUROSEMIDA 40 mg TAB		
1000	UNIDAD	584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB		
200	UNIDAD	587100010007	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100 mg INY		
100	UNIDAD	580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL		
150	UNIDAD	580100210066	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2 g/100 mL GEL 10 mL		
1500	UNIDAD	583100200001	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB		
300	UNIDAD	580500140002	MAGNESIO SULFATO 200 mg/mL INY 10 mL		
24	UNIDAD	583700020004	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L		
25	UNIDAD	584900300001	MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 5 mg INY 5 mL		
100	UNIDAD	580700140001	OXACILINA 1 g INY		

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

- Condiciones de Compra
- Forma de Pago:
 - Garantía:
 - La Cotización debe incluir el I.G.V.
 - Plazo de Entrega en N° Días/ Ejecución del Servicio :
 - Tipo de Moneda :
 - Validez de la cotización :
 - Indicar Marca de Procedencia
 - Tipo de Cambio :

Requerimientos Técnicos:
Descripción del ítem

SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 360

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
Nº E/M : 00360

Señores	:		R.U.C.	:	
Dirección	:				
Teléfono	:		Fax	:	
Email	:		Fecha	:	15/12/2025
Concepto	:	ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS			
			Moneda	:	S/.

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	UNIDAD	585100120003	SODIO BICARBONATO 8.4 g/100 mL (8.4 %) INY 20 mL		
200	UNIDAD	585100100009	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 500 mL		
200	UNIDAD	581300030012	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg TAB		
2000	UNIDAD	581300030005	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 mg + 160 mg TAB		
60	UNIDAD	583600190029	YODO POVIDONA (ESPUMA) 7.5 g/100 mL SOLUCIÓN 1 L		
				TOTAL	

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Condiciones de Compra
- Forma de Pago:
- Garantía:
- La Cotización debe incluir el I.G.V.
- Plazo de Entrega en Nº Días/ Ejecución del Servicio :
- Tipo de Moneda :
- Validez de la cotización :
- Indicar Marca de Procedencia
- Tipo de Cambio :
Atentamente;

Requerimientos Técnicos:
Descripción del ítem

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 electrónicoautorizado 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 N° 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.

.....
Nombres y Firma del postor

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 elcon 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:



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

2790/360

Espinar, 10 de diciembre del 2025

HOSPITAL ESPINAR

SECRETARÍA

INFORME N° 350 - 2025/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/SF

SEÑOR : C.D Carlos A. Aspilcueta Arenas
Director Ejecutivo del Hospital de Espinar

Fecha: 10 DIC. 2025

DE : Q.F. Flor De Liz Llacta Huaman
Responsable de la UPSS Farmacia

Registro N° 11 606

Hora: 3:20 P.M. Folio

ASUNTO : SOLICITUD DE ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS
POR LA FF RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS (RDR)
PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES PARTICULARES (VENTA) QUE
ACUDEN AL HOSPITAL DE ESPINAR

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez remitir el informe de solicitud de adquisición de ítems (Productos Farmaceuticos) para la venta por la fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados (RDR), para los pacientes que no cuentan con SIS y que acuden al Hospital de Espinar que son atendidos de manera particular por consultorio externo, hospitalización, emergencia y centro quirúrgico para la VENTA detallándose en el siguiente cuadro.

N°	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	UNIDAD	CANTIDAD	nro_pedido
1	ALPRAZOLAM 500 µg (0.5 mg) TAB	UNIDAD	300	000919
2	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL	UNIDAD	200	000919
3	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL	UNIDAD	50	000919
4	AMPICILINA SODICA 500 mg INY	UNIDAD	100	000919
5	BENCILPENICILINA SODICA 1000000 UI INY	UNIDAD	150	000919
6	BUPIVACAINA CLORHIDRATO (SIN PRESERVANTES) 5 mg/mL (0.5 %) INY 20 mL	UNIDAD	50	000919
7	CEFUROXIMA (COMO AXETIL) 500 mg TAB	UNIDAD	500	000919
8	CLOBETASOL PROPIONATO 50 mg/100 g (0.05 %) CRM 25 g	UNIDAD	30	000919
9	DEXAMETASONA 4 mg TAB	UNIDAD	200	000919
10	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL	UNIDAD	10	000919
11	ENALAPRIL MALEATO 10 mg TAB	UNIDAD	1500	000919
12	ESPIRONOLACTONA 25 mg TAB	UNIDAD	200	000919
13	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL	UNIDAD	300	000919
14	FLUCONAZOL 150 mg TAB	UNIDAD	200	000919
15	FUROSEMIDA 40 mg TAB	UNIDAD	1000	000919
16	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	UNIDAD	1000	000919
17	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100 mg INY	UNIDAD	200	000919
18	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL	UNIDAD	100	000919
19	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2 g/100 mL GEL 10 mL	UNIDAD	150	000919
20	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB	UNIDAD	1500	000919
21	MAGNESIO SULFATO 200 mg/mL INY 10 mL	UNIDAD	300	000919
22	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L	UNIDAD	24	000919
23	MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 5 mg INY 5 mL	UNIDAD	25	000919
24	OXACILINA 1 g INY	UNIDAD	100	000919
25	SODIO BICARBONATO 8.4 g/100 mL (8.4 %) INY 20 mL	UNIDAD	100	000919
26	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 500 mL	UNIDAD	200	000919
27	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg TAB	UNIDAD	200	000919
28	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 mg + 160 mg TAB	UNIDAD	2000	000919
29	YODO POVIDONA (ESPUMA) 7.5 g/100 mL SOLUCIÓN 1 L	UNIDAD	60	000919
30	AMOXICILINA 250 mg TAB	UNIDAD	500	000921
31	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	UNIDAD	300	000921



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

32	DIAZEPAM 5 mg/mL INY 2 mL	UNIDAD	50	000921
33	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL	UNIDAD	100	000921

Tomando en referencia la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA 249/MINSA/2018/ DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED" indica en el numeral 6.3.proceso de adquisición- inciso **6.3.5. Excepcionalmente, ante situaciones de falta de productos o riesgo de desabastecimiento en el almacén de la unidad ejecutora, así como en emergencias, emergencias sanitarias y desastres declarados por Decreto Supremo, la unidad ejecutora, previo informe técnico de la ARM, jefatura de farmacia o quién haga sus veces, está autorizada a adquirir productos incluidos en la compra corporativa nacional o regional, según corresponda, sujeto a deslinde de responsabilidades. En estas circunstancias, el Seguro Integral de Salud (SIS) reconoce el precio resultante de estas adquisiciones, para fines de reposición.**

Uno de los indicadores de la UPSS de Farmacia es garantizar la disponibilidad de productos Farmaceuticos, por lo que se requiere de manera urgente la adquisición de productos para una atención integral de pacientes particulares que no cuentan con un seguro de salud que acuden para la atención por los servicios de emergencia, centro quirúrgico, hospitalización y consultorios externos.

Siendo esencial la disponibilidad de los productos Farmaceuticos, tomando en cuenta la priorización en la atención del paciente, teniendo como resultado una atención de calidad.

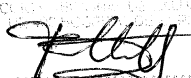
Por lo expuesto, se solicita al área correspondiente realizar la cotización y adquisición de los productos descritos en el cuadro.

Se adjunta el pedido SIGA 00919 Y 00921 y las Especificaciones técnicas.

Sin otro particular me despedido no sin antes reiterar las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente

Cc./
Archivo
F.L.L.H


Q.F. FLOR DE LUZ LLAQTA HUAMANI
CQFP. 24141

PEDIDO DE COMPRA Nº

000919

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Venta (Créd.Fiscal)

Dirección Solicitante : ÁREA DE FARMACIA
Entregar a Sr(a) : LLACTA HUAMAN FLOR DE LIZ
Fecha : 11/12/2025
Actividad Operativa : C0088 DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICO (
Motivo : SOLICITUD DE ASQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA EL SERVICIO DE FARMACIA SEGUN INFORME N° 350-2025

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
2-09	0131	20	044	0098	9002	3999999	5001569

Código	Descripción / Especificaciones	Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL		2.3.1 8.1 2	100.00 ✓	UNIDAD
580100200001	BUPIVACAINA CLORHIDRATO (SIN PRESERVANTES) 5 mg/mL (0.5 %) INY 20 mL		2.3.1 8.1 2	50.00 ✓	UNIDAD
580100210066	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2 g/100 mL GEL 10 mL		2.3.1 8.1 2	150.00 ✓	UNIDAD
580100230001	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL		2.3.1 8.1 2	300.00 ✓	UNIDAD
580500140002	MAGNESIO SULFATO 200 mg/mL INY 10 mL		2.3.1 8.1 2	300.00 ✓	UNIDAD
580700090004	AMPICILINA SODICA 500 mg INY		2.3.1 8.1 2	100.00 ✓	UNIDAD
580700140001	OXACILINA 1 g INY		2.3.1 8.1 2	100.00 ✓	UNIDAD
580700170001	BENCILPENICILINA SODICA 1000000 UI INY		2.3.1 8.1 2	150.00 ✓	UNIDAD
580800150001	CEFUROXIMA (COMO AXETIL) 500 mg TAB		2.3.1 8.1 2	500.00 ✓	UNIDAD
581300030005	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 mg + 160 mg TAB		2.3.1 8.1 2	2,000.00 ✓	UNIDAD
581300030012	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg TAB		2.3.1 8.1 2	200.00 ✓	UNIDAD
581800100005	FLUCONAZOL 150 mg TAB		2.3.1 8.1 2	200.00 ✓	UNIDAD
583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL		2.3.1 8.1 2	50.00 ✓	UNIDAD
583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL		2.3.1 8.1 2	10.00 ✓	UNIDAD
583100200001	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB		2.3.1 8.1 2	1,500.00 ✓	UNIDAD
583100330004	ENALAPRIL MALEATO 10 mg TAB		2.3.1 8.1 2	1,500.00 ✓	UNIDAD
583300230002	CLOBETASOL PROPIONATO 50 mg/100 g (0.05 %) CRM 25 g		2.3.1 8.1 2	30.00 ✓	UNIDAD
583600190029	YODO POVIDONA (ESPUMA) 7.5 g/100 mL SOLUCIÓN 1 L		2.3.1 8.1 2	60.00 ✓	UNIDAD
583700010002	FUROSEMIDA 40 mg TAB		2.3.1 8.1 2	1,000.00 ✓	UNIDAD
583700020004	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L		2.3.1 8.1 2	24.00 ✓	UNIDAD
583700040001	ESPIRONOLACTONA 25 mg TAB		2.3.1 8.1 2	200.00 ✓	UNIDAD
583800700003	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL		2.3.1 8.1 2	200.00 ✓	UNIDAD
584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB		2.3.1 8.1 2	1,000.00 ✓	UNIDAD
584900030003	ALPRAZOLAM 500 µg (0.5 mg) TAB		2.3.1 8.1 2	300.00 ✓	UNIDAD
584900300001	MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 5 mg INY 5 mL		2.3.1 8.1 2	25.00 ✓	UNIDAD

PEDIDO DE COMPRA Nº

000919

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Venta (Créd.Fiscal)

Dirección Solicitante : ÁREA DE FARMACIA
Entregar a Sr(a) : LLACTA HUAMAN FLOR DE LIZ
Fecha : 11/12/2025
Actividad Operativa : C0088 DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICO (M)
Motivo : SOLICITUD DE ASQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA EL SERVICIO DE FARMACIA SEGUN INFORME N° 350-2025

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
2-09	0131	20	044	0098	9002	3999999	5001569

Código	Descripción / Especificaciones	Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
585100100009	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 500 mL		2.3. 1 8. 1 2	200.00	UNIDAD
585100120003	SODIO BICARBONATO 8.4 g/100 mL (8.4 %) INY 20 mL		2.3. 1 8. 1 2	100.00	UNIDAD
587100010007	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100 mg INY		2.3. 1 8. 1 2	200.00	UNIDAD
587100030005	DEXAMETASONA 4 mg TAB		2.3. 1 8. 1 2	200.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
COFP. 24141

Firma del Solicitante

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Adm. Maria Laura Palma Muñiz
REG. C. N° 49104 CLAD
JEFE DE LA UNIDAD ADMINISTRACION

Firma Autorizada

PEDIDO DE COMPRA N°

000921

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Venta (Créd.Fiscal)

Dirección Solicitante : ÁREA DE FARMACIA
Entregar a Sr(a) : LLACTA HUAMAN FLOR DE LIZ
Fecha : 11/12/2025
Actividad Operativa : C0088 DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICO (M)
Motivo : SOLICITUD DE ASQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA EL SERVICIO DE FARMACIA SEGUN INFORME N° 350-2025

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
2-09	0131	20	044	0098	9002	3999999	5001569

Código	Descripción / Especificaciones	Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
580700100004	AMOXICILINA 250 mg TAB		2.3.1 8.1 2	500.00	UNIDAD
580700100009	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL		2.3.1 8.1 2	300.00	UNIDAD
584500020003	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL		2.3.1 8.1 2	100.00	UNIDAD
584900280003	DIAZEPAM 5 mg/mL INY 2 mL		2.3.1 8.1 2	50.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
CQFP. 24141

Firma del Solicitante

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Adm. María Laura Palma Muñoz
REGUCIN 49104 CIAD
JEFE DE LA UNIDAD ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA PACIENTES QUE ACUDEN POR DIFERENTES CONSULTORIOS EXTERNOS, EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN CENTRO QUIRÚRGICO

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para los diferentes Consultorios Externos (Medicina, Obstetricia, Pediatría, Cirugía), emergencia, hospitalización y centro quirúrgico de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, que atiende a pacientes que no cuentan con un seguro (pacientes particulares)

2. FINALIDAD PÚBLICA DE LA ADQUISICIÓN DEL BIEN

Dentro de las atenciones emergencia, Hospitalización, centro quirúrgico y ambulatorias por Consultorio Externo como Medicina, Pediatría, Obstetricia, Cirugía, ; se requiere Productos Farmacéuticos, para la atención integral de los pacientes que acuden al Hospital, existiendo un incremento en el número de pacientes que acuden por consultorio externo, emergencia que requieren cirugía, pacientes hospitalizados 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 que no se encuentren asegurados y mantener los indicadores de disponibilidad y garantizar el stock para su atención integral.

3. ANTECEDENTES

Los Productos Farmacéuticos esenciales son parte importante para la fase de recuperación e de nuestros pacientes asegurados que acuden por los diferentes consultorios, emergencia, hospitalización y centro quirúrgico. El incremento de los pacientes que acuden por emergencia, pacientes que requieren cirugías de emergencia y programadas y consultorios externos como medicina, pediatría, obstetricia, genera la demanda de productos farmacéuticos, completando así la atención integral del paciente que acude de forma particular.

4. OBJETIVO

- Disponer con la disponibilidad de Productos Farmacéuticos para garantizar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes que acuden a emergencia, centro quirúrgico, consultorios externos y hospitalización de la U.E 408 Hospital de Espinar.

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

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
C.F. FLOR LUCY GARCÍA HUAMAN
COP: 24111

- 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 viernes 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.
- Copia de la declaración jurada del compromiso de canje y/o reposición por defectos o vicios ocultos.
- Copia simple del certificado del registro sanitario vigente.

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.

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.

15. NOTA: En caso que exista falsificación y/o adulteración del Producto Farmacéutico atendido por parte del proveedor, la empresa proveedora se hará cargo de la DEVOLUCION DEL MONTO ADQUIRIDO del producto observado, debido a que la UE 408 Hospital de Espinar notificará al área de fiscalización de la GERESA Cusco, cumpliendo la normativa EN VIGENCIA.

16. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Meta presupuestal: 131

Actividad: DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS

Fuente de financiamiento: RDR

Específica: 23.18.12

Pedido SIGA: 919 Y 921

CUADRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

N°	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	UNIDAD	CANTIDAD	nro_pedido
1	ALPRAZOLAM 500 µg (0.5 mg) TAB	UNIDAD	300	000919
2	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL	UNIDAD	200	000919
3	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL	UNIDAD	50	000919
4	AMPICILINA SODICA 500 mg INY	UNIDAD	100	000919
5	BENCILPENICILINA SODICA 1000000 UI INY	UNIDAD	150	000919
6	BUPIVACAINA CLORHIDRATO (SIN PRESERVANTES) 5 mg/mL (0.5 %) INY 20 mL	UNIDAD	50	000919
7	CEFUROXIMA (COMO AXETIL) 500 mg TAB	UNIDAD	500	000919
8	CLOBETASOL PROPIONATO 50 mg/100 g (0.05 %) CRM 25 g	UNIDAD	30	000919
9	DEXAMETASONA 4 mg TAB	UNIDAD	200	000919
10	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL	UNIDAD	10	000919
11	ENALAPRIL MALEATO 10 mg TAB	UNIDAD	1500	000919
12	ESPIRONOLACTONA 25 mg TAB	UNIDAD	200	000919
13	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL	UNIDAD	300	000919
14	FLUCONAZOL 150 mg TAB	UNIDAD	200	000919
15	FUROSEMIDA 40 mg TAB	UNIDAD	1000	000919
16	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	UNIDAD	1000	000919
17	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100 mg INY	UNIDAD	200	000919
18	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL	UNIDAD	100	000919
19	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2 g/100 mL GEL 10 mL	UNIDAD	150	000919
20	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB	UNIDAD	1500	000919
21	MAGNESIO SULFATO 200 mg/mL INY 10 mL	UNIDAD	300	000919
22	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L	UNIDAD	24	000919
23	MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 5 mg INY 5 mL	UNIDAD	25	000919
24	OXACILINA 1 g INY	UNIDAD	100	000919
25	SODIO BICARBONATO 8.4 g/100 mL (8.4 %) INY 20 mL	UNIDAD	100	000919
26	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 500 mL	UNIDAD	200	000919
27	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg TAB	UNIDAD	200	000919
28	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 mg + 160 mg TAB	UNIDAD	2000	000919
29	YODO POVIDONA (ESPUMA) 7.5 g/100 mL SOLUCIÓN 1 L	UNIDAD	60	000919
30	AMOXICILINA 250 mg TAB	UNIDAD	500	000921
31	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	UNIDAD	300	000921
32	DIAZEPAM 5 mg/mL INY 2 mL	UNIDAD	50	000921
33	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL	UNIDAD	100	000921

SECRETARÍA DE SALUD
C.F. FLORENTINO DE LA CRUZ
C.F. 24141