

SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 325

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
Nº E/M : 00325

Señores	:		R.U.C.	:	
Dirección	:				
Teléfono	:		Fax	:	
Email	:		Fecha	:	12/11/2025
Concepto	:	ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS			
			Moneda	:	S/.

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
80	UNIDAD	581000040009	CLARITROMICINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL		
50	UNIDAD	583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL		
100	UNIDAD	580100230001	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL		
80	UNIDAD	584400490002	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL		
24	UNIDAD	583700020004	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L		
30	UNIDAD	584400620001	PILOCARPINA CLORHIDRATO 20 mg/mL SOL OFT 10 mL		
				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:

PEDIDO DE COMPRA N°

000729

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : ÁREA DE FARMACIA

Entregar a Sr(a) : LLACTA HUAMAN FLOR DE LIZ

Fecha : 26/06/2025

Actividad Operativa : C0088 DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICO (

Motivo : SOLICITUD DE REQUERIMIENTO DE ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA LA ATENCION DE CONSULTORIO EXTERNO, CENTRO QUIRURGICO Y EMERGENCIA SEGUN INFORME N° 178-2025

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0132	20	044	0096	9002	3999999	5001562

Código	Descripción / Especificaciones	Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
580100230001	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL		2.3.1 8.1 2	100.00	UNIDAD
581000040009	CLARITROMICINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL		2.3.1 8.1 2	80.00	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	50.00	UNIDAD
583700020004	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L		2.3.1 8.1 2	24.00	UNIDAD
584900280003	DIAZEPAM 5 mg/mL INY 2 mL		2.3.1 8.1 2	100.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR
O.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
COP. 2025

Firma del Solicitante



Yenier Elman Eduardo Caceres
MEDICO CIRUJANO
CMP 101739

Firma Autorizada

2305

04

PEDIDO DE COMPRA N°

000731

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : ÁREA DE FARMACIA
Entregar a Sr(a) : LLACTA HUAMAN FLOR DE LIZ
Fecha : 26/06/2025
Actividad Operativa : C0088 DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICO (
Motivo : SOLICITUD DE REQUERIMIENTO DE ADQUISICIONES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA
SEGUN INFORME N° 178-2025

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0132	20	044	0096	9002	3999999	5001562

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
584400490002	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL	2.3.1 8.1 2	80.00	UNIDAD
584400620001	PILOCARPINA CLORHIDRATO 20 mg/mL SOL OFT 10 mL	2.3.1 8.1 2	30.00	UNIDAD
584400680009	DICLOFENACO 1 mg/mL SOL OFT 5 mL	2.3.1 8.1 2	90.00	UNIDAD
584400690009	PREDNISOLONA 10 mg/mL SOL OFT 5 mL	2.3.1 8.1 2	50.00	UNIDAD
584400700004	ATROPINA SULFATO 10 mg/ mL (1 %) SOL OFT 5 mL	2.3.1 8.1 2	50.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Q.F. FLOR DE LLACTA HUAMAN
COP. 24141

Firma del Solicitante

Dr. Javier Alejandro Nigila
MEDICO CIRUJANO
CMI 162593
Firma Autorizada

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS QUE ACUDEN POR DIFERENTES CONSULTORIOS EXTERNOS, EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN CENTRO QUIRÚRGICO Y OFTALMOLOGIA

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para los diferentes Consultorios Externos (Medicina, Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Niño Sano), emergencia, hospitalización y centro quirúrgico de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, que atiende a pacientes asegurado al SIS.

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 asegurados al SIS 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 centro quirúrgico 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.

- 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.
- 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 deccionado 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: 134

Actividad: DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS

Fuente de financiamiento: D y T

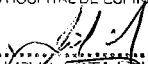
Específica: 23.18.12

Pedido SIGA: 729

CUADRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

COD	DESCRIPCION	CANT
00663	AMIODARONA CLORHIDRATO - 50 mg/mL 3 mL	50
01925	CLARITROMICINA - 250 mg/5 mL 60 mL	80
02752	DIAZEPAM - 5 mg/mL 2 mL	100
03010	DOPAMINA CLORHIDRATO - 40 mg/mL 5 mL	50
03501	FENTANILO - 50 ug/mL 10 mL	100
04565	MANITOL - 20 g/100 mL (20 %) 1 L	24
21759	KETOTIFENO (SOLUCION OFTALMICA) - 0.25 mg/mL 5 mL	80
05431	PILOCARPINA CLORHIDRATO (SOLUCION OFTALMICA) - 20 mg/mL 10 mL	30
02794	DICLOFENACO (SOLUCION OFTALMICA) - 1 mg/mL - SOLUCI - 5 mL	90
05578	PREDNISOLONA (SUSPENSION OFTALMICA) - 10 mg/mL - SUSPEN - 5 mL	50
00914	ATROPINA SULFATO (SOLUCION OFTALMICA) - 10 mg/mL (1 %) - SOLUCI - 5 mL	50

 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR


Q.F. FLOR DE LIZA LACTA HUAMAN
CQFP. 24141