



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 | 116 |
| 24 de agosto del 2023 | |

FECHA:

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:.....

REFERENCIA : INFORME N° 370-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S

PEDIDO SIGA. N° : 986

META : 126

FTE.FTO. : 4-13

| ITEM | CODIGO | CANT. | U.M | ARTICULO DESCRIPCION | MARCA | COTIZACION | | |
|--|--------------|-------|--------|--|-------|-----------------------------|-------|--|
| | | | | | | P.U. | TOTAL | |
| 1 | 585100040008 | 200 | UNIDAD | SOLUCION POLIELECTROLITICA INY 1 L | | | | |
| 2 | 585100070011 | 36 | UNIDAD | DEXTROSA 5 g/100 mL (5 %) INY 1 L | | | | |
| 3 | 585100100005 | 500 | UNIDAD | SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 250 mL | | | | |
| 4 | 585100100009 | 500 | UNIDAD | SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 500 mL | | | | |
| 5 | 585100100011 | 5,000 | UNIDAD | SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 1 L | | | | |
| 6 | 585100140009 | 500 | UNIDAD | AGUA PARA INYECCIÓN 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 | | | | |
| | | | | Carta de canje (cuando la fecha de vencimiento sea menor a la solicitada) | | | | |
| | | | | 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 24 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 coordinación . | | | | |
| 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

[Firma]

CPCC JAVIERIC QUISPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA
Firma y Sello

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

[Firma]

Lic. Adm. *[Firma]*
RESP. COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello