



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

FECHA:

NRO	117
24 de agosto del 2023	

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 374-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S PEDIDO SIGA. N° : 1004

META : 126 FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	495700030029	200	UNIDAD	AGUJA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 23 G X 1 in			
2	495700030033	1,000	UNIDAD	AGUJA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 18 G X 1 1/2 in			
3	495700030047	100	UNIDAD	AGUJA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 23 G X 1/2 in			
4	495700210099	200	UNIDAD	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO N° 22 G X 1 in CON DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD			
5	495700210100	1,000	UNIDAD	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO N° 20 G X 1 1/4 in CON DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD			
6	495700210102	1,000	UNIDAD	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO N° 20 G X 1 1/4 in CON DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD			
7	495700350033	2,000	UNIDAD	JERINGA DESCARTABLE 10 mL CON AGUJA 21 G X 1 1/2 in			
8	495700350051	10,000	UNIDAD	JERINGA DESCARTABLE 10 mL CON AGUJA 21 G X 1 1/2 in			
9	495700350147	2,000	UNIDAD	JERINGA DESCARTABLE 20 mL CON AGUJA 20 G X 1 1/2 in			
10	495700570264	120	UNIDAD	SUTURA CATGUT CROMICO 0 C/A 1/2 CIRCULO REDONDA 35 mm X 70 cm			
11	495700580448	120	UNIDAD	SUTURA SEDA NEGRA TRENZADA MULTIEMPAQUE 0 S/A 8 mm X 50 cm			
12	495701120186	48	UNIDAD	SUTURA DE POLIPROPILENO 3/0 DOBLE AGUJA 1/2 CIRCULO REDONDA 25 mm X 75 cm			
13	495701350069	720	UNIDAD	SUTURA ACIDO POLIGLICOLICO 1 C/A 1/2 CIRCULO REDONDA 35 mm X 70 cm			
14	495701350378	240	UNIDAD	SUTURA ACIDO POLIGLACTIN 3/0 C/A 1/2 CIRCULO REDONDA 35 mm X 70 cm			
15	495701360398	720	UNIDAD	SUTURA NAILON AZUL MONOFILAMENTO 3/0 C/A 1/2 CIRCULO CORTANTE 30			
16	495701570018	300	UNIDAD	AGUJA ESPINAL DESCARTABLE 27 G X 3 1/2 in			
				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:			

			<ul style="list-style-type: none"> 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. 		
			<ul style="list-style-type: none"> 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). 		
			<ul style="list-style-type: none"> 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 días 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

Javier C. Quispe Huallpa

CPCO. JAVIER C. QUISPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA
JEF. DE LOGISTICA
Jefe de Logística
Firma y Sello

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

Jorge E. Cusi Ccolqque

Lic. Adm. Jorge E. Cusi Ccolqque
RESP. COTIZACION
RESP. COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello