



**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**

<b>NRO</b>	<b>118</b>
<b>24 de agosto del 2023</b>	

FECHA:

RAZON SOCIAL : ..... RUC N° : .....  
 DIRECCION : ..... TELEFONO: .....  
 REFERENCIA : INFORME N° 375-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S PEDIDO SIGA. N° : 1005  
 META : 133 FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	133000430130	30	UNIDAD	DETERGENTE DESINFECTANTE PARA SUPERFICIES X 750 mL			
2	493700142280	200	UNIDAD	LAPIZ ELECTROCAUTERIO MONOPOLAR DESCARTABLE			
3	493700180173	500	UNIDAD	ELECTRODO DISCO AUTOADHESIVO DESCARTABLE PARA ECG ADULTO			
4	495100190048	200	UNIDAD	CÁNULA DE ASPIRACIÓN YANKAUER 27 cm			
5	495700180005	300	UNIDAD	CÁNULA BINASAL PARA OXIGENO ADULTO			
6	495700250292	500	UNIDAD	ESPARADRAPO HIPOALERGÉNICO DE TELA 5 cm X 9.1 m			
7	495700330003	100	UNIDAD	HOJA DE BISTURI DESCARTABLE N° 11			
8	495700330004	500	UNIDAD	HOJA DE BISTURI DESCARTABLE N° 21			
9	495700340059	10	UNIDAD	GLUTARALDEHIDO 10.5 g/100 mL SOL 1 L CON DOSIFICADOR			
10	495700630017	100	UNIDAD	TUBO ENDOTRAQUEAL DESCARTABLE N° 7.0 CON BALÓN			
11	495700630019	50	UNIDAD	TUBO ENDOTRAQUEAL DESCARTABLE N° 7.5 CON BALÓN			
12	495700630031	50	UNIDAD	TUBO ENDOTRAQUEAL DESCARTABLE N° 6.5 CON BALÓN			
13	495700630064	10	UNIDAD	TUBO ENDOTRAQUEAL DESCARTABLE N° 8.0 CON BALÓN			
14	495701010030	10	UNIDAD	TUBO OROFARINGEO N° 2			
15	95701010032	100	UNIDAD	TUBO OROFARINGEO N° 4			
16	495701160068	100	UNIDAD	CLIP DE TITANIO M X 6			
17	495701290023	100	UNIDAD	EQUIPO DE VENOCISIS PARA BOMBA DE INFUSION			
18	495701290077	2,000	UNIDAD	EQUIPO MICROGOTERO CON CAMARA GRADUADA 100 mL			
19	512000060229	20	UNIDAD	INDICADOR QUIMICO EXTERNO DE ESTERILIZACION A VAPOR 18 mm X 55 m			
20	586600180010	24	UNIDAD	ALCOHOL YODADO 1 g/100 mL X 1 L			
				<b>A) DOCUMENTACION:</b>			
				* 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)			
				* Resolucion 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>B) EMBALAJE Y ROTULADO:</b>			
			• 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.			
			<b>C) VIGENCIA DEL PRODUCTO:</b>			
			La vigencia del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a 24 meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad.			
			<b>D) PLAZO DE ENTREGA:</b>			
			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.			
			<b>E) LUGAR DE ENTREGA:</b>			
			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 .			
<b>NOTA: TENER EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTADO AL PRESENTE.</b>						
						<b>TOTAL IMPORTE DE COTIZACION</b>

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  
  
 CPCC JAVIER C. QUIÑE HUALLPA  
 JEFE DE LOGISTICA  
 Firma y Sello

MINISTERIO DE SALUD DEL PERU  
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
 Lic. Adm. Jorge L. Cuti Ccolque  
 RESP. COTIZACIONES  
 Firma y Sello

.....  
 PROVEEDOR  
 Firma y Sello