



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	119
24 de agosto del 2023	

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 373-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S PEDIDO SIGA. N° : 1003

META : 126 FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	49570070005	100	UNIDAD	ALGODÓN HIDRÓFILO X 500 g			
2	495700140006	20	UNIDAD	BOLSA COLECTORA DE ORINA X 2 L			
3	495700160002	500	UNIDAD	BRAZALETE DE IDENTIFICACION PARA NIÑO (CELESTE)			
4	495700160007	1,000	UNIDAD	BRAZALETE DE IDENTIFICACION ADULTO			
5	495700220001	100	UNIDAD	CINTA OBSTETRICA			
6	495700230001	200	UNIDAD	CLAMP UMBILICAL DESCARTABLE			
7	495700270035	250	UNIDAD	GASA QUIRURGICA 1 yd X 100 yd			
8	495700270229	100	UNIDAD	COMPRESA GASA QUIRURGICA RADIOPACA ESTERIL 48 cm X 48 cm X 5			
9	495700290004	6,000	PAR	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 1/2			
10	495700380011	200	UNIDAD	LLAVE DE TRIPLE VIA CON EXTENSION X 50 cm			
11	495700400004	100	UNIDAD	MASCARA DE OXIGENO PARA ADULTO			
12	495700400137	100	UNIDAD	MASCARA DE OXIGENO DESCARTABLE PARA NEBULIZACION PEDIATRICO			
13	495700480023	100	UNIDAD	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL N° 8			
14	495700500003	10	UNIDAD	SONDA NASOGASTRICA N° 12			
15	495700510003	50	UNIDAD	SONDA VESICAL TIPO NELATON N° 14			
16	495700670002	500	UNIDAD	VENDA ELASTICA 4 in X 5 yd			
17	495700670004	500	UNIDAD	VENDA ELASTICA 2 in X 5 yd			
18	495700670008	50	UNIDAD	VENDA ELASTICA 8 in X 5 yd			
19	495700670057	500	UNIDAD	VENDA ELASTICA 6 in X 5 yd			
20	495700790001	50	UNIDAD	VENDA DE YESO 4 in X 5 yd			
21	495701280011	50	UNIDAD	TUBO DE DRENAJE PEN ROSE 1/2 in X 18 in			
22	495701420006	10	UNIDAD	VASELINA LIQUIDA X 1 L			
23	495701430009	10	UNIDAD	BOLSA DE JEBE PARA AGUA CALIENTE X 2 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		
			B) EMBALAJE Y ROTULADO:		
			• El Embalaje de los productos deberán ser en cajas de cartón 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 36 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 dirección de correo electrónico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (Oferta Económica Válida Del _____ Al _____)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotización se entrega en **SOBRE CERRADO** o vía correo electrónico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando número de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logística, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no será tomado en cuenta.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Javier C. Quispe Huallpa

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

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

Lic. Adm. Jorge L. Cnti Ccolaque

RESP. COTIZACION
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello