



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	120
24 de agosto del 2023	

RAZON SOCIAL : **RUC N°** :

DIRECCION : **TELEFONO** :

REFERENCIA : INFORME N° 369-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S **PEDIDO SIGA. N°** : 984

META : 126 **FTE.FTO.** : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	580100080004	200	UNIDAD	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL			
2	580100210019	500	UNIDAD	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN PRESERVANTES 2 g/100 mL (2 %) INY 20 mL			
3	580100210063	500	UNIDAD	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 12.5 µg/mL INY 1.8 mL			
4	580200440001	5,000	UNIDAD	METAMIZOL SODICO 1 g INY 2 mL			
5	580200470003	1,000	UNIDAD	DICLOFENACO SODICO 25 mg/mL INY 3 mL			
6	580300190002	100	UNIDAD	EPINEFRINA (COMO CLORHIDRATO O TARTRATO) 1 mg/mL INY 1 mL			
7	580700160003	200	UNIDAD	BENZATINA BENCILPENICILINA 1200000 UI INY			
8	580700170001	500	UNIDAD	BENCILPENICILINA SODICA 1000000 UI INY			
9	580900040002	1,000	UNIDAD	GENTAMICINA (COMO SULFATO) 40 mg/mL INY 2 mL			
10	580900040004	500	UNIDAD	GENTAMICINA (COMO SULFATO) 80 mg/mL INY 2 mL			
11	581000070002	3,000	UNIDAD	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg CAP			
12	582800020004	200	UNIDAD	ACIDO TRANEXAMICO 1 g INY 10 mL			
13	583800710003	500	UNIDAD	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY			
14	585100070012	200	UNIDAD	DEXTROSA 333 mg/mL (33 %) INY 20 mL			
15	585100090002	500	UNIDAD	POTASIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 10 mL			
16	585100100008	2,000	UNIDAD	SODIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 20 mL			
17	586300010002	500	UNIDAD	ORFENADRINA CITRATO 30 mg/mL INY 2 mL			
18	587100020001	300	UNIDAD	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) 4 mg/mL INY 1 mL			
19	587100030001	5,000	UNIDAD	DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA) 4 mg/2 mL INY 2 mL			
				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:			

			<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). 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

Javier C. Quispe Huallpa

CPCC JAVIER C. QUISPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA

Firma y Sello

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

Lic. Adm. Jorge E. Cusi Ccolque

RESP. COTIZACIONES

Firma y Sello

.....

PROVEEDOR
Firma y Sello