



**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:

<b>NRO</b>	<b>120</b>
<b>24 de agosto del 2023</b>	

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			
				<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)			
				* Resolución Directoral del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente del producto			
				<b>B) EMBALAJE Y ROTULADO:</b>			

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>		
			<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 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