



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	115
24 de agosto del 2023	

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 371-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S PEDIDO SIGA. N° : 985

META : 133 FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	580100010001	40	UNIDAD	SEVOFLURANO 100 mL/100 mL SOL 250 mL			
2	580200460002	1,000	UNIDAD	PARACETAMOL 100 mg/mL SOL 10 mL			
3	581000040019	50	UNIDAD	CLARITROMICINA 250 mg/5 mL SUS 120 mL			
4	581000080002	200	UNIDAD	AZITROMICINA 200 mg/5 mL SUS 60 mL			
5	581300030009	50	UNIDAD	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 200 mg + 40 mg/5 mL SUS 60 mL			
6	581900040001	50	UNIDAD	METRONIDAZOL (COMO BENZOATO) 250 mg/5 mL SUS 120 mL			
7	582800080001	5,000	UNIDAD	HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL			
8	583300990002	100	UNIDAD	BETAMETASONA (COMO DIPROPIONATO) 50 mg/100 g (0.05%) CRM 20 g			
9	583800730003	100	UNIDAD	BISMUTO SUBSALICILATO 87.33 mg/5 mL SUS 150 mL			
10	585000480001	100	UNIDAD	BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS			
11	585000490017	50	UNIDAD	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 µg/DOSIS AER 200 DOSIS			
12	585000490027	50	UNIDAD	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL			
13	587100070005	200	UNIDAD	PREDNISONA 5 mg/5 mL JBE 120 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:			
				• 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.			
				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

[Firma]

CPCC JAVIER C. QUISEE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA

Firma y Sello

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

[Firma]

Lic. Adm. Jorge Luis Córdova Colque
(e) CONTRATACION

Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello