



**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	130
21 de setiembre del 2023	

RAZON SOCIAL : .....

RUC N° : .....

DIRECCION : .....

TELEFONO: .....

REFERENCIA : INFORME N° 405-2023/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/S

PEDIDO SIGA. N° : 1171

META : 133

FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA/ PROCEDENC.	FECHA VENCIM. / VIGENCIA	COTIZACION	
							P.U.	TOTAL
1	58010080004	200	UNIDAD	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL				
2	58010020001	50	UNIDAD	BUPIVACAINA CLORHIDRATO (SIN PRESERVANTES) 5 mg/mL (0.5 %) 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	581000070002	5,000	UNIDAD	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg CAP				
9	583800710003	500	UNIDAD	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY				
10	585100090002	500	UNIDAD	POTASIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 10 mL				
11	585100100008	2,000	UNIDAD	SODIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 20 mL				
12	587100020001	300	UNIDAD	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) 4 mg/mL INY 1 mL				
13	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>				
				• 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 <b>36 meses</b> 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 <b>solo bloque</b> en el almacén de Farmacia del hospital espinar. La Entrega deberá ser dentro de los <b>10 días</b> calendarios a la notificación de la orden de compra.			
				<b>E) LUGAR DE ENTREGA:</b>			
				Deberán ser entregados en el <b>Almacén de Farmacia del Hospital de Espinar</b> , ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco. Dentro del horario de trabajo, previa			
<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  
DIRECCION DE LOGISTICA Y ALMACEN  
*[Firma]*  
CPCC JAVIER C. QUISPE HUALLPA  
JEFE DE LOGISTICA.....  
EFE DE LOGISTICA  
Firma y Sello

MINISTERIO DE SALUD DEL PERU  
HOSPITAL GENERAL ESPINAR  
*[Firma]*  
Lic. Adm. Jorge E. Quiroga Colque  
RESP. COTIZACIONES  
Firma y Sello

.....  
PROVEEDOR  
Firma y Sello

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

### ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (INYECTABLES) Y RIESGO DE DESABASTECIMIENTO PARA EMERGENCIA, CONSULTORIO EXTERNO, CENTRO QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN

#### 1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para los diferentes servicios como emergencia, consultorio externo, centro quirúrgico y hospitalización de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, que atiende a pacientes afiliados al seguro integral de salud (SIS).

#### 2. FINALIDAD PÚBLICA DE LA ADQUISICIÓN DEL BIEN

Dentro de las atenciones ambulatorias con un alto porcentaje de hospitalización se requiere Productos Farmacéuticos (inyectables) para la atención integral de los pacientes que acuden al Hospital por los diferentes servicios como emergencia, consultorio externo, centro quirúrgico y hospitalización, existiendo un incremento en el número de pacientes que acuden por emergencia asimismo el incremento de pacientes que requieren cirugía; se tiene la alta demanda de este producto farmacéutico por lo que existe un riesgo de desabastecimiento por lo que se solicita la adquisición para contar con stock disponible para la atención de los pacientes afiliados al SIS.

#### 3. ANTECEDENTES

Los Productos Farmacéuticos esenciales son parte importante para la fase de recuperación de nuestros pacientes asegurados. El incremento de los pacientes que acuden a emergencia y requieren cirugía genera la demanda en el consumo de este producto farmacéutico (inyectables) por lo que se tiene el riesgo de desabastecimiento, así mismo el abastecimiento por parte de conares aún no se tiene fecha de entrega, por estar el proceso aun en convocatoria. Este hecho genera desabastecimiento en los stocks lo que pone en riesgo la calidad de la atención y la salud de las personas.

#### 4. OBJETIVO

- Contar con la disponibilidad de Productos Farmacéuticos para garantizar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes que acuden a centro quirúrgico y hospitalización de la U E 408 Hospital de Espinar
- Asegurar el abastecimiento de los pacientes que acuden y hospitalizados de Productos Farmacéuticos para los pacientes afiliados al SIS

#### 5. REQUERIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN.

Los productos Farmacéuticos deben contar con cada una de las características físicas y de calidad según los requisitos establecidos en la norma técnica nacional o internacional vigente a la cual se acogen acorde a lo autorizado en su registro sanitario. Cuando el producto sanitario no se encuentre en las normas técnicas nacional o internacional, el producto deberá cumplir con las especificaciones propias del fabricante de acuerdo con lo consignado en su registro sanitario.

##### A) Documentación de presentación obligatoria para acreditar cumplimiento de las características técnicas.

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente.
- Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento.
- Tener la Resolución Directoral del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario Vigente del producto ofertado, así como de las modificaciones efectuadas y autorizadas por la DIGEMID.
- Certificado de buenas prácticas de almacenamiento (de corresponder).
- Carta de canje (cuando la fecha sea menor a la solicitada).
- Declaración jurada de datos del postor
- Fichas técnicas y/o especificaciones técnicas según corresponda.

##### B) Vigencia del producto.

La vigencia deberá ser igual o mayor a 36 meses al momento de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad; y estará en relación directa a la propuesta ofrecida por el contratista

##### C) EMBALAJE Y ROTULADO

El embalaje de los productos deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Cajas de cartón suavia y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento.
- Cajas que faciliten su conteo y cumplimiento, indicando el número de cajas apiladas.

El rotulado del envase mediato e inmediato será de acuerdo con lo autorizado en su Registro Sanitario.

- Cajas debidamente rotuladas indicando nombre del producto, presentación, cantidad, lote, fecha de vencimiento, nombre del proveedor, especificaciones para la conservación y almacenamiento. Dicha



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL DE ESPINAR

O.F. Delia Mellado Ortiz

información podrá ser limitada en etiquetas. Aplica a caja máster, es decir a caja completa del producto.

- En las cajas atropas debe indicar el palabra "FRAGIL" con letras visibles e indicar con una flecha el sentido correcto para la manipulación de la caja.
- Condiciones de empaque, peso y embalaje.
- Condiciones de transporte (número máximo de cajas apiladas).

D) **TRANSPORTE:** El proveedor es responsable del transporte de los bienes a adquirir, por lo tanto deberá tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los insumos en las condiciones requeridas.

#### 6. LUGAR DE ENTREGA

**LUGAR:** Deberán ser entregados en el almacén del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, por lo tanto, la empresa que brinde el servicio deberá encargarse del transporte y entrega directa en el horario de lunes a jueves de 8:00 a 18:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

#### 7. CONDICIONES DE ENTREGA

En el acto de recepción de los bienes que formaran parte de la entrega el proveedor deberá entregar en el almacén copia simple de los siguientes documentos a la siguiente lista, a cargo la conformidad de la recepción:

- Orden de compra.
- Guía de remisión. Esta deberá consignar en forma obligatoria para cada ítem el número de lote, fecha de vencimiento y la cantidad entregada por cada lote, Registro Sanitario.
- Copia de la declaración jurada del compromiso de cargo y/o reposición por defectos o vicios ocultos.
- Copia simple del certificado del registro sanitario vigente.

#### 8. PLAZO DE ENTREGA

Todos los bienes que arduos sean entregados en un solo bloque en el almacén del Hospital Espinar dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la orden de compra ejecutada.

#### 9. FORMA DE PAGO

El pago se realizará después de aceptado el bien y otorgada la conformidad.

#### 10. CONFORMIDAD

La conformidad se verificará con el sello y firma de la unidad de logística y almacén en la orden de compra.

#### 11. PENALIDAD

El incumplimiento del proveedor por la demora en la entrega de los bienes ocasionará la aplicación de una penalidad equivalente al 10% del monto contractual calculada al pasar el plazo requerido, dicha penalidad deberá ser consignada en la orden de compra.

#### 12. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL DE ESPINAR

La U. E. N° 406 hospital de Espinar, como entidad contratante proveerá de la información que se deriven de la necesidad de lograr los objetivos y productos señalados en el presente servicio. Así mismo, brindará la logística necesaria y el reconocimiento de los gastos por comisión de servicio.

#### 13. OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO

El proveedor se compromete a cumplir con las actividades que surge el presente término de referencia, de acuerdo a los plazos establecidos. El proveedor está obligado a la confidencialidad de la información obtenida en el presente servicio. Los informes y documentos producidos durante la ejecución del presente término de referencia no pueden ser divulgados por el contratante.

El proveedor cederá en forma exclusiva al hospital los títulos de propiedad, o derechos de autor y otro tipo de derecho de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente término de referencia.

#### 14. OBLIGACIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR

La conformidad del servicio la dará el usuario, se realizará un informe por parte del Servicio de Farmacia dando la conformidad del Servicio para emitir su pago correspondiente.

#### 15. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Meta presupuestal: 00132  
Actividad: DISPENSACION Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS  
Fuente de financiamiento: D y T  
Específica: 23.18.12  
Pedido SIGA: 001171  
Valor Estimado: 18.439.20 soles



*[Handwritten signature]*

**O.F. Delia Mellado Ortiz**

N°	CODIGO	DESCRIPCION	UND	CANT
01	5626	PROPOFOL - 10 mg/mL (1 %) - INYECT - 20 mL	INYECT	200
02	23438	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA - 20 mg + 12.5 æg/mL - INYECT - 1.8 mL	INYECT	500
03	4677	METAMIZOL SODICO - 1 g - INYECT - 2 mL	INYECT	5000
04	2788	DICLOFENACO SODICO - 25 mg/mL - INYECT - 3 mL	INYECT	1000
05	3097	EPINEFRINA (COMO CLORHIDRATO O TARTRATO) - 1 mg/mL - INYECT - 1 mL	INYECT	100
06	1043	BENZATINA BENCILPENICILINA - 1200000 UI - INYECT -	INYECT	200
07	1964	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) - 300 mg - TABLET -	TABLET	5000
08	5151	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) - 40 mg - INYECT -	INYECT	500
09	5551	POTASIO CLORURO - 20 p/100 mL - INYECT - 10 mL	INYECT	500
10	5889	SODIO CLORURO - 20 p/100 mL (20 %) - INYECT - 20 mL	INYECT	2000
11	1213	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) - 4 mg/mL - INYECT - 1 mL	INYECT	300
12	2642	DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA) - 4 mg/2 mL - INYECT - 2 mL	INYECT	5000
13	01378	BUPIVACAINA CLORHIDRATO (SIN PRESERVANTES) - 5 mg/mL (0.5 %) 20	INYECT	50



GUBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL DE ESPINAP

*[Handwritten signature]*

Q.F. Delia Mellado Ortiz