

**GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	66
17 de mayo de 2024	

FECHA:

RUC N°

TELEFONO:

PEDIDO SIGA. N° : 469, 470, 471 y 509

FF/Rb. 4-13

RAZON SOCIAL :

DIRECCION :

REFERENCIA : INFORME N° 158-2024/GR CUSCO/DRSC/U.E.408-HE/SF

META : 055, 060, 066, 129

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	5871000030001	50	UNIDAD	BROMURO DE ROCURONIO 10 mg/mL INY 5 mL			
2	586300220001	50	UNIDAD	CLORURO DE SUXAMETONIO 50 mg/mL INY 10 mL			
3	583000490001	10	UNIDAD	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL			
4	584500020003	50	UNIDAD	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL			
5	580100080004	60	UNIDAD	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL			
6	580100010001	5	UNIDAD	SEVOFLURANO 100 mL/100 mL SOL 250 mL			
7	5836000190038	100	UNIDAD	YODO POVIDONA 10 g/100 mL (10 %) SOL 1 L			
8	582800240001	6000	UNIDAD	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 400 µg + 60 mg Fe TAB			
9	583800700003	100	UNIDAD	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL			
10	584900280002	100	UNIDAD	DIAZEPAM 10 mg TAB			
11	584000060007	5	UNIDAD	INSULINA HUMANA (ADN RECOMBINANTE) 100 UI/mL INY 10 mL			
12	584400610001	300	UNIDAD	TETRACICLINA CLORHIDRATO 1 g/100 g (1 %) UNG OFT 6 g			
13	580500120002	10	UNIDAD	VALPROATO SODICO 250 mg/5 mL JBE 120 mL			
				A) DOCUMENTACION:			
				* Registro Nacional de Proveedores Vigente			
				* RUC: Activo y Habido cuya actividad este relacionada a la contratacion.			
				* Resolucion de autorizacion sanitaria de funcionamiento.			
				* Tener la Resolucion Directoral del Registro Sanitario o Certificadode registro sanitario vigente del producto ofertado.			
				* Certificado de buenas practicas de almacenamiento de corresponder.			
				* Carta canje cuando la fecha sea menor a la solicitada.			
				* Declaración Jurada de Datos del Postor			
				B) PLAZO DE ENTREGA:			
				La Entrega deberá ser dentro de los 10 días calendarios como maximo a la notificación de la Orden de Compra.			
				C) LUGAR DE ENTREGA:			
				Deberán ser entregados en el Almacén 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 ADJUNTO 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 **ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimiento
- * Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa
- * Precisar periodo de **VIGENCIA** en días calendario (Oferta Económica Válida Del _____ Al _____)
- * Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sírvase 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
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Jhon Carlos Jimata Zevallos
(e) COTIZACION

.....
RESP. COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES AFILIADOS AL SIS

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para los diferentes servicios como centro quirúrgico, Hospitalización y consultorio externo 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 por centro quirúrgicos y hospitalización se requiere Productos Farmacéuticos (inyectables), para la atención integral de los pacientes que acuden al Hospital por los diferentes centro quirúrgico y medicación de alta del área de 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 cirugías genera la demanda en el consumo de este producto farmacéutico por lo que se tiene el riesgo de desabastecimiento, asimismo el abastecimiento por parte de cenares aun no se tiene fecha completa de entregas 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

- Disponer 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 cumplimiento de los indicadores de gratuidad y disponibilidad 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.
- Boleto 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 18 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 nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento.
- Cajas que faciliten su conteo y fácil apilamiento, precisando el número de cajas apilables.

El rotulado del envase mediate 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 información para ser indicada en etiquetas. Aplica a cada unidad, es decir a cada caja completa del producto.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE ESPINAR

F. Delia Mellado Ortiz

- En las caras laterales debe indicar la palabra "FRAGIL", con letras visibles e indicar con una flecha el sentido correcto para la posición de la caja.
- Condiciones de temperatura para el almacenamiento.
- Condiciones de transporte (número máximo de cajas apilables).

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 16:00 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 fin de llevar a cabo 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 canje y/o reposición por defectos o vicios ocultos.
- Copia simple del certificado del registro sanitario vigente.

8. PLAZO DE ENTREGA

Todos los bienes que adquirir serán 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 manifiesta después de descapacitar el bien y entregado 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 del bien ocasionará la aplicación de una penalidad no mayor al 10% del monto contractual calculada en base al 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 logros objetivo 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 exige 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 contratado.

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.

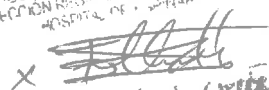
14. OBLIGACIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR

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 presupuesta: 00129
 Actividad: DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS
 Fuente de financiamiento: O y I
 Especifica: 23-18-12
 Pedido SIGA: 00450-00451
 Valor Estimado: 12.000.00 soles.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PÚBLICA
 HOSPITAL DE ESPINAR

X 
 O.F. Delia Mellado Ortiz

CUADRO RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Nº	PRODUCTO FARMACEUTICO	CANTIDAD	FF
1	BROMURO DE ROCURONIO 10 mg/mL INY 5 mL	50	INYECT
2	CLORURO DE SUXAMETONIO 50 mg/mL INY 10 mL	50	INYECT
3	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL	10	INYECT
4	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL	50	INYECT
5	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL	60	INYECT
6	SEVOFLURANO 100 mL/100 mL SOL 250 mL	5	INYECT
7	YODO POVIDONA 10 g/100 mL (10 %) SOL 1 L	100	SOLUC
8	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 400 µg + 60 mg Fe TAB	6000	TAB
9	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL	100	SOLUC
10	DIAZEPAM 10 mg TAB	100	TAB
11	INSULINA HUMANA (ADN RECOMBINANTE) 100 UI/mL INY 10 mL	5	INYECT
12	TETRACICLINA CLORHIDRATO 1 g/100 g (1 %) UNG OFT 6 g	300	UNG
13	VALPROATO SODICO 250 mg/5 mL JBE 120 mL	10	SUSP





 O.F. Delia Mellado, 07112