



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 0206

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

N° E/M : 00253

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 05/09/2025
Concepto :	Moneda : S/.
: ADQUISICION DE INSUMOS BIOMEDICOS	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	UNIDAD	496600090093	LUPA ASFERICA 90 DIOPTRIAS MARCA:		
182	UNIDAD	495500011438	MANDIL DESCARTABLE NO ESTÉRIL MARCA:		
520	UNIDAD	495500011376	MANDIL DESCARTABLE TALLA M MARCA:		
295	UNIDAD	495500011437	MANDIL QUIRÚRGICO ESTÉRIL DESCARTABLE TALLA L MARCA:		
12	UNIDAD	495500010719	MANDILON DESCARTABLE TALLA L MARCA:		
781	UNIDAD	495700410158	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 MARCA:		
				TOTAL	

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 las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (VALIDEZ DE OFERTA 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 presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXO

COTIZADOR

PROVEEDOR

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es elcon Razón Social
.....agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....
Firma
Nombre y apellidos del proveedor o de su representante
DNI:

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N°, Representante Legal (de corresponder), con RUC N°....., con domicilio legal en..... correo electrónicoautorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588–Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
- d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

.....
Nombres y Firma del postor

PEDIDO DE COMPRA N°

000783

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO PSICOLOGÍA

Entregar a Sr(a) : FARFAN LLAVE NURY DEYSI

Fecha : 04/09/2025

Actividad Operativa : E1018 0131-5006281-5005927-TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES I

Motivo :

FF/Rb	META	MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00		0094	20	044	0096	0131	3000699	5006281

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495500011437	MANDIL QUIRÚRGICO ESTÉRIL DESCARTABLE TALLA L	2.3.1 8.2 1	295.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Nury D. Farfan Llave
PSICÓLOGA
C.Ps.P.16340

Firma del Solicitante

Cosme Mario Cruz Escalante
CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
MAT. 03-3326

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Econ. Yvon Viza Cruz
RESPONSABLE DEL AREA DE PRESUPUESTOS

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enf. Miriam U. Canales Pichay
COORDINADORA DE PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES
C.I.P. 0001733

PEDIDO DE COMPRA N°

000774

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO PSICOLOGÍA
Entregar a Sr(a) : FARFAN LLAVE NURY DEYSI
Fecha : 22/08/2025
Actividad Operativa : E1671 0131-5005195-0070629-TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA LAS PERSONAS CON DETERIORC
Motivo :

FF/Rb	META/ MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0096	20	044	0097	0131	3000702	5005195

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495500011438	MANDIL DESCARTABLE NO ESTÉRIL	2.3.1 8.2 1	24.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Nury D. Farfan Llave
PSICÓLOGA
C.P.S.P.16340

Firma del Solicitante

Cosme María Cruz Escalante
Firma Autorizada
CONTADOR PÚBLICO COLEGIADO
MAT. 03-3326

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Sr. Don Lipa Cruz
RESPONSABLE DEL ÁREA DE PRESUPUESTOS

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Elizabeth Cardujal Beltran
COORDINADORA DE EXAMENES PRESUPUESTALES
C.E.P. 094273

PEDIDO DE COMPRA Nº

000773

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO PSICOLOGÍA
Entregar a Sr(a) : FARFAN LLAVE NURY DEYSI
Fecha : 22/08/2025
Actividad Operativa : E1659 0131-5005189-0070612-TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EN VIOLENCIA FAMILIAR
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0093	20	044	0096	0131	3000699	5005189

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495500010719	MANDILÓN DESCARTABLE TALLA L	2.3.1 8.2 1	12.00	UNIDAD



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Nury D. Farfan Llave
PSICOLOGA
P.S.P. 10340

Firma del Solicitante



Mario Cruz Escalante
CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
MAT. 03-3326

Firma Autorizada



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Econ. Hon. Lipa Cruz
RESPONSABLE DEL AREA DE PRODUCCION



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Efraim Beltrán
RESPONSABLE DEL AREA DE PRODUCCION

PEDIDO DE COMPRA N°

000772

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

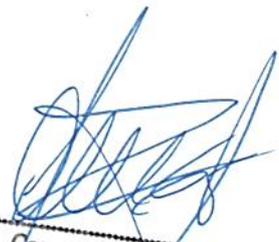
Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC
 Entregar a Sr(a) : UMIRE HUARCA YANED
 Fecha : 22/08/2025
 Actividad Operativa : E0210 0016-5004438-4396402-DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR
 Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0024	20	044	0096	0016	3000614	5004438

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495700410158	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95	2.3.1 8.2 1	781.00	UNIDAD


 Lc. Yaned Umire Huarca
 CEP: 99390
 RESPONSABLE P.P. 0016 TSC-VHS/DA

Firma del Solicitante


 Cosme Mario Cruz F.
 CONTADOR PUBLICO
 HAT 93a
 Firma Autorizada


 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 CENTRO REGIONAL DE SALUD CUSCO
 HOSPITAL DE ESPINAR
 Econ. Mon...
 RESPONSABLE DEL AREA DE PRESUPUESTOS


 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 CENTRO REGIONAL DE SALUD CUSCO
 HOSPITAL DE ESPINAR
 U. Carbajal...
 RESPONSABLE DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS
 G.P. 1094274

PEDIDO DE COMPRA N°

000771

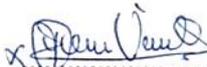
UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC
 Entregar a Sr(a) : UMIRE HUARCA YANED
 Fecha : 22/08/2025
 Actividad Operativa : E0205 0016-5004436-4396201-IDENTIFICACION Y EXAMEN DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS EN L
 Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0021	20	044	0096	0016	3000612	5004436

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495500011376	MANDIL DESCARTABLE TALLA M	2.3.1 8.2 1	520.00	UNIDAD


 Lic. Yaned Umire Huarca
 CEP: 99390
 RESPONSABLE P.P. 0016 TBC-VHYSIDA

Firma del Solicitante


 Mario Cruz Escalante
 Firma Autorizada
 MAT. 03-3326


 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 Lic. Yaned Umire Huarca
 RESPONSABLE DEL AREA DE PRESUPUESTOS


 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 REGIONAL DE SALUD CUSCO
 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 Lic. Yaned Umire Huarca
 RESPONSABLE DEL AREA DE PRESUPUESTOS

PEDIDO DE COMPRA N°

000494

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DE OFTALMOLOGIA
Entregar a Sr(a) : CALISAYA PACORI LUIS
Fecha : 06/03/2025
Actividad Operativa : E1269 0018-5005993-0081304-DIAGNÓSTICO DE GLAUCOMA
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0049	20	044	0097	0018	3000813	5005993

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
496600090093	LUPA ASFERICA 90 DIOPTRIAS	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD


.....
Luis Calisaya Pacori
CIRUJANO OFTALMÓLOGO
R.M.A. 48888 R.N.E. 26125

Firma del Solicitante


.....
Cosme Mario Cruz Escalante
CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
R.M.A. 500000

Firma Autorizada





ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION INSUMOS Y MATERIAL BIOMEDICO

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 8.2 1

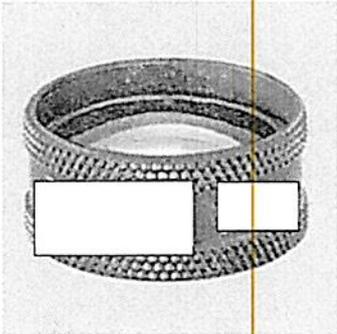
1. OBJETO DEL BIEN:

- Adquisición de insumos y material biomédicos para los programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

- El presente proceso busca contar con bienes y materiales biomédicos con la finalidad el beneficio de las actividades directas con paciente externos de los programas presupuestales y sus estrategias sanitarias, que a través de su personal y su personal asistencial que realizan procedimientos invasivos. Para el bien de la población y alcance de metas físicas.

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO:

Nº	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	META	UNID	CANTIDAD
1	<p>LUPA ASFÉRICA 90 DIAPTRIAS</p> <p>Material : vidrio Color: negro Lente biconvexa con doble óptica de vidrio esférico Revestimiento antirreflectante Campo de visión: 74º/89º Ampliación de imagen: 76x Punto láser: 1.32x</p> 	049	UNID	01
2	<p>MANDIL DESCARTABLE NO ESTERIL</p> <p>Tela no tejida de polipropileno con proceso Spunbond/ MeltBlown/ Spunbond (SMS), no fabricado con latex Gramaje: > 40 g/m2 No transparente Debe de ser biodegradable, no inflamable, resistente l uso, resistente al desgarre, con tratamiento antiestático Debe de ser poseer repelencia a liquidos y fluidos permeable al aire Debe poseer eficiencia de filtración bacteriana > 90% Color: verde o azul</p>	096	UNID	24





	<p>Condición biológica: <i>aséptico</i> Biocompatibilidad: <i>no debe ser citotóxico y no producir sensibilidad</i> Envase y embalaje: <i>el envase inmediato debe ser bolsa plástica individual transparente, que garantice la integridad y asepsia del producto durante la manipulación, transporte y almacenamiento.</i></p>			
3	<p>MANDIL DESCARTABLE TALLA L Tela no tejida de polipropileno con proceso Spunbond/ MeltBlown/ Spunbond (SMS), no fabricado con latex Gramaje: > 40 g/m² No transparente Debe de ser biodegradable, no inflamable, resistente l uso, resistente al desgarre, con tratamiento antiestático Debe de ser poseer repelencia a líquidos y fluidos permeable al aire Debe poseer eficiencia de filtración bacteriana > 90% Color: verde o azul Condición biológica: <i>aséptico</i> Biocompatibilidad: <i>no debe ser citotóxico y no producir sensibilidad</i> Envase y embalaje: <i>el envase inmediato debe ser bolsa plástica individual transparente, que garantice la integridad y asepsia del producto durante la manipulación, transporte y almacenamiento.</i></p>	093 094	UNID	307
4	<p>MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 - Con tecnología de medio filtrante electrostático avanzado (MEA), permite una eficiencia en filtración mayor a 95% con fácil y fresca respiración n95 - 02 bandas elásticas que aseguran un ajuste apropiado en la cabeza. - Baja caída de presión, que significa baja resistencia al paso del aire, facilita la respiración y la comunicación a través del filtro. - 01 laminillas metálicas para la nariz permite un ajuste seguro y fácil. - Libre de mantenimiento, elimina las tareas de limpieza y cambio de pares / descartables - Aprobado para material particulado Norma 42 CFR 84 NIOSH (N95) y la Norma NTC 2561 Tipo B - El Proveedor deberá entregar la ficha técnica del bien de seguridad</p>	024	UNID	781
5	<p>MANDIL DESCARTABLE TALLA M Tela no tejida de polipropileno con proceso Spunbond/ MeltBlown/ Spunbond (SMS), no fabricado con latex</p>	021	UNID	520





<p>Gramaje: > 40 g/m² No transparente Debe de ser biodegradable, no inflamable, resistente l uso, resistente al desgarre, con tratamiento antiestático Debe de ser poseer repelencia a líquidos y fluidos permeable al aire Debe poseer eficiencia de filtración bacteriana > 90% Color: verde o azul Condición biológica: aséptico Biocompatibilidad: no debe ser citotóxico y no producir sensibilidad Envase y embalaje: el envase inmediato debe ser bolsa plástica individual transparente, que garantice la integridad y asepsia del producto durante la manipulación, transporte y almacenamiento.</p>			
--	--	--	--

4. REQUERIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN.

Los productos sanitarios 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 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 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 información podrá ser indicada en etiquetas. Aplica a caja máster, es decir a caja completa del producto.





- 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. FORMA DE PAGO

El pago se realizará después de deprecionado el bien y otorgado la conformidad.

9. CONFORMIDAD

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

10. 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.



