

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 "AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"
 ANEXO N° 04
SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	127
23 de Junio de 2026	

RAZON SOCIAL : FECHA:
 DIRECCION : RUC N° :
 REFERENCIA : INFORME N° 178-2026/GR CUSCO / DRSC/U.E.- 408-HE/SF TELEFONO:
 META : 0116 PEDIDO SIGA. N°: 000738
 FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	585200200001	50,000.00	UNIDAD	CALCIO CARBONATO 1.25 g (Equiv. a 500 mg de Ca) TAB A) DOCUMENTACION: * Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente. * RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación) * Declaración Jurada de Datos del Postor * 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. * Carta de canje (cuando la fecha sea menor a la solicitada). * 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. B) PLAZO DE ENTREGA: Plazo de entrega será de 10 días calendarios, después de notificado la orden de compra. C) LUGAR DE ENTREGA: Los bienes seran entregados en las instalaciones del Hospital de Espinar en coordinacion almacen central y el area usuaria, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.			
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** y/o **ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimier
- * 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 (07:45 hasta 15:30 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



.....
 PROVEEDOR
 Firma y Sello

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El (la) que suscribe....., identificado con DNI N°..... Representante Legal de la empresa..... con RUC N°..... activo y habido, con domicilio legal encorreo electrónico autorizado para notificaciones.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- c) Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que indico en la presente cotización.
- d) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en las Especificaciones Técnicas o Términos de Referencia, cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- e) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444 ley de Procedimiento Administrativo General.
- f) 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.
- g) 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 General de Contrataciones Públicas Ley N° 32069 y su Reglamento
- h) No cuento con inhabilitaciones vigentes para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236° del TUO de la ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- i) No tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069" Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento"
- j) No me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- k) No percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del estado peruano (institución pública o empresa del estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos.
- l) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de legalidad.
- m) No cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- n) Conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- o) Me someto a las sanciones contenidas en la "Ley 32069 Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento" así como TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General. Ley N° 27444.
- p) 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.



Espinar:.....202...

.....
Firma y sello del Proveedor

Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N - Barrio Túpac Amaru - Espinar

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:

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS URGENTE PARA GESTANTES AFILIADOS AL SIS.

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para la atención primaria de gestantes, consultorio externo de obstetricia de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, que atiende a pacientes afiliados al seguro integral de salud (SIS)

2. FINALIDAD PUBLICA DE LA ADQUISICIÓN DEL BIEN

Dentro de las atenciones de consultorio externo de obstetricia; se requiere Productos Farmacéuticos, para la atención integral de las pacientes gestantes que acuden al Hospital, existiendo un incremento en la dosis de atención de pacientes que acuden por consultorio externo de obstetricia, se tiene la alta demanda e incremento de dosis según Norma Técnica Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP-V.01 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 asegurados al SIS y mantener los indicadores de disponibilidad medido por GERESA Cusco y DIGEMID.

3. ANTECEDENTES

Los Productos Farmaceuticos esenciales son parte importante para la fase de recuperación e de nuestros pacientes asegurados que acuden por los consultorios externos de obstetricia para la atención de pacientes gestantes aseguradas al SIS,

El incremento de la dosis para pacientes gestantes que acuden por consultorio externo de obstétrica; genera la demanda de productos farmacéuticos, completando así la atención integral del paciente afiliado al SIS.

En el marco de la atención integral de salud materna, el Ministerio de Salud ha aprobado la Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP-V.01, la cual establece los lineamientos para la atención prenatal y el manejo de la gestante. Dicha norma dispone la suplementación con calcio en gestantes como medida preventiva frente a complicaciones como la preeclampsia, indicando su administración a partir de las 20 semanas de gestación.

Asimismo, se establece que la suplementación profiláctica de calcio debe ser de 2 gramos diarios por vía oral desde las 20 semanas de gestación hasta el término del embarazo.

Durante el año 2025, en el Hospital de Espinar, la suplementación brindada a las gestantes fue de 500 mg diarios de calcio elemental, lo cual se encuentra por debajo de lo establecido en la normativa vigente del MINSA. A partir de febrero del año 2025, se evidencia un incremento en el consumo del producto, debido a la adecuación progresiva a la dosis normativa recomendada.

4. OBJETIVO

- Disponer con la disponibilidad de Productos Farmacéuticos para garantizar el cumplimiento de la Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP-V.01 para la atención de pacientes gestantes de consultorio externo de obstetricia de la U.E 408 Hospital de Espinar.
- Asegurar el cumplimiento de los indicadores de gratuidad y disponibilidad mayor a 90% de Productos Farmacéuticos para la UPSS de Farmacia.

5. REQUERIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN.

Los productos Farmaceuticos 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.
- 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.


G.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
CQFP. 24141

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 mediano 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.

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 realizará después de decepcionado el bien y otorgado 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° 408 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 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:


CORPORACIÓN REGIONAL DEL CUSCO
CALLE 408 HUARCA CRUZ S/N
Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
CQFP. 24141

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. **NOTA:** En caso que exista falsificación y/o adulteración del Producto Farmacéutico atendido por parte del proveedor, la empresa proveedora se hará cargo de la DEVOLUCION DEL MONTO ADQUIRIDO del producto observado, debido a que la UE 408 Hospital de Espinar notificará al área de fiscalización de la GERESA Cusco, cumpliendo la normativa EN VIGENCIA.

16. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Meta presupuestal: 116

Actividad: DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS

Fuente de financiamiento: D y T

Específica: 23.18.199

Pedido SIGA: 738

CUADRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

META	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	R_B	CANTIDAD	UNIDAD
116	Carbonato de Calcio 1.25 g (equivalente a 500 mg de calcio elemental)	13	50,000.00	TABLETAS

Gobierno Regional del Cusco
Dirección Regional de Salud
Cusco

Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
CQFP. 24141