

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	584400700004	50	UNIDAD	ATROPINA SULFATO 10 mg/ mL (1 %) SOL OFT 5 MI			
2	584400490002	150	UNIDAD	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL			
3	584400180001	150	UNIDAD	LATANOPROST 50 µg/mL (0.005 %) SOL OFT 2.5 mL			
4	584400690003	200	UNIDAD	PREDNISOLONA ACETATO 10 mg/mL (1 %) SUS OFT 5 mL			
5	584400240006	50	UNIDAD	PROXIMETACAINA 5 mg/mL SOL OFT 15 mL			
6	584400630002	50	UNIDAD	TIMOLOL (COMO MALEATO) 5 mg/mL (0.5 %) SOL OFT 5 mL			
7	583400060001	44	UNIDAD	TROPICAMIDA 10 mg/mL (1 %) SOL OFT 15 mL			
				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			
				* 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 requerimien

* 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 PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES AFILIADOS AL SIS PARA LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para la atención de pacientes que acuden a la especialidad de Oftalmología 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, emergencia y centro quirúrgico por la especialidad de oftalmología se requiere Productos Farmacéuticos, para la atención integral de los pacientes que acuden al Hospital por consultorio externo y cirugía de la especialidad de oftalmología, existiendo un incremento en el número de pacientes que acuden por consultorio y cirugías de emergencia y programadas de oftalmología se tiene la necesidad de adquirir estos productos farmacéuticos para contar con stock disponible para la atención de los pacientes afiliados al SIS. Al ser un producto de especialidad es necesario solicitar el estudio de mercado a los proveedores que cuenten con estos productos farmacéuticos de especialidad de oftalmología con la finalidad de evitar desiertos y cumplir de manera eficaz su estudio y disponibilidad en el mercado, donde el paciente el usuario final debe contar con el tratamiento para la recuperación de la salud.

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 por emergencia, consultorio externo y de pacientes que requieren cirugías genera la demanda en el consumo de este producto farmacéutico por lo que se tiene el riesgo de desabastecimiento, así mismo el abastecimiento por parte de cenares aún no se tiene fecha completa de entregas, por estar el proceso aun en convocatoria.

Existiendo también requerimientos presentados con resultados del estudio de mercado con precios elevados que superan el presupuesto asignado para su adquisición, pudiendo generar una atención incompleta por falta de tratamiento del paciente asegurado al SIS.

4. OBJETIVO

- Disponer con la disponibilidad de Productos Farmacéuticos para garantizar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes que acuden a centro quirúrgico y consultorio de la especialidad de oftalmología 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 Vigente del producto ofertado, así como de las modificaciones efectuadas y autorizadas por la DIGEMID.
- Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, emitida por la ANM o ARM
- Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPDT) vigente, emitida por la ANM o ARM, según corresponda, a nombre del establecimiento farmacéutico del proveedor (droguería o laboratorio) de acuerdo con el marco normativo vigente.
- Copia simple del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente, según lo detallado a continuación: a) Para medicamentos: Copia simple del certificado de BPM vigente, que comprenda las áreas para la fabricación del bien ofertado, emitido por la Digemid (ANM)
- Copia simple de la Resolución Directoral que autoriza la inscripción o la reinscripción en el Registro Sanitario vigente y, de ser el caso, de la Resolución Directoral de autorización del cambio que acredite las características del bien ofertado o, copia simple del Certificado de Registro Sanitario vigente, emitidos por la Digemid (ANM)
- Copia simple del certificado de análisis o protocolo de análisis del bien ofertado, conforme a lo autorizado en su registro sanitario, de acuerdo con el marco normativo vigente

- Copia simple de los rotulados de los envases inmediato y mediano del bien ofertado, de corresponder, conforme a lo autorizado en su registro sanitario, de acuerdo con el marco normativo vigente.
- Copia simple del inserto del bien ofertado, de corresponder, conforme a lo autorizado en su registro sanitario, de acuerdo con el marco normativo vigente.
- 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 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.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
COFF. 24141

13. OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO:

El proveedor se compromete a cumplir con las actividades que exige el presente termino 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 termino 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. 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: 00116 122 125

Actividad: DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO DE MEDICAMENTOS

Fuente de financiamiento: D y T

Especifica: 23.18.12

Pedido SIGA: 00534, 762, 763

CUADRO: RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS 2026						
Nº	DESCRIPCION DEL PRODUCTO FARMACEUTICO	UNIDAD	DYT	RDR	TOTAL	META
1	ATROPINA SULFATO (SOLUCION OFTALMICA) - 10 mg/mL (1 %) - SOLUCI - 5 mL	UNIDAD	50	0	50	122
2	TIMOLOL MALEATO(SOLUCION OFTALMICA) - 5 mg/mL (0.5 %) 5 mL	UNIDAD	50	0	50	122
3	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL	UNIDAD	130	20	150	116
4	LATANOPROST 50 µg/mL (0.005 %) SOL OFT 2.5 mL	UNIDAD	100	50	150	116
5	TROPICAMIDA (SOLUCION OFTALMICA) - 10 mg/mL (1 %) 15 mL	UNIDAD	24	0	24	116
6	PREDNISOLONA (SUSPENSION OFTALMICA) - 10 mg/mL 5 mL	UNIDAD	200	0	200	116
7	PROXIMETACAINA 5 MG/ML SOL OFT 15 ML	UNIDAD	0	50	50	125

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
CQFP. 24141