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	226
FECHA:	16 de Noviembre de 2026

RAZON SOCIAL :..... **RUC N°** :.....
DIRECCION :..... **TELEFONO**:.....

REFERENCIA : INFORME N° 327-2026/GR CUSCO/DRSC/U.E.-408-HE/SF **PEDIDO SIGA. N°:** 00904, 000906,00908

META : 0125, 0116 **FTE.FTO.** : 4-13, 2-09

ARTICULO					MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	DESCRIPCION		P.U.	TOTAL
1	580600040004	150	UNIDAD	ALBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 20 Ml			
2	583100370001	100	UNIDAD	ATENOLOL 100 mg TAB			
3	583200130001	2000	UNIDAD	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 20 mg TAB			
4	585000070002	30	UNIDAD	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 µg/DOSIS AER 200 DOSIS			
5	581400130009	600	UNIDAD	CIPROFLOXACINO (COMO LACTATO) 200 mg INY 100 mL			
6	586300220001	50	UNIDAD	CLORURO DE SUXAMETONIO 50 mg/mL INY 10 mL			
7	586900070012	100	UNIDAD	CODEINA FOSFATO 30 mg/mL INY 2 mL			
8	585100070013	36	UNIDAD	DEXTROSA 10 g/100 mL (10 %) INY 1 L			
9	583800750001	900	UNIDAD	DIMENHIDRINATO 50 mg INY 5 mL			
10	583000490001	50	UNIDAD	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL			
11	583400020002	150	UNIDAD	DORZOLAMIDA 20 mg/mL SOL OFT 15 mL			
12	582800230008	5000	UNIDAD	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB			
13	582900060004	40	UNIDAD	GELATINA SUCCINILATADA 4 g/100 mL INY 500 mL			
14	584000170001	1500	UNIDAD	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB			
15	583700030001	1500	UNIDAD	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg TAB			
16	584400490002	150	UNIDAD	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL			
17	580100210063	300	UNIDAD	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 12.5 µg/mL INY 1.8 mL			
18	580100210066	200	UNIDAD	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2 g/100 mL GEL 10 mL			
19	580300200004	1000	UNIDAD	LORATADINA 10 mg TAB			
20	583600140029	12	UNIDAD	NITROFURAL 200 mg/100 g POMADA 500 g			
21	583800710002	14000	UNIDAD	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM			
22	587100070009	1000	UNIDAD	PREDNISONA 20 mg TAB			
23	587100070005	30	UNIDAD	PREDNISONA 5 mg/5 mL JBE 120 mL			
24	585100100008	1700	UNIDAD	SODIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 20 mL			
25	580500120025	2000	UNIDAD	VALPROATO SODICO 500 mg TAB LM			

				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 24 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 dias 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 las **ESPECIFICACIONES TECNICAS** 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 (07:45 hasta 15:30 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 409 HOSPITAL DE ESPINAR

.....
Nimerio Coila
RESP. DE Firma y Sello

.....
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 en .....correo 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 articulo 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 vigente para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236º del TUO de la ley Nº27444 "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 Nº32069" 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

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

Espinar,

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

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 el ..... con 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 ATENCION DE PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ESPINAR POR EMERGENCIA, HOSPITALIZACION Y CONSULTORIOS EXTERNOS

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Productos Farmacéuticos para la atención de pacientes que acuden a los diferentes servicios de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, que atiende a pacientes particulares que acuden por atenciones mediante emergencia, hospitalización, y consultorios externos.

2. FINALIDAD PUBLICA DE LA ADQUISICIÓN DEL BIEN

Dentro de la atención integral dispensada en los consultorios externos y demás especialidades del hospital, surge la necesidad indispensable de adquirir productos farmacéuticos para responder al constante incremento de pacientes. Esta compra busca garantizar stock disponible para los pacientes particulares y afiliados al sis , prevenir convocatorias desiertas tras evaluar adecuadamente el mercado y asegurar que el usuario final disponga oportunamente del tratamiento requerido para su recuperación.

3. ANTECEDENTES

Los Productos Farmaceuticos 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 cirugias genera la demanda en el consumo de este producto farmacéutico por lo que se tiene el riesgo de desabastecimiento, asi 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 y particulares..

4. OBJETIVO

- Disponer con la disponibilidad de Productos Farmacéuticos para garantizar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes que acuden a los diferentes servicios de la U.E 408 Hospital de Espinar.
- Asegurar el cumplimiento de los indicadores de gratuidad y disponibilidad de Productos Farmacéuticos para los pacientes particulares que requieren una atencion integral y continuidad de tratamientos.

5. REQUERIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN.

Los productos Farmaceuticos deben contar con cada uno de las caracteristicas fisicas 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, asi 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 (drogueria 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 caracteristicas 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 mediato 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.

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

6. LUGAR DE ENTREGA

LUGAR: Deberán ser entregados en al 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.
- Guia de remisión. Esta deberá consignar en forma obligatoria para cada item 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.
- <u>Copia simple del certificado del registro sanitario vigente CON UN MINIMO DE 02 AÑOS DE VIGENCIA.</u>

8. PLAZO DE ENTREGA
Todos los bienes que adquirir serán entregados en un solo bloque en al almacén del Hospital Espinar dentro de los quince (15) días calendario posteriores a la orden de compra ejecutada.

9. FORMA DE PAGO
El pago se realiza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de otorgada la conformidad de los bienes por parte del área usuaria y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles

10. RECEPCION Y CONFORMIDAD

La recepción será otorgada por el Área Usuaria y Almacén Central de medicamentos del Hospital de Espinar y la conformidad será otorgada por el Área Usuaria en el plazo máximo de siete (07) días, esto último en caso se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, los días computados desde el día siguiente de producida la recepción.

11. PENALIDAD
Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del proveedor en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

Penalidad diaria = (0.10 x Monto)/(F x Plazo)

Dónde F tiene lo siguientes valores: F = 0.40

a. Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato o ítem que debió ejecutarse o, en caso que estos involucraran obligaciones de ejecución periódica o entregas parciales, a la prestación individual que fuera materia de retraso. Asimismo, la suma de la aplicación de las penalidades por mora y de otras penalidades no debe exceder el 10% del monto vigente del contrato o, de ser el caso, del ítem correspondiente.

I. **RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA**

- La entidad contratante y el contratista son responsables de ejecutar correcta y oportunamente la totalidad de las obligaciones asumidas en el contrato. Para ello, deben realizar todas las acciones a su alcance, empleando la debida diligencia, orientadas al logro de los resultados acordados. El contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por la entidad contratante.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO
UE 404 HOSPITAL DE ESPINAR
C.F. FLOR DE LIZ LLAMOCA HUAMAN
COEP: 24141

12. GARANTIAS

El proveedor deberá garantizar que los bienes sean nuevos y libres de defectos de fabricación. Para materiales reutilizables se recomienda una garantía mínima de doce (12) meses desde la conformidad, sin perjuicio de una garantía comercial superior. Los bienes estériles o descartables se regirán por su fecha de vencimiento o condición de esterilidad declarada por el fabricante.

Se notificará al proveedor de cualquier defecto de fábrica e indicará la naturaleza del defecto, una vez recibida la notificación, el proveedor reemplazará la totalidad de los bienes defectuosos, sin costo alguno para el Hospital de Espinar, dentro de los 5 días calendario.

13. RESOLUCION CONTRACTUAL

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato u orden de compra, total o parcialmente, en los siguientes casos:

- Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.
- Por la presentación con información inexacta o falsa de la Declaración Jurada de Prohibiciones e Incompatibilidades a que se hace referencia en la Ley de prevención y mitigación del conflicto de intereses en el acceso y salida de personal del servicio público.
- Por agotamiento de la necesidad, previo sustento del área usuaria y/o área estratégica.
- Puede resolverse de forma total o parcial del contrato menor por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área usuaria. Esta disposición sólo podrá aplicarse para las contrataciones de servicios técnicos, profesionales y/o especializados realizados por personas naturales.

14. RESPONSABLE DE LAS COORDINACIONES 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 objetivo y productos señalados en el presente servicio. Asi mismo, brindara la logistica necesaria y el reconocimiento de los gastos por comisión de servicio.

15. CLAUSULA ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

- A la suscripción de este contrato,
- EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de la entidad contratante. Asimismo, EL CONTRATISTA se obliga a mantener una conducta proba e integra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente.
- Aunado a ello, EL CONTRATISTA se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito. En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados. Adicionalmente, EL CONTRATISTA se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con LA ENTIDAD CONTRATANTE.

- Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacioncitas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

- Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, durante la ejecución contractual, otorga a LA ENTIDAD CONTRATANTE el derecho de resolver total o parcialmente el contrato. Cuando lo anterior se produzca por parte de un proveedor adjudicatario de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conlleva que sea excluido de los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marco. En ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar.

16. 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 divulgado por el contratado.
- El proveedor cederá en forma exclusiva al hospital los titulos 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.

17. 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.

NOTA: En caso de que exista falsificación y/o adulteración del producto farmaceutico 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.

18. **CUADRO N° 01: RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

N°	DESCRIPCION	RDR	DYT	RDR	TOTAL	META
1	ALBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 20 mL	UNIDAD		150	150	125
2	ATENOLOL 100 mg TAB	UNIDAD		100	100	125
3	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 20 mg TAB	UNIDAD		2000	2000	125
4	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	UNIDAD		30	30	125
5	CIPROFLOXACINO (COMO LACTATO) 200 mg INY 100 mL	UNIDAD		600	600	125
6	CLORURO DE SUXAMETONIO 50 mg/mL INY 10 mL	UNIDAD		50	50	125
7	CODEINA FOSFATO 30 mg/mL INY 2 mL	UNIDAD		100	100	125
8	DEXTROSA 10 g/100 mL (10 %) INY 1 L	UNIDAD		36	36	125
9	DIMENHIDRINATO 50 mg INY 5 mL	UNIDAD		900	900	125
10	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 mg/mL INY 5 mL	UNIDAD		50	50	125
11	DORZOLAMIDA 20 mg/mL SOL OFT 15 mL	UNIDAD		150	150	125
12	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	UNIDAD	4500	500	5000	116 Y 125
13	GELATINA SUCCINILATADA 4 g/100 mL INY 500 mL	UNIDAD		40	40	125
14	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	UNIDAD		1500	1500	125
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg TAB	UNIDAD		1500	1500	125
16	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL	UNIDAD	130	20	170	116 Y 125
17	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 12.5 µg/mL INY 1.8 mL	UNIDAD		300	300	125
18	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2 g/100 mL GEL 10 mL	UNIDAD		200	200	125
19	LORATADINA 10 mg TAB	UNIDAD		1000	1000	125
20	NITROFURAL 200 mg/100 g POMADA 500 g	UNIDAD		12	12	125
21	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM	UNIDAD		14000	14000	125
22	PREDNISONA 20 mg TAB	UNIDAD		1000	1000	125
23	PREDNISONA 5 mg/5 mL JBE 120 mL	UNIDAD		30	30	125
24	SODIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 20 mL	UNIDAD		1700	1700	125
25	VALPROATO SODICO 500 mg TAB LM	UNIDAD	300	1700	2000	116 Y 125

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD - CUSCO
UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA PUMAHUAMAN
COFF. 24141