

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 RUC: 20564356116



"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

ANEXO N° 04
 SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	094
FECHA: 08 de mayo de 2026	

RAZON SOCIAL : RUC N° :
 DIRECCION : TELEFONO:
 REFERENCIA : INFORME N° 055-2026/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC PEDIDO SIGA. N°: 000049
 META : 0116 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	070500010073	1	SERVICIO	SERVICIO DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA PROCESO DE TAMIZAJE			
				* Evaluar el desempeño analítico del laboratorio en pruebas inmunohematológicas * Participar en evaluaciones externas dos veces por año * Implementar acciones correctivas ante resultados no conformes * Documentar y archivar informes de desempeño * y cumplir toda las prestaciones contemplados en los Terminos de Referencia			
				A) PERFIL:			
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.			
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)			
				* Declaración Jurada de Datos del Postor			
				B) PLAZO DE SERVICIO:			
				Plazo de ejecución del servicio será según cronograma previa coordinación con la area usuaria, después de notificada la orden de servicio.			
				C) LUGAR DE SERVICIO:			
				El servicio se prestará en las instalaciones del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.			
NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA 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 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 (08:00 hasta 16:00 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:

**TDR - IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD
EXTERNO EN INMUNOHEMATOLOGÍA METODOLOGIA EN TUBO -
BANCO DE SANGRE TIPO IA – HOSPITAL DE ESPINAR 2026, CUSCO**

1. NOMBRE DEL PROYECTO

Implementación del Programa de Control de Calidad Externo (CCE) en Inmunohematología metodología en tubo para el Banco de Sangre Tipo IA del Hospital Espinar 2026 – Cusco.

2. ANTECEDENTES

El Banco de Sangre Tipo IA del Hospital Espinar realiza pruebas inmunohematológicas esenciales para garantizar la compatibilidad donante–receptor y prevenir reacciones transfusionales. La participación en programas de Control de Calidad Externo constituye un requisito fundamental para asegurar la confiabilidad de los resultados, estandarizar procesos y fortalecer la seguridad transfusional.

3. JUSTIFICACIÓN

La implementación del CCE permitirá:

- Verificar objetivamente el desempeño del laboratorio.
- Detectar errores analíticos y preanalíticos.
- Mejorar la competencia técnica del personal.
- Cumplir con la normativa sanitaria nacional.
- Reducir riesgos transfusionales.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Implementar y mantener un Programa de Control de Calidad Externo en Inmunohematología que garantice resultados confiables y seguros en el Banco de Sangre Tipo IA del Hospital Espinar 2026.

4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el desempeño analítico del laboratorio en pruebas inmunohematológicas.
- Participar en evaluaciones externas dos veces por año.
- Implementar acciones correctivas ante resultados no conformes.
- Documentar y archivar informes de desempeño.

5. ALCANCE

El presente TDR aplica a:

- Área de Inmunohematología.
- Personal profesional del Servicio de Banco de Sangre.



Edvin Soto Ccoyahualpa
MÉDICO - CIRUJANO
C.I.P. 0854104

- Equipos, reactivos y procedimientos utilizados.

6. MARCO NORMATIVO REFERENCIAL

- **Ley N.º 26842 – Ley General de Salud.**
- **Ley N.º 26454 – Ley que declara de interés nacional la donación voluntaria de sangre y crea el Sistema Nacional de Bancos de Sangre.**
- **Decreto Supremo N.º 003-2016-SA**, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 26454.
- **Resolución Ministerial N.º 241-2018/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud para Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión.
- **Resolución Ministerial N.º 627-2019/MINSA**, que aprueba disposiciones para la organización y funcionamiento de los bancos de sangre.
- **Norma Técnica de Salud NTS N.º 072-MINSA/DIGESA-V.01**, referente a Buenas Prácticas de Laboratorio.
- **ISO 15189:2012**, Laboratorios clínicos – Requisitos particulares para la calidad y competencia (referencial).

7. PARÁMETROS A EVALUAR EN EL CCE:

Las muestras suministradas permitirán evaluar como mínimo:

- Tipificación ABO (incluye subgrupos) globular y sérica.
- Factor Rh (D) y fenotipo Rh (incluyendo Antígeno Kell).
- Prueba de Coombs Directa e Indirecta.
- Rastreo (PAI) e identificación de Anticuerpos Irregulares (IAI).
- Prueba Cruzada Mayor (Compatibilidad).


8. FRECUENCIA

El Banco de Sangre participará en el programa de CCE **dos (2) veces por año**.

9. CARACTERÍSTICAS DEL PROVEEDOR

DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y PRESTACIONES INCLUIDAS SIN COSTO ADICIONAL:

- El proveedor entregará material de control de calidad en presentación líquida, con matriz biológica de sangre y suero humano, destinado a evaluación externa de inmunohematología. La provisión consta de dos (02) entregas o eventos en el año.
- El proveedor es responsable de la entrega de material de control de calidad externo al usuario, así como garantizar el adecuado transporte de los insumos hasta la entrega al Hospital.
- Acceso a plataforma para envío de resultados y evaluación interlaboratorial documentada.
- Emisión de reporte comparativo oficial e informe integral de desempeño
- Es importante que el proveedor realice 01 visitas presenciales antes de la realización del proceso de Control de Calidad Externo.


 Edwin Soto Cevallos
 MEDICO - CIRUJANO
 C.M.P. 066464

- El proveedor debe dar 01 capacitación presencial y/o virtual, en el uso del material de control de calidad externo adquirido.
- El proveedor debe dar a conocer 02 capacitaciones virtuales en temas relacionados a la garantía del Control Calidad Externo.
- El proveedor debe hacer el envío de resultados, asesoría en la toma de acciones basadas en hechos y datos.
- El proveedor deberá hacer acompañamiento en la interpretación de resultados y manejo de no conformidades.
- El proveedor deberá dar el Certificado de adquisición al inicio del programa de Control de Calidad Externo.
- El proveedor deberá entregar una Constancia/ Certificado de Programa Nacional de Control de Calidad (PNCQ), como participante del evento del Programa de Control de Calidad.
- El proveedor deberá realizar un Informe de desempeño de los controles de calidad.
- Entregar instructivos claros y en idioma español o traducidos.
- La experiencia señalada en el numeral anterior se acreditará con contratos u órdenes de compra con su respectiva conformidad o constancia de prestación, o comprobantes de pago debidamente cancelados.

REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con RUC vigente y actualizado.
- Persona natural o jurídica con experiencia en provisión de Programas de Control Externo de la Calidad.
- Contar con Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) y Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPDT).
- Acreditar copia de certificación ISO 9001 (Sistema de Gestión de la Calidad) vigente del proveedor/distribuidor.
- Acreditar copia de certificación ISO 37001 (Sistema de Gestión Antisoborno) vigente, para garantizar la integridad y transparencia del proceso.
- El proveedor deberá acreditar mínimo dos (02) contrataciones iguales o similares relacionados con programas de Evaluación Externa de la Calidad en áreas de laboratorio clínico y/o inmunohematología, ejecutados en los últimos cinco (05) años

10. RESPONSABLES

- Jefe del Banco de Sangre.
- Responsable de Calidad.
- Tecnólogo Médico del área.
- Dirección del Hospital.

11. PROCEDIMIENTO GENERAL

1. Recepción de paneles.
2. Registro y verificación.
3. Procesamiento según rutina.



4. Registro de resultados.
5. Envío al proveedor.
6. Recepción de informe.
7. Evaluación interna.
8. Acciones correctivas si corresponde.
9. Archivo.

12. CRITERIOS DE ACEPTACIÓN

- Concordancia con resultados asignados.
- Desempeño satisfactorio según proveedor.
- Repetibilidad aceptable.

13. MANEJO DE RESULTADOS NO CONFORMES

- Investigación de causa raíz.
- Reentrenamiento.
- Verificación de equipos y reactivos.
- Documentación de acciones.

14. INDICADORES

- % de concordancia.
- Número de no conformidades.
- Cumplimiento de frecuencia.

15. PRODUCTOS ESPERADOS

- Informes de Control de Calidad Externo.
- Registros de evaluación.
- Planes de mejora.

16. PLAZO DE ENTREGA: Las entregas de los bienes y la habilitación de la plataforma asociada al bien se realizarán en dos (02) eventos previa coordinación con el área usuaria, conforme al cronograma oficial del fabricante del programa durante el año 2026.

- **Primera entrega:** Hasta 150 días calendario una vez emitida la orden de compra.
- **Segunda entrega:** Hasta 90 días calendario una vez realizada la primera entrega.

17. LUGAR DE ENTREGA: Instalaciones del Banco de Sangre Tipo I-A – Hospital de Espinar

18. CONFORMIDAD: La conformidad será otorgada por el responsable del Banco de Sangre Tipo I-A, previa recepción física conforme de los bienes (verificando el estricto cumplimiento de la cadena de frío de 2 °C a 8 °C) y la respectiva habilitación de los accesos a la plataforma para la evaluación de desempeño correspondiente al Programa de Control de Calidad Externo de cada evento.

19. PRESUPUESTO REFERENCIAL

El presupuesto incluirá:

- Inscripción anual al programa de CCE.
- Adquisición de panel de evaluación externa.
- Materiales e insumos.
- Gastos administrativos.

El monto total será determinado según cotización del proveedor seleccionado.

20. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:

- Pago mediante **orden de servicio** o **contrato**, según corresponda.
- Modalidad: **pago por servicio prestado**
- El pago se efectuará en moneda nacional (Soles), de forma parcial (por cada evento), después de la recepción los bienes y otorgada la respectiva conformidad por la contraprestación, siempre que se hayan validado las condiciones establecidas por el área usuaria y presentada la documentación obligatoria por parte del proveedor (guía de Remisión y comprobante de pago electrónico).
- La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en la Orden de Compra/Contrato.

21. VIGENCIA

El presente TDR tendrá vigencia de **un (01) año**, contado a partir de su aprobación, renovable previa evaluación.


Edwin Soto Cayahuallpa
MEDICO - CIRUJANO
CMP 066464