

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2170

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. DE EVALUACION DE CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS (DEMID)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
071100435093	SERVICIO	<p>SERVICIO DE EVALUACION DE CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS</p> <p>ACTIVIDADES O DETALLE DEL SERVICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación mensual de la disponibilidad de 116 ítems de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (letras M-Z) en los 53 establecimientos de la U.E. 884 Región Moquegua – Salud. Asignación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (letras M-Z) a los 53 establecimientos de salud de la U.E. 884 Región Moquegua – Salud para garantizar el nivel de NORMOSTOCK, y entrega de los Formatos de Requerimiento por cada establecimiento de salud, según cronograma de las rutas de distribución. Evaluación y validación de los requerimientos de productos a demanda por incremento de consumo, actividades sanitarias no programadas, etc., en forma permanente, (letras M-Z). Evaluación de las solicitudes de devolución de productos en riesgo de vencimiento (letras M-Z), validación de las cantidades a devolver. Monitoreo y seguimiento permanente de estas devoluciones y determinación de su nuevo destino para permitir su uso antes de su vencimiento. Elaboración de las propuestas de redistribución de productos entre los establecimientos de salud, por situación de SOBRESTOCK, SIN ROTACIÓN o SIN CONSUMO, según necesidad. Comunicación mensual de los productos en riesgo de niveles de SUBSTOCK o DESABASTECIMIENTO, para iniciar trámite para su adquisición. <p>PLAZO DEL SERVICIO : Del 02 de marzo al 31 de marzo 2026</p> <p>LUGAR: Unidad Funcional Acceso a Medicamentos de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas – DEMID</p>	
TOTAL			

Las Cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a :
en la siguiente dirección : Teléfono :

Condiciones de Compra :

Forma de Pago:

Garantía:

La Cotización debe incluir el I.G.V. :

Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :