

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000232

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037
N° E/M : 00230

Señores :		R.U.C. :
Dirección :		
Teléfono :	Fax :	
Email :	Fecha :	Moneda : S/.
Concepto :	REQUERIMIENTO DE FORMATOS PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DEL HRGDV-ABANCAY	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
500	UNIDAD	475100016924	FORMATO PRESCRIPCION MEDICA AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) BLOCK X 50 JUEGOS EE.TT: FORMATO DE PRESCRIPCION MEDICA AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 02 COPIAS) BLOCK POR 50 JUEGOS – TAMAÑO OFICIO		
1500	UNIDAD	475100016475	FORMATO RECETA UNICA ESTANDARIZADA AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) BLOCK X 50 JUEGOS EE.TT: FORMATO RECETA UNICA ESTANDARIZADA AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) BLOCK X 50 JUEGOS – TAMAÑO A5 SE ADJUNTAN ESPECIFICACIONES TECNICAS		
TOTAL					

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

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 :

Requerimientos Técnicos:
Descripción del ítem
Características Adicionales



Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



FORMATO N° 01 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Departamento de Farmacia - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.
Actividad del POI:	Gestión administrativa y soporte a la atención médica.
Denominación de la Contratación:	Adquisición de formatos de receta médica y prescripción medica autocopiativos para el departamento de farmacia.

I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

Garantizar la disponibilidad de formatos de prescripción médica y receta única estandarizada necesarios para el adecuado registro de indicaciones médica y dispensación de medicamentos del HRGDVA.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

Adquisición de formatos impresos autocopiativos para la emisión de recetas médicas y prescripciones medicas utilizadas en la atención de pacientes del hospital.

III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)

3.1 Descripción de los bienes a contratar.

Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	1500	UNIDAD	FORMATO DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) BLOCK * 50 JUEGOS- A5
02	500	UNIDAD	FORMATO DE PRESCRIPCION MEDICA AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) BLOCK * 50 JUEGOS -OFICIO

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)

No aplica.

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)

No aplica.

VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)

La garantía mínima será de 12 meses, contados a partir de la fecha de conformidad otorgado por el área usuaria.

VII. MUESTRAS (De corresponder)

No aplica.

VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)

-Contar con RUC activo y habido.
-RNP

IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)

Lugar: Almacén especializado del Departamento de Farmacia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.

Plazo: A los 10 días calendarios, a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra o de la suscripción del contrato.

X. CONFORMIDAD (Obligatorio)

La conformidad será otorgada por el Departamento de farmacia, previa verificación de la cantidad, características técnicas, estado del producto sanitario y fecha de producción.

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Q.F. Lizet Heydy Ochoa Pino
Jefa del Departamento de Farmacia
CQFP. 14140



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



El pago se realizará en una sola armada, previa conformidad de la entrega y presentación de:

- Guía de remisión.
- acta de conformidad.
- Comprobante de pago.
- Recepción de almacén central.

La Entidad debe pagar la contraprestación pactada a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

XII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XIII. PENALIDADES (Obligatorio)

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del contratista 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:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto} \\ \text{F} \times \text{Plazo en días}$$

Donde F tendrá el siguiente valor: 0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XIV. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)

(De acuerdo con el tipo de contratación las áreas usuarias pueden establecer otras penalidades diferentes a la mora, las cuales deben ser objetivas, razonables y proporcionales con el objeto de la contratación, por lo que se debe precisar el listado de las situaciones, condiciones, el procedimiento de verificación de las ocurrencias y los montos o porcentajes a aplicar)

XV. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (Obligatorio)

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

XVI. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO (Obligatorio)

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, 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, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra 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 EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, 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 este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS (Obligatorio)

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

XVIII. GESTIÓN DE RIESGOS (De corresponder)

(Identificar los riesgos que pueden presentarse durante el proceso de contratación, con especial énfasis en la ejecución contractual; así como identificar responsabilidades de las partes.)

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.



Q.E. Lizet Heydy Ochoa Pino
Jefa del Departamento de Farmacia
CQFF. 141102

Área usuaria o técnica estratégica



MINISTERIO DE SALUD

Gobierno Regional de Apurímac
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
Av. Daniel Alcides Carrión S/N

GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC



RECETA MÉDICA

HIST. CL: _____

N° AFILIACIÓN _____

DNI: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIAGNOSTICO DEF/PRES: _____

N° CAMA: _____
EDAD: _____

SIS.
SOAT
OTROS

C. EXTERNA
EMERGENCIA
HOSPITALIZACIÓN
ODONTOLOGÍA
OTROS

MEDICINA
PEDIATRÍA-NEONATOLOGÍA
CIRUGÍA
TRAUMATOLOGÍA
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

CIE 10

R/P

N°	DCI	CONC.	PRES.	CANT.	INDICACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

MEDICO TRATANTE
SELLO/FIRMA/COL. PROFESIONAL

FECHA DE ATENCIÓN

V° B° U.S.

FARMACIA/US

