

### SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000274

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037  
N° E/M : 00205

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

| CANTIDAD REQUERIDA | UNIDAD MEDIDA | ITEM         | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--------------------|---------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| 100                | UNIDAD        | 139200100127 | JABON GERMICIDA LIQUIDO CON TRICLOSAN X 800 MI<br><br>SE REQUIERE: JABON LIQUIDO – BOLSA X 800 ML CON VALVULA CHEK ANTIGOTE0                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |              |
| 100                | UNIDAD        | 139200100153 | JABON GERMICIDA LIQUIDO CON VALVULA PARA DISPENSAR X 1 L<br><br>SE REQUIERE: JABON GERMICIDA LIQUIDO CON CLORHEXIDINA DE 1 L CON VALVULA PARA DISPENSAR<br><br>PLAZO DE ENTREGA: 10 DIAS CALENDARIOS<br>FECHA DE VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES<br><br>ADJUNTAR:<br>- CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO – BPA<br>- RESOLUCION DE AUTORIZACION DE REGISTRO SANITARIO<br>- FICHA TECNICA DEL PRODUCTO OFERTADO |                 |              |
| <b>TOTAL</b>       |               |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |              |

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 :
- Atentamente;

Requerimientos Técnicos:  
Descripción del ítem  
Características Adicionales





# 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:               | Prevención y control de infecciones intrahospitalarias.                            |
| Denominación de la Contratación: | Adquisición de productos antisépticos para el departamento de farmacia del HRGDVA. |

### I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

Garantizar la disponibilidad de JABON GERMICIDA LIQUIDO para la adecuada higiene de manos del personal de salud, contribuyendo a la prevención y control de infecciones intrahospitalarias en el HRGDVA.

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

Adquisición de productos antisépticos para la higiene de manos.

### 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   | 100      | UNIDAD           | JABÓN GERMICIDA LIQUIDO CON TRICLOSÁN X 800 ML          |
| 02   | 100      | UNIDAD           | JABON GERMICIDA LIQUIDO CON VALVULA PARA DISPENSAR X 1L |

### 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.

Fecha de vencimiento: no menor a 18 meses.

### VII. MUESTRAS (De corresponder)

No aplica.

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

-Contar con RUC activo y habido.

-RNP

-Buenas prácticas de almacenamiento.

-Resolución autorización de registro sanitario.

### 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 calendario, 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  
GAPP. 1414C



## 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:

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

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.

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega  
  
-----  
Q.F. Lizet Heydy Ochoa Pino  
-----  
Jefa del Departamento de Farmacia  
-----  
COEP. 14140  
Firma

Área usuaria o técnica estratégica

## ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL PRODUCTO

|                                     |                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>FORMA DE PRESENTACIÓN</b>        | BOLSA X 800 ML CON VÁLVULA CHECK ANTIGOTEO |
| <b>VIGENCIA MINIMA DEL PRODUCTO</b> | (X) SI 18 MESES                            |

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

JABÓN LÍQUIDO PARA LIMPIEZA DE MANOS CON TRICLOSAN AL 0.025% EN BOLSA DE 800 ML, OLOR CARACTERÍSTICO, ASPECTO LÍQUIDO VISCOSO, TRANSPARENTE. RECOMENDADO PARA LA LIMPIEZA DE MANOS. SE INDICA SOBRETUDO PARA EL USO COMÚN EN HOSPITALES, CLÍNICAS, INDUSTRIAS DE ALIMENTOS, Y LUGARES DONDE LA ASEPSIA DE MANOS ES DE IMPORTANCIA FUNDAMENTAL PARA MANTENER BUENAS CONDICIONES DE HIGIENE Y SALUD.

#### PRESENTACIÓN

- ENVASE INMEDIATO: BOLSA TRANSPARENTE.
- CON VÁLVULA DE CHECK ANTI-GOTEO QUE SE INSERTA HERMÉTICAMENTE.
- EL ENVASE INMEDIATO GARANTIZA LAS PROPIEDADES FÍSICAS QUÍMICAS E INTEGRIDAD DEL PRODUCTO
- EMPAQUE (ENVASE SECUNDARIO): CAJA CARTÓN POR UNIDAD DE BOLSA RESISTENTE AL MANIPULEO, TRANSPORTE Y ALMACENAJE.
- 

#### CARACTERÍSTICAS:

- JABÓN LÍQUIDO.
- CON TRICLOSAN AL 0.025%
- USO EXCLUSIVO PARA LA HIGIENE DE MANOS.
- PH DE 5.0 – 8.0.

#### MATERIAL:

TIPO: PRINCIPIO ACTIVO: TRICLOSAN AL 0.025%,

CON SUSTANCIAS TENSOACTIVAS, HUMECTANTES DE LA PIEL

- COCOAMIDA PROPIL BETANIA ..... TENSOACTIVO
- ALOE BARBADENSIS ..... HUMECTANTE DE LA PIEL.
- PROPILLEN GLICOL..... EMOLIENTE, HUMECTANTE
- GLICERINA..... HUMECTANTE

#### DIMENSION:

CAPACIDAD DE 800 ML

### DESCRIPCIÓN DEL EMBALAJE

CAJA DE CARTÓN CORRUGADO

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega  
Q.F. Lizet Hedy Ochoa Pino  
Jefa del Departamento de Farmacia  
C.C.P. 14140

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**VIGENCIA MÍNIMA DEL PRODUCTO:** 24 meses  
**FORMA DE PRESENTACIÓN:** frasco x 1000 ml con válvula dosificadora

jabón líquido para limpieza de manos con clorhexidina en frasco de 1000 ml, olor característico, aspecto líquido viscoso, transparente. recomendado para la limpieza de manos. se indica sobre todo para el uso común en hospitales, clínicas, industrias de alimentos, y lugares donde la asepsia de manos es de importancia fundamental para mantener buenas condiciones de higiene y salud.

### PRESENTACIÓN

- envase de polietileno de alta densidad.
- con tapa tipo rosca con precinto de seguridad
- resistente a la manipulación, transporte y almacenaje
- garantiza las propiedades fisicoquímicas e integridad del producto.
- de fácil ensamblaje
- exento de partículas extrañas, rebabas y aristas cortantes
- rotulado: según las bases.

### CARACTERÍSTICAS:

- jabón líquido.
- presentación 1000 ml.
- con clorhexidina
- uso exclusivo para la higiene de manos.
- ph de 5.0 – 8.0.

### MATERIAL:

TIPO: principio activo: Clorhexidina, con sustancias tensoactivas, humectantes de la piel

- cocoamida propil betania..... tensoactivo
- aloe barbadensis ..... humectante de la piel.
- propilen glicol ..... emoliente, humectante
- glicerina ..... humectante

### DIMENSION:

capacidad de 1000 ml

### DESCRIPCIÓN DEL EMBALAJE

caja de cartón corrugado

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega  
Q.F. Lissette Ochoa Pino  
Jefa del Departamento de Farmacia  
C.O. 24140