


Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número				
		Fecha	14/09/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO			
		RUC	20172772278			
		Dirección	AV. DANIEL ALCIDES CARRIÓN S/N SEDE CANAÁN BAJO, ANDRÉS AVELINO CÁCERES DORREGARAY-HUAMANGA - AYACUCHO			
		Teléfono(s)	066309180			
		Correo electrónico	logistica@hrayacucho.gob.pe			
		Persona de contacto	FAVIO HUAYCHA CAYLLAHUA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CORPORACIÓN E INVERSIONES CAMONES EIRL			
		RUC	20555651806			
		Dirección	JR. RUFINO TORRICO 624 INT 208-LIMA CERCADO			
		Teléfono(s)	946569936			
		Correo electrónico	CORPORACION.CAMONES02@GMAIL.COM			
		Representante o persona de contacto	ALDO SANTAMARÍA G.			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE CAMPO QUIRURGICO ESTÉRIL 0.90m x 0.90m PARA LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="text-align: center;">  <p>HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UNIDAD DE LOGISTICA</p> <p>C.P.C. ROSMERY REDOLFO HUARANCCA JEFE DE LOGISTICA</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número			
		Fecha	14/09/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO		
		RUC	20172772278		
		Dirección	AV. DANIEL ALCIDES CARRIÓN S/N SEDE CANAÁN BAJO,		
		Teléfono(s)	066309180		
		Correo electrónico	Logistica@hrayacucho.gob.pe		
		Persona de contacto	FAVIO HUAYCHA CAYLLAHUA		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	INVERSIONES FERMEDIC EIRL		
		RUC	20601057124		
		Dirección	AV. CHILLON N° 1339 INT 510 URB ALAMEDA DE ESPINAR COMAS LIMA		
		Teléfono(s)	988625545		
		Correo electrónico	fermedicventas@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	BERNABÉ GARCÍA		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE CAMPO QUIRURGICO ESTÉRIL 0.90m x 0.90m PARA LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div style="text-align: center;">  <p>HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> <p>C.P.C. ROSMERY RETOLERO HUARANCCA JEFE DE LOGÍSTICA</p> </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número				
		Fecha	14/09/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO			
		RUC	20172772278			
		Dirección	AV. DANIEL ALCIDES CARRIÓN S/N SEDE CANAÁN BAJO,			
		Teléfono(s)	066309180			
		Correo electrónico	Logistica@hrayacucho.gob.pe			
		Persona de contacto	FAVIO HUAYCHA CAYLLAHUA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	VINCENT GESTIÓN INVERSIONES EIRL			
		RUC	20610731474			
		Dirección	Mz. C Lote 14 Villa Melchor-Puente Piedra-Lima			
		Teléfono(s)	924885082			
		Correo electrónico	Atención.vginversiones@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	JOSÉ INOÑAM			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE CAMPO QUIRURGICO ESTÉRIL 0.90m x 0.90m PARA LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="text-align: center;">  <p>HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> <p>C.P.C. ROSMERY REDOLFO HUARANCCO</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

**PEDIDO DE COMPRA N°**

003407

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO - MIGUEL ANGEL MARISC

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001024

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO (SOP)

Entregar a Sr(a) : QUISPE QUISPE JOSE ANTONIO

Fecha : 23/08/2023

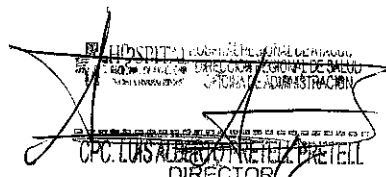
Actividad Operativa : C0084 ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA

Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Air/Obr
2-09	0097	20	044	0097	9002	3999999	5001563

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495700170133	CAMPO QUIRÚRGICO ESTÉRIL 90 cm X 90 cm	2.3. 1 8. 2 1	13,600.00	UNIDAD

**HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico  
**Lic. JOSÉ A. QUISPE QUISPE**  
CP. 30348  
JEFE  
Firma del Solicitante

  
**CPC. LUIS ALBERTO RETEL PRETEL**  
DIRECTOR  
Firma Autorizada

## ESPECIFICACIONES TECNICAS

**DENOMINACION:** ADQUISICION DE CAMPO QUIRURGICO ESTERIL 90 CM X 90 CM, PARA LA ATENCION EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO-AYACUCHO

### 1. FINALIDAD PUBLICA

El presente procedimiento de contratación de bienes, busca mantener a la entidad abastecida de CAMPO QUIRURGICO ESTERIL 90 CM X 90 CM a fin de poder brindar atención oportuna a los pacientes y usuarios que lo requieran en el Hospital Regional de Ayacucho.

### 2. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

#### Objetivo General:

Optimizar la capacidad resolutive de los servicios de salud en el Hospital Regional Miguel A. Mariscal Llerena de Ayacucho para mejorarla capacidad de respuesta de los servicios de salud ante la demanda de los usuarios y pacientes.

#### Objetivos Específicos:

Mantener operativo a los distintos servicios en su atención a los pacientes y usuarios en el Hospital Regional Miguel A. Mariscal Llerena de Ayacucho.

### 3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS



ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
01	CAMPO QUIRURGICO ESTERIL 90 CM X 90 CM	13,600	UNIDAD

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

### CAMPO QUIRÚRGICO ESTÉRIL 90 cm x 90 cm

**GRUPO O FAMILIA:** CENTRO QUIRURGICO

**NOMBRE:** CAMPO QUIRURGICO DESCARTABLE (\*)

#### EMPAQUE

- Doble empaque individual.
- Que garantice las propiedades físicas, esterilidad e integridad del producto.
- Resistente a la manipulación, transporte y almacenaje.
- Peel open de apertura uniforme.
- Exento de partículas extrañas.
- Exento rebabas y/o aristas cortantes.
- Rotulado: Según bases.

#### MATERIAL

- Tipo : Celulosa, polietileno, entre otros, de uso clínico hospitalario, acorde a los estándares Internacionales de Calidad.
- Condiciones biológicas : Estéril, hipoadérgico, atóxico.
- Gramaje: 65 gramos/m2 +/- 5%.

#### CARACTERISTICA

- Tela no tejida resistente a la manipulación propia de la intervención.
- La superficie externa debe ser absorbente y la interna impermeable o absorbente,

que impidan el flujo de líquidos de la parte interna a la externa y viceversa.

- La superficie en contacto con la piel debe ser suave al tacto.

- Con un solo borde adhesivo mínimo de 3 a 5 cm. de ancho, que no dañe la piel.

- De colores suaves (verde o celeste).

**DIMENSIONES**

- 90 cm +/- 5 % X 90 cm +/- 5 %

**4. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS**

El objeto de contratación no requiere reglamentos técnicos específicos

**5. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN**

No aplica en el producto requerido

**6. GARANTÍA COMERCIAL**

La garantía comercial no aplica en el producto requerido; sin embargo, el postor deberá adjuntar carta de canje del producto, cuando la fecha de vencimiento sea menor o igual a 18 meses.

**7. MUESTRAS**

No aplica en el producto requerido

**8. PRESTACIONES ACCESORIAS**

No aplica en el producto requerido

**9. REQUISITOS DEL PROVEEDOR**

El postor deberá contar con:

- Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento como droguería o laboratorio para comercializar dispositivos médicos, emitida por la DIGEMID y/o por la Autoridad Regional de salud, Autoridad regional de medicamentos- del Ministerio de Salud, según corresponda.
- Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario, vigente, emitido por la DIGEMID o la Autoridad Regional de Salud, Autoridad Regional de Medicamentos; o de ser el caso registro sanitario vencido con los documentos que acrediten el trámite de su reinscripción.
- Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, a nombre del postor, expedida por la DIGEMID y/o por la Autoridad Regional de Salud, Autoridad Regional de Medicamentos.
- Certificado de Análisis del Producto Terminado y/o protocolo de análisis del producto.

**10. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA**

**LUGAR:**

Se establece que el lugar de entrega es en el Almacén Especializado de Medicamentos del Hospital Regional de Ayacucho sito en AV. ALCIDES CARRIÓN S/N CDRA. 01 DEL DISTRITO DE ANDRES AVELINO CACERES

**PLAZO.**

El plazo de la entrega es de 05 días calendarios, contados a partir del día siguiente del perfeccionamiento del contrato o de la notificación de la orden de compra.

**11. RECEPCION Y CONFORMIDAD DE ENTREGA**

La recepción de los bienes estará a cargo del Responsable del almacén Especializado de Medicamentos y/o lo que haga sus veces y el responsable del almacén general.



La conformidad será otorgada por el Responsable del Almacén Especializado de Medicamentos con el ACTA DE VERIFICACION CUALI-CUANTITATIVA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, y los productos de especialidad será otorgado por el responsable del Área Usaria solicitante, previa evaluación y verificación de las Especificaciones técnicas solicitadas.

## 12. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

El pago se efectuará previa entrega Y conformidad de los bienes y en PAGO ÚNICO.

## 13. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

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

## 14. PENALIDAD POR MORA

En caso de retraso injustificado, se aplicará automáticamente una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto equivalente al 10% del monto del contrato o ítem. Esta penalidad se deducirá de los pagos a cuenta o del pago final y su fórmula es la siguiente:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Dónde: F = 0.25, para plazos mayores a 60 días

F = 0.40, para plazos menores o iguales a 60 días

## 15. OTRAS PENALIDADES

No aplica otras penalidades

