



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTORA 409 - HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-SICUANI  
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"  
**SOLICITUD DE COTIZACIÓN**

DATOS DE PROVEEDOR		COT- 007
RAZON SOCIAL : .....	FECHA : 02/01/2025	
R U C N° : .....	TELEFONO : .....	
DIRECCIÓN : .....	CELULAR : .....	
DEP. PROVINCIA : .....	CORREO : .....	
SEGÚN : .....	CONTACTO : .....	
INFORME N° 411-2024-GR.CUSCO/GRSC/UE.409-HACRS/SF.		

Srs. Sirvase Cotizarnos los bienes y/o servicios que se detalla líneas abajo, debiendo presentar el documento debidamente firmado y sellado por representante legal de la empresa

ARTICULOS				PRECIOS ACTUALIZADOS	
ITEM	CANTIDAD	U.M.	DESCRIPCIÓN	P.U. S/.	TOTAL
1	1	SERVICIO	<b>SERVICIO TECNICO EN FARMACIA</b> <b>CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN FARMACIA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL AREA DEL ALMACEN DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI</b> 3.- SERVICIOS A PRESTAR • Cumplir las buenas prácticas de almacenamiento bajo la supervisión de un profesional Químico farmacéutico. 4.- MONTO, FORMA DE PAGO Y FINANCIAMIENTO. El hospital propone el pago de la suma de S/. 4500 (Cuatro mil quinientos y 00/100 nuevos soles). Forma de pago: El pago se efectuará mensualmente, previa presentación del informe de actividades al servicio de farmacia, esta jefatura emitirá la conformidad de servicio con atención a la unidad de Recursos Humanos y Logística. Los Recibos por Honorarios se emitirán en moneda nacional a nombre del HACRS, con todos los requisitos exigidos por la SUNAT. En caso que "EL CONTRATADO" cuente con autorización de suspensión del Impuesto a la Renta, debe adjuntar en cada pago el formulario emitido por la SUNAT. Financiamiento: El financiamiento será con la Fte. Fto. D y T 5.- TIEMPO REQUERIDO PARA EL SERVICIO El plazo requerido para el servicio es de 3 meses. (Enero a marzo del 2024). 6. NATURALEZA DEL CONTRATO El contrato será de naturaleza civil, por lo tanto "EL CONTRATADO" no estará sujeto a relación de dependencia frente al HACRS, no generando por tanto vínculo laboral entre las partes, derecho a compensación por tiempo de servicios, ni beneficio social alguno y se enmarcará en el TUO de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del estado y su Reglamento aprobados con D. S. N° 083-2004-PCM y D. S. N° 084-2004-PCM, respectivamente. 7.- REQUISITOS • Contar con el título de técnico en farmacia. • Declaración Jurada de no estar impedido para contratar con el estado. • Estar autorizado por la SUNAT a emitir comprobantes de pago por honorarios. • Disponibilidad inmediata. • Experiencia en el área 01 año. • Disponer de certificados de capacitación		
<b>TOTAL COSTO DE COTIZACIÓN</b>					

- 1.- FECHA DE COTIZACIONES- \_\_\_\_\_ SI  NO
- 2.- ESTA COTIZACION INCLUYE EL I.G.V. (18 %) \_\_\_\_\_
- 3.- PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIOS: \_\_\_\_\_
- 4.- VALIDEZ DE LA OFERTA EN DIAS CALENDARIOS: \_\_\_\_\_
- 5.- LOS BIENES A COTIZAR DEBERAN INDICAR LA MARCA Y SU PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_
- 6.-TIEMPO DE GARANTIA: \_\_\_\_\_
- 7.- TIEMPO DE REPOSICION POR DEFECTOS DE FABRICACION EN DIAS CALENDARIOS: \_\_\_\_\_
- 8.- INSTALACION DEL EQUIPO A CARGO DEL PROVEEDOR EN CASO DE SER NECESARIO PREVIA COORDINACION CON EL AREA USUARIA
- 9.- CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO: \_\_\_\_\_
- 10.- ADJUNTAR RNP: \_\_\_\_\_
- 11.- OTROS: \_\_\_\_\_

DEBERÁ CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:
. La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los <b>TERMINOS DE REFERENCIA y/o ESPECIFICACIONES TECNICAS</b> del requerimiento . Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa. . Precisar periodo de <b>VIGENCIA</b> en días calendarios (Validez de la oferta) . Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sírvase firmar y devolver la presente.
PARA EFECTOS DE PRESENTACIÓN DEBERÁ TENER EN CUENTA:
. La cotización se entregará en <b>SOBRE CERRADO</b> y/o via correo <a href="mailto:hospitalalfredocr1@gmail.com">hospitalalfredocr1@gmail.com</a> sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando razón social del proveedor, en la Unidad de Logística, en horarios de oficina (07:45 a.m. a 16:30 p.m.), caso contrario no será tomado en cuenta.
<small>NOTA: EN CASO DE INCUMPLIMIENTO SE APLICARÁ LA PENALIDAD DE CONFORMIDAD A LA DIRECTIVA N° 003-2024-U.E. 409 -HACRS- GR CUSCO/DRSCS/UE , Aprobado con R.D. N° 369-2024-GRSC/UE.409-DRSC/UE. 409-HACRS./ORRH.</small>

.....  
JEFE DE ADQUISICIONES  
Firma y Sello

.....  
COTIZADOR  
Firma y Sello

.....  
PROVEEDOR  
Firma y Sello



## TERMINOS DE REFERENCIA

### **CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN FARMACIA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL AREA DEL ALMACEN DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI**

#### **1. INTRODUCCION**

Las buenas prácticas de almacenamiento es el conjunto de actividades que tiene como objetivo el cuidado y la conservación de las especificaciones técnicas con las que fueron fabricados los medicamentos y dispositivos médicos. Unas condiciones adecuadas de **almacenamiento** deben garantizar: La calidad de los medicamentos hasta su utilización.

#### **2.- OBJETO**

- Garantizar la calidad y conservación de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos hasta su utilización.

#### **3.- SERVICIOS A PRESTAR**

- Cumplir las buenas prácticas de almacenamiento bajo la supervisión de un profesional Químico farmacéutico.

#### **4.- MONTO, FORMA DE PAGO Y FINANCIAMIENTO.**

El hospital propone el pago de la suma de S/. 4500 (Cuatro mil quinientos y 00/100 nuevos soles).

##### **Forma de pago:**

El pago se efectuará mensualmente, previa presentación del informe de actividades al servicio de farmacia, esta jefatura emitirá la conformidad de servicio con atención a la unidad de Recursos Humanos y Logística. Los Recibos por Honorarios se emitirán en moneda nacional a nombre del HACRS, con todos los requisitos exigidos por la SUNAT. En caso que "EL CONTRATADO" cuente con autorización de suspensión del Impuesto a la Renta, debe adjuntar en cada pago el formulario emitido por la SUNAT.

##### **Financiamiento:**

El financiamiento será con la Fte. Fto. D y T

#### **5.- TIEMPO REQUERIDO PARA EL SERVICIO**

El plazo requerido para el servicio es de 3 meses. (Enero a marzo del 2024).

#### **6. NATURALEZA DEL CONTRATO**

El contrato será de naturaleza civil, por lo tanto "EL CONTRATADO" no estará sujeto a relación de dependencia frente al HACRS, no generando por tanto vínculo laboral entre las partes, derecho a compensación por tiempo de servicios, ni beneficio social alguno y se enmarcará en el TUO de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del estado y su Reglamento aprobados con D. S. N° 083-2004-PCM y D. S. N° 084-2004-PCM, respectivamente.

#### **7.- REQUISITOS**

- Contar con el título de técnico en farmacia.
- Declaración Jurada de no estar impedido para contratar con el estado.
- Estar autorizado por la SUNAT a emitir comprobantes de pago por honorarios.
- Disponibilidad inmediata.
- Experiencia en el área 01 año.
- Disponer de certificados de capacitación.

Sicuani, 25 de setiembre 2024



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ  
SICUANI  
D.F. Glenis Oronzo Quispe  
QUIMICO FARMACEUTICO  
C. Q. F. P. 09496