

## TERMINOS DE REFERENCIA

### **CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN FARMACIA PARA EL EXPENDIO DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE CENTRO QUIRURGICO**

#### **1. INTRODUCCION**

Dispensar los productos farmacéuticos durante las 12 horas del día de lunes a domingo de las atenciones en Centro Quirúrgico y los servicios de Hospitalización de los pacientes SIS , nos permite optimizar el tiempo hora de las técnicas en enfermería para la recepción de los productos farmacéuticos en el segundo piso y la administración oportuna de los productos farmacéuticos a los pacientes hospitalizados.

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

El objetivo es optimizar el tiempo de entrega de los productos farmacéuticos para la administración oportuna de los mismos a los pacientes hospitalizados.

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

- ✓ Registrar en el SIGALEN PLUS todas las recetas dispensadas y expendidas en la farmacia de centro quirúrgico.
- ✓ Utiliza en forma eficiente los recursos humanos involucrados en las actividades y procesos de expendio de medicamentos y material médico quirúrgico.

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

**Monto:** 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 03 meses. (enero a marzo ).

#### **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 de DOMINIO del SISTEMA SIGALEMPLUS
- Presentar certificación de conocimiento de BPA y Dispensacion.

Sicuni, 27 diciembre 2024



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
D.E. H. HOSPITAL ALFREDO SALAS RODRIGUEZ

*[Signature]*  
Q.F. Glenis Dretorio Quispe  
QUIMICO FARMACEUTICO  
C.G.F.P. 09486

## 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.

Sicvani, 25 de setiembre 2024



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ

*[Signature]*  
Q.F. Glenis Orestes Quispe  
QUÍMICO FARMACÉUTICO  
C. Q. F. P. 09496



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-006
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> CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN FARMACIA PARA EL EXPENDIO DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE CENTRO QUIRURGICO <b>3.- SERVICIOS A PRESTAR</b> <input type="checkbox"/> Registrar en el SIGALEN PLUS todas las recetas dispensadas y expendidas en la farmacia de centro quirúrgico. <input type="checkbox"/> Utiliza en forma eficiente los recursos humanos involucrados en las actividades y procesos de expendio de medicamentos y material médico quirúrgico. <b>4.- MONTO, FORMA DE PAGO Y FINANCIAMIENTO.</b> Monto: 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. <b>5.- TIEMPO REQUERIDO PARA EL SERVICIO</b> El plazo requerido para el servicio es de 03 meses. (enero a marzo ). <b>6.- NATURALEZA DEL CONTRATO</b> 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. <b>7.- REQUISITOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con el título de técnico en farmacia.</li> <li>• Declaración Jurada de no estar impedido para contratar con el estado.</li> <li>• Estar autorizado por la SUNAT a emitir comprobantes de pago por honorarios.</li> <li>• Disponibilidad inmediata.</li> <li>• Experiencia de DOMINIO del SISTEMA SIGALENPLUS</li> <li>• Presentar certificación de conocimiento de PDA y Disposición</li> </ul>		
<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</b> y/o <b>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.
<b>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.</b>

.....  
JEFE DE ADQUISICIONES  
Firma y Sello

.....  
COTIZADOR  
Firma y Sello

.....  
PROVEEDOR  
Firma y Sello

