



**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**1. AREA USUARIA:**

Departamento de Farmacia.

**2. FINALIDAD:**

Brindar un abastecimiento oportuno y eficaz de dispositivos médicos a pacientes que acuden al hospital, con la finalidad de prevenir algún riesgo que se podría presentar.

**3. OBJETIVOS**

**a. OBJETIVO GENERAL:**

Contar los medicamentos y dispositivos médicos para la atención de pacientes oportunamente.

**b. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Asegurar la disponibilidad de los medicamentos y dispositivos médicos.

**4. ACTIVIDAD DEL POI:**

Abastecimiento oportuno y eficaz de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

**5. CARACTERISTICAS Y CONDICIONES:**

PRODUCTO	CANTIDAD	ESPECIFICACIONES TECNICAS
APOSITO DE CERDO NO LIOFILIZADO	24	APOSITO DESCARTABLE, QUE SE USA EN LA CURACION DE QUEMADOS

**6. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DE LA PRESTACION**

**a. LUGAR DE PRESTACION:**

Entrega en el Almacén SISMED-Farmacia, del Hospital Regional Honorio Delgado-Arequipa.

Dirección: Av. Alcides Carrión N° 505, La Pampilla, Cercado.

**b. PLAZO:**

Entrega 03 días calendarios de recepcionada la orden de compra.

**7. FORMA DE PAGO:**

Según corresponda.

**8. FORMA DE ENTREGA:**

Una entrega

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
 Hospital Regional Honorio Delgado  
 Departamento de Farmacia  
 .....  
**Q.E VICTORIA MORAN CARDENAS**  
 Jefe de Departamento  
 C.Q.F.P. 13045 - C.Q.F.A. 91197

9. ENSAYOS CERTIFICADOS REQUERIDOS:

No aplica.

10. TIPO DE COSTO:

Costo directo.

11. RESPONSABLE DE EMITIR LA CONFORMIDAD:

Responsable del Almacén Farmacia y Responsable del Equipo Almacén de la Oficina de Logística.

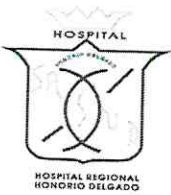
12. OTRAS CONSIDERACIONES DEL AREA USUARIA:

No aplica.

Gobierno Regional de Arequipa  
Gerencia Regional de Salud  
Hospital Regional Honorio Delgado  
Departamento de Farmacia

.....  
Q.F. VICTOR ROSAN GARDENAS  
Jefe de .....  
C.O.F.F. 13055 - C. Quil. 81197





"Año del buen servicio al Ciudadano"



**DECLARACION JURADA UNICA Y OBLIGATORIA**

**PARA SER POSTOR O PROVEEDOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Señores:

**HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO – AREQUIPA**

Presente.-

**DATOS DEL POSTOR:**

Yo, \_\_\_\_\_ representante Legal de la Empresa \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ RUC N° \_\_\_\_\_, con domicilio fiscal en: \_\_\_\_\_, Número de teléfono / celular \_\_\_\_\_, Correo Electrónico para Notificaciones \_\_\_\_\_ y Cuenta Corriente Interbancaria N° \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. No, tener impedimentos para contratar con el Estado. (Ley N° 30225)
2. No, encontrarme en el registro de inhabilitados para Contratar con el Estado
3. No, tener sentencia condenatoria firme en Procesos Penales
4. No, tener sanción administrativamente con inhabilitación temporal o permanente en el ejercicio de mis derechos para participar en procesos de selección ( Ley N°30225)
5. No, tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza del Hospital Regional Honorio Delgado, o que tengan injerencia directa o indirecta en los procesos de selección. (Directiva N°007-2017-GRA-OPDI)
6. Contar con Licencia de Funcionamiento. (Directiva N°007-2017-GRA-OPDI)
7. Contar con el Registro Nacional de Proveedores RNP, vigente al momento de la suscripción de la presente (Directiva N°007-2017-GRA-OPDI)
8. Contar con Cuenta Corriente Interbancaria (Directiva N°007-2017-GRA-OPDI)
9. Contar con Registro Único de Contribuyentes en la Condición de Activo y Habido. (Directiva N°007-2017-GRA-OPDI)
10. Que, cumplo con lo establecido en las Especificaciones Técnicas y/o Términos de Referencia.

**ADEMAS:**

1. Me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como cumplir con las Especificaciones Técnicas y/o Términos de referencia del bien o servicio a contratar
2. Me comprometo a cumplir con las fechas y plazos establecidos.
3. Me comprometo a entregar productos y/o brindar servicios de calidad y garantía.

**NOTA:** conozco, de las Sanciones penales y administrativas en caso de incurrir en falsedad en las declaraciones Juradas antes expuestas.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_