



Aspectos generales

Completar este formulario de manera correcta ayuda a que los pacientes accedan oportunamente a la atención que necesitan

Área usuaria solicitante

Dispositivo médico solicitado

Actividad en el Plan Operativo Institucional (POI)

Meta presupuestal (incluir solo si aplica)

Finalidad pública del dispositivo médico - ¿Qué necesidad satisface la compra?

Aspectos técnicos

← Complete los campos que aplican

Características

Presentación del dispositivo solicitado

Cantidad solicitada

Tamaño - Especifique unidades de medida

Peso - Especifique unidades de medida

Tipo de material

Color del material



Aspectos técnicos



Complete los campos
que aplican

Características

Vigencia mínima del dispositivo solicitado

Condiciones de almacenamiento y transporte

Otras características adicionales

Dispositivos médicos



Regulación aplicada

Los dispositivos médicos están regulados por la Ley N.º 29459 - Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, sus reglamentos y modificatorias.

De ser necesario, en el siguiente recuadro liste otros reglamentos técnicos, normas técnicas sanitarias u otros aplicables a la compra del dispositivo médico.



Completar solo si es necesario

Embalaje y envasado

El embalaje debe cumplir con lo establecido en las Buenas Prácticas de Distribución y Transporte, aprobadas por la RM N.º 833-2015-MINSA. Los envases mediato e inmediato deben cumplir con lo establecido por el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado por el DS N.º 016-2011-SA y sus modificatorias.

De ser necesario, en el siguiente recuadro precise especificaciones adicionales acerca del embalaje, envase mediato o envase inmediato del dispositivo médico.



Completar solo si es necesario

Rotulado

El rotulado debe cumplir con lo establecido en el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado por el DS N.º 016-2011-SA y sus modificatorias.

De ser necesario, en el siguiente recuadro precise información adicional que debe contener el rotulado del dispositivo médico.



Completar solo si es necesario



Muestras

← Si requiere muestras del dispositivo médico, complete los campos que aplican

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cantidad solicitada	Método de entrega
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Responsable de evaluación	Plazo de entrega
<input type="text"/>	
Dirección de entrega	
<input type="text"/>	
Pruebas a realizar	

Entrega

La entrega se debe realizar en lugares autorizados por la entidad, según el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos aprobado por el OS N.º 014-2011-SA.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de entrega	Horario de entrega
<input type="text"/>	
Plazo de entrega	

Entrega múltiple

¿Esta entrega requiere que se realice en diferentes lugares autorizados por la entidad, en diferentes cantidades y/o en diferentes plazos?

 Sí

← En caso la entrega se realice en diferentes lugares, cantidades y/o plazos, por favor adjuntar la información detallada de las entregas

Cronograma de entrega

¿Cuenta con un cronograma de entrega?

 Sí

← En caso cuente con un cronograma de entrega, por favor adjuntar el cronograma



Información y documentación del proveedor

Calificación del proveedor

El proveedor deberá presentar su RNP vigente, así como el registro sanitario del dispositivo médico solicitado.

Certificaciones del proveedor

El proveedor deberá presentar las siguientes certificaciones: Buenas Prácticas de Manufactura, Buenas Prácticas de Almacenamiento y Buenas Prácticas de Distribución y Transporte, según corresponda.

Experiencia del proveedor

De ser necesario, complete la siguiente información. Recuerde que, como máximo, puede solicitar que el proveedor acredite hasta tres (3) veces el monto estimado para la contratación.

El proveedor debe acreditar haber facturado veces el monto estimado para la contratación durante un periodo de años anteriores a la fecha de presentación de la oferta

Otra información o documentación del proveedor



Completar solo si es necesario

De ser necesario, en el siguiente cuadro incluya otra información o documentación adicional que el proveedor deba presentar.



Otras consideraciones

Obligaciones del proveedor



Completar solo si es necesario

El proveedor debe realizar el canje por vencimiento durante los días posteriores a la notificación del área usuaria.

El proveedor debe realizar el canje por vicios ocultos durante los días posteriores a la notificación del área usuaria.

De ser necesario, en el siguiente cuadro incluya otras obligaciones del proveedor.

Penalidades



Completar solo si es necesario

La penalidad por mora está contemplada en la Ley N.º 30225 - Ley de Contrataciones del Estado, su reglamento y modificatorias.

De ser necesario, en el siguiente recuadro incluya otras penalidades que deben tomarse en cuenta.

Nombres y apellidos del solicitante

Firma y sello del solicitante

¡Listo! Gracias por completar este formulario.
Esta tarea nos ayuda a atender mejor a nuestros pacientes.