



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 00126

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA: INFORME N°038-2025-G.R.CUSCO/D.RS.C/U.E.408/H.E/C.E

Señores : R.U.C. :
Dirección :
Teléfono : Fax :
Email : Fecha : 16/06/2025 Moneda : S/.
Concepto : ADQUISICION DE ACCESORIOS PARA MAQUINA DE ANESTESIA

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
4	UNIDAD	493700120055	BRAZALETE PNI ADULTO PARA MONITOR MULTIPARAMETRO MARCA:		
4	UNIDAD	493700120056	BRAZALETE PNI PEDIATRICO PARA MONITOR MULTIPARAMETRO MARCA:		
4	UNIDAD	493700210050	SENSOR SP O2 ADULTO PARA MONITOR MULTIPARAMETRO MARCA:		
12	UNIDAD	495701440107	SET COMPLETO DE TUBOS CORRUGADOS Y ACCESORIOS ADULTO PARA EQUIPO DE ANESTESIA MARCA:		
11	UNIDAD	495701440106	SET COMPLETO DE TUBOS CORRUGADOS Y ACCESORIOS PEDIATRICO PARA EQUIPO DE ANESTESIA MARCA:		
				TOTAL	

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGA.....DIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento-ADJUNTAR FICHA TECNICA DEL PRODUCTO OFERTAD

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (Oferta Economica Valida DelAl.....)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotizacion se presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisa numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXOS

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar
Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en
cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es elcon Razón Socialagradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....

Firma

Nombre y apellidos del proveedor o de su representante

DNI:

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N°, Representante Legal (de corresponder), con RUC N°....., con domicilio legal en..... correo electrónicoautorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588–Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
- d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
Hospital de Espinar



Ministerio de Salud

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

ESPECIFICACIONES TECNICAS

1.- DENOMINACION DE LA CONTRATACION

SET BASICO DE ACCESORIOS PARA MAQUINA DE ANESTESIOLOGIA

2.- FINALIDAD PÚBLICA

El presente proceso busca adquirir: **SET BASICO DE ACCESORIOS PARA MAQUINA DE ANESTESIOLOGIA**; para realizar intervenciones quirúrgicas en el servicio de Centro Quirúrgico que se viene llevando a cabo en nuestra institución.

3.- ANTECEDENTES

La Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar, cuenta con una máquina de Anestesiología la cual dentro de su uso debe de contar con accesorios para el correcto y buen funcionamiento en toda intervención Quirúrgica; los cuales se encuentran en mal estado y deficientes a la fecha.

4.- OBJETIVOS DE LA CONTRATACION

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Garantizar una óptima funcionabilidad del Equipo de Anestesiología para brindar una óptima atención de todos los pacientes con enfermedades quirúrgicas de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Incrementar la eficiencia y productividad del servicio de Centro Quirúrgico.
- Facilitar el trabajo al personal de salud que labora en el servicio de Centro Quirúrgico.
- Brindar una optima anestesia a los pacientes quirúrgicos.

5.- ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR

El Hospital de Espinar requiere seleccionar a un proveedor que provea los accesorios para el equipo de anestesiología con las siguientes características:

5.1. REQUISITOS GENERALES:

El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente.
- Declaración jurada de datos del postor.
- Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas requeridos.
- Declaración jurada de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado

5.2. TRANSPORTE:

El Contratista es responsable del transporte de los productos, por lo tanto deberá tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga entre otros, que aseguren la entrega de los Productos en las condiciones requeridas por el área usuaria de la Entidad.

5.3. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS:

La empresa que brinde el servicio deberá cumplir con lo establecido en el D.S. N° 016-2011-SA "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios".

5.4 GARANTÍA COMERCIAL:

ALCANCE DE LA GARANTÍA: Contra defectos no detectables al momento que se otorgó la conformidad. Los reactivos que sean recibidos deteriorados o con derrames serán rechazados inmediatamente en el momento de su recepción.



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
Hospital de Espinar



Defensoría del Ciudadano

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

GARANTIA COMERCIAL:

Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado, con un mínimo de (12) meses, contados de a partir de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad

PERIODO DE EXPIRACION: Todos los productos deberán tener un plazo de expiración mínima de 12 meses al momento de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad; y estará en relación directa a la propuesta ofrecida por el contratista.

CONDICION DE INICIO DELCÓMPUTO DEL PERÍODO DE GARANTÍA: A partir de la fecha en la que será internado en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por área usuaria y almacén de farmacia del Hospital Espinar.

CARTA DE COMPROMISO DE CANJE DEL PRODUCTO OFERTADO: En el caso de: antes de la fecha de expiración o durante la entrega, de detectarse deficiencias en la calidad, presenten deterioros por manipuleo o transporte o no aptos para consumo humano; donde el contratista se compromete a realizar el cambio en un plazo máximo de cinco (05) días calendario de haber sido notificado.

5.5 DEL INTERNAMIENTO

EL CONTRATISTA deberá internar los productos de forma ÚNICO O ENTREGAS PARCIALES, SEGÚN CORRESPONDA, con los siguientes documentos:

- Guía de Remisión original y copia)
- Copia de la Orden de Compra
- Copia de Registro Sanitario del producto a entregar
- Copia simple de la Resolución Directoral del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario Vigente del producto ofertado, así como de las modificaciones efectuadas y autorizadas por la DIGEMID.
- Protocolo de análisis del lote presentado (importado o producido), en copia simple. Si el protocolo es en idioma extranjero, adjuntar la traducción simple al castellano.

5.6. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACION

Los productos deberán ser entregados en el almacén del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, en el horario de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

PLAZO: Los bienes materia de la presente contratación se entregarán en el pazo máximo de 30 días calendarios de notificado de la orden de compra al contratista.

5.7 CONFORMIDAD:

La conformidad del bien será otorgada por:

- El funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada.
- Recepción y conformidad por el Responsable del Almacén Central y del Almacén Especializado de Medicamentos (Farmacia).

De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no menor de dos (2) días, ni mayor de diez (10) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

5.8 PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la contratación, LA ENTIDAD le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contratado vigente o, de ser el caso, del monto del ítem que debió ejecutarse, en concordancia con el artículo 132 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

En todos los casos, la penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 400
Hospital de Espinal



Edificando Salud

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Penalidad Diaria = $\frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al contrato o ítem que debió ejecutarse o, en caso que éstos involucraran obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia de retraso.

Esta penalidad será deducida de los pagos parciales o del pago final; y cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, LA ENTIDAD podrá resolver el contrato por incumplimiento.

5.9. FORMA DE PAGO:

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en Nuevos Soles (S/), en PAGO ÚNICO O PAGOS PARCIALES, SEGÚN CORRESPONDA, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente

La Entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en quince (15) días calendario de otorgada la conformidad de recepción de la prestación por cada una de las órdenes de compra emitidas.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad del Responsable del Almacén Central y del Almacén Especializado de Medicamentos (Farmacia).
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda.
- Comprobante de pago (Factura).

5.10 RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD; no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.

5.11. CONDICIONES BASICAS PARA GARANTIZAR EL SUMINISTRO:

El proveedor deberá mantener obligatoriamente durante la vigencia del contrato un stock de seguridad el que será como mínimo el 10% de la cantidad total adjudicada, que le permita cubrir posibles contingencias, tales como reponer mermas y/o productos deteriorados a consecuencia del transporte, vencimientos antes de lo establecido en las especificaciones técnicas, con deficiencias no detectables o no verificables durante su recepción y otras condiciones.

[illegible]



Gobierno Regional
CUSCO

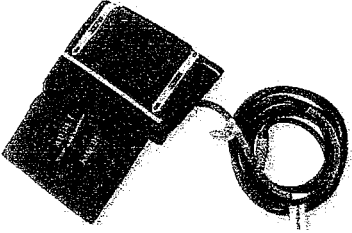
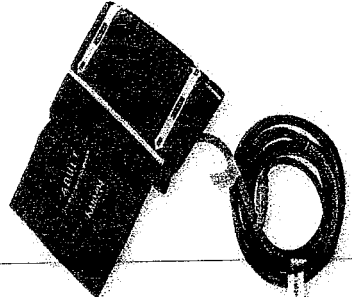
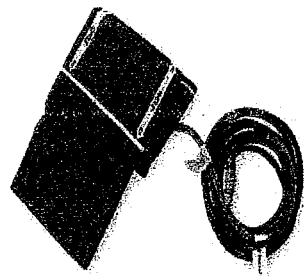
Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
Hospital de Espinal



Ministerio de Salud

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

4.-	BRAZALETE PANI ADULTO PARA MONITOR MULTIPARAMETRO-MINDRAY Herramienta de monitoreo de presión arterial esencial que combina precisión, comodidad, durabilidad y facilidad de uso. CARACTERÍSTICAS: ➤ Circunferencia del brazo y/o extremidad de 33 a 47 cm aprox. ➤ Compatibilidad con equipos Mindray ➤ Diseño ergonómico ➤ Longitud del tubo del brazalete: 35 cm.aprox. ➤ Material del brazalete Nylon,TPU CANTIDAD: 02 UNIDADES MARCA MONITOR: MINDRAY MODELO DE MONITOR: Umec12 BRAZALETE PANI ADULTO PARA MONITOR MULTIPARAMETRO MEDICAL ECONET Herramienta de monitoreo de presión arterial esencial que combina precisión, comodidad, durabilidad y facilidad de uso. CARACTERÍSTICAS: ➤ Circunferencia del brazo y/o extremidad de 33 a 47 cm.aprox ➤ Compatibilidad con equipos MEDICAL ECONET ➤ Diseño ergonómico ➤ Longitud del tubo del brazalete: 35 cm aprox. ➤ Material del brazalete Nylon,TPU CANTIDAD: 02 UNIDADES MARCA MONITOR: MEDICAL ECONET MODELO DE MONITOR: Compact 7"	02	 
5.-	BRAZALETE PANI PEDIATRICO PARA MONITOR MULTIPARAMETRO MINDRAY Herramienta de monitoreo de presión arterial esencial que combina precisión, comodidad, durabilidad y facilidad de uso. CARACTERÍSTICAS: ➤ Para pacientes pediátricos. ➤ Circunferencia del brazo y/o extremidad de 14 a 22 cm. Aprox. ➤ Compatibilidad con equipos Mindray ➤ Diseño ergonómico ➤ Longitud del tubo del brazalete: 30-35 cm.aprox ➤ Material del brazalete Nylon,TPU ➤ Brazalete reusable. ➤ Libre de latex ➤ Compatible con: iPM 12, iPM 10, iPM 8, iMEC 12, iMEC 10, iMEC 8,uMEC, iPM-9800, BeneView T8, BeneView T5, BeneView T1, Beneheart D6, Beneheart D3 CANTIDAD: 02 UNIDADES MARCA MONITOR: MINDRAY MODELO DE MONITOR: Umec12	02	



Gobierno Regional
CUSCO

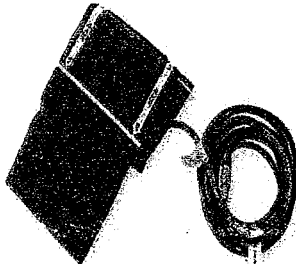
Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
Hospital de Espinal



Ministerio de Salud

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

	BRAZALETE PANI PEDIATRICO PARA MONITOR MULTIPARAMETRO Herramienta de monitoreo de presión arterial esencial que combina precisión, comodidad, durabilidad y facilidad de uso. CARACTERÍSTICAS: ➤ Para pacientes pediátricos. ➤ Circunferencia del brazo y/o extremidad de 18 a 26 cm. Aprox. ➤ Ccompatibilidad con equipos MEDICAL ECONET ➤ Diseño ergonómico ➤ Longitud del tubo del brazalete: 30-35 cm.aprox ➤ Material del brazalete Nylon,TPU ➤ Brazalete reusable. ➤ Libre de látex CANTIDAD: 02 UNIDADES MARCA MONITOR: MEDICAL ECONET MODELO DE MONITOR: Compact 7"	02	
--	--	----	---