

**GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO**  
**GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO**  
**UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**  
 "AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"  
 ANEXO N° 04  
 SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	085
06 de mayo de 2026	

FECHA: .....  
 RAZON SOCIAL : ..... RUC N° : .....  
 DIRECCION : ..... TELEFONO: .....

REFERENCIA : INFORME N° 0024-2026/GR.CUSCO/GRSC/U.E.408-HE/S.E PEDIDO SIGA. N°: 000616

META : 0120 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
	710600120129	15	UNIDAD	PORTA HISTORIA CLÍNICA DE ALUMINIO TAMAÑO A4				
				A) DOCUMENTACION:				
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.				
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)				
				* Declaración Jurada de Datos del Postor				
				B) PLAZO DE ENTREGA:				
				Plazo de entrega será de 15 días calendarios, después de notificado la orden de compra.				
				C) LUGAR DE ENTREGA:				
				Los bienes seran entregados en las instalaciones del Hospital de Espinar en coordinacion almacen central y el area usuaria, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar - Cusco, dentro del horario de trabajo.				
NOTA: TENER EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTADO AL PRESENTE.								
							TOTAL IMPORTE DE COTIZACION	

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
- \* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa .....
- \* Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (Oferta Economica Valida Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_ )
- \* 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 entrega en **SOBRE CERRADO** o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logistica, en horario de oficina (07:45 hasta 15:30 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



.....  
 PROVEEDOR  
 Firma y Sello

**DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR**

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El (la) que suscribe....., identificado con DNI N°..... Representante Legal de la empresa..... con RUC N°..... activo y habido, con domicilio legal en .....correo electrónico ..... autorizado para notificaciones.

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- c) Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que indico en la presente cotización.
- d) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en las Especificaciones Técnicas o Términos de Referencia, cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- e) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444 ley de Procedimiento Administrativo General.
- f) 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.
- g) 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 General de Contrataciones Públicas Ley N° 32069 y su Reglamento
- h) No cuento con inhabilitaciones vigentes para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236° del TUO de la ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- i) No tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069" Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento"
- j) No me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- k) No percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del estado peruano (institución pública o empresa del estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos.
- l) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de legalidad.
- m) No cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- n) Conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- o) Me someto a las sanciones contenidas en la "Ley 32069 Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento" así como TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General. Ley N° 27444.
- p) 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.



Espinar:.....202...

.....  
**Firma y sello del Proveedor**

**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 el .....con Razón Social .....  
.....agradeciéndole 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:



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE CUSCO

HOSPITAL DE ESPINAR U.E. 408

SERVICIO DE  
EMERGENCIA



“CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU “

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA “

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE PAPELERIA EN GENERAL- UTILES Y MATERIALES DE OFICINA –  
SERVICIO DE EMERGENCIA

**CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 5.1 2**

### OBJETO DEL BIEN:

Adquirir PORTA HISTORIAS CLINICAS para el Servicio de EMERGENCIA así, con el fin de contribuir con el cumplimiento de las actividades hospitalarias de *la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.*

### TÉRMINOS DE REFERENCIA (TDR)

#### Adquisición de Porta Historia Clínica de Aluminio Tamaño A4

##### 1. ANTECEDENTES

El Servicio de Emergencia del Hospital Espinar requiere la adquisición de porta historias clínicas para un mejor manejo, organización, transporte y conservación de las historias clínicas de los pacientes. Se busca contar con porta documentos resistentes, duraderos y adecuados para el entorno hospitalario, motivo por el cual se opta por adquirir porta historias clínicas de aluminio tamaño A4.

##### 2. OBJETIVO GENERAL

Adquirir porta historias clínicas de aluminio tamaño A4 que cumplan con especificaciones técnicas de calidad, funcionalidad y durabilidad para su uso en los servicios médicos de la institución.

##### 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

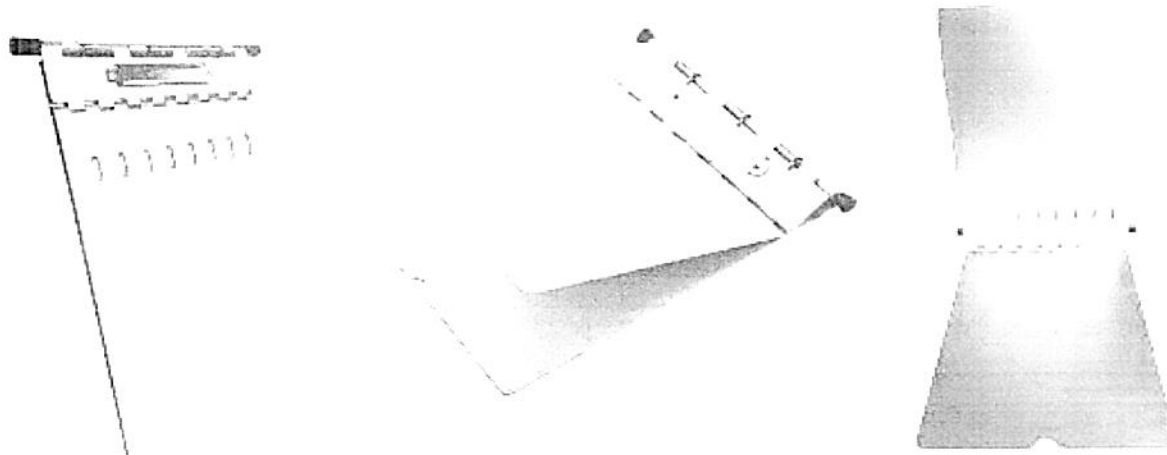
- Garantizar el adecuado almacenamiento y transporte de las historias clínicas.
- Mejorar la organización del archivo clínico.
- Facilitar el acceso seguro y rápido a la información médica de los pacientes.
- 

##### 4. ALCANCE

Este proceso comprende la adquisición, entrega y verificación de la cantidad total de porta historias clínicas requeridas. El proveedor deberá entregar los productos en el almacén de Hospital espinar dentro del plazo estipulado, cumpliendo con todas las especificaciones técnicas exigidas.



## 5. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS



## 6. CANTIDAD REQUERIDA

- Total: 14 unidades

## 7. PLAZO DE ENTREGA

El proveedor deberá entregar la totalidad de los productos en un plazo máximo de **15 días calendario** a partir de la firma del contrato o emisión de la orden de compra.

## 8. LUGAR DE ENTREGA

- Almacén de Hospital Espinar
- Dirección: 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.

## 9. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Contratación directa

## 10. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en una sola armada luego de ser recepcionados los bienes, previa conformidad de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, con el visto bueno del responsable de Almacén.

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.

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

- Recepción y conformidad del responsable de almacén



## "CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU "

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA "

- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda
- Comprobante de pago (Factura)

La institución se reserva el derecho de realizar inspección técnica previa a la aceptación definitiva.

**11. REQUISITOS DEL PROVEEDOR**

El proveedor deberá cumplir los siguientes requisitos y acreditarlos, **al momento de formalizar el contrato (Orden de Compra)**:

- Persona Jurídica y/o Natural.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP), si la propuesta económica es >1 UIT.
- Contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente
- Experiencia en provisión de insumos médicos o materiales de oficina (mínimo 1 año).
- Declaración de cumplimiento de especificaciones técnicas.
- Garantía mínima de 6 meses por defectos de fabricación.

**12. CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Criterio	Puntaje
Cumplimiento de especificaciones técnicas	40 puntos
Precio	30 puntos
Plazo de entrega	20 puntos
Experiencia del proveedor	10 puntos
<b>Total</b>	<b>100 puntos</b>

**13. GARANTÍA**

El proveedor debe ofrecer una garantía mínima de **6 meses** ante cualquier defecto de fabricación. En caso de presentarse algún inconveniente, deberá proceder con el cambio del producto sin costo adicional.

**14. RESPONSABLE DEL PROCESO**

- Unidad Solicitante: Servicio de Emergencia
- Responsable: Lic. En Enf. J. Albert Pareja Narvaez
- Correo electrónico: albertpareja2016@gmail.com
- Teléfono: 993962180

**15. PENALIDAD:**

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE CUSCO

HOSPITAL DE ESPINAR U.E. 408

SERVICIO DE  
EMERGENCIA



“CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU “

“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA “

$$\text{Penalidad diaria} = 0,10 \times \frac{\text{monto}}{\text{F} \times \text{plazo días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a 60 días: F = 0.40.
- Plazos mayores a 60 días: F= 0.25.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total de la Orden de compra o la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.



J. Albert Pareja Narvaez  
ENF. ESP. EMERGENCIAS Y DESASTRES  
C.E.P. 62734 RNE. 24117