



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 0188

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

N° E/M : 00232

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha : 13/08/2025	Moneda : S/.
Concepto :	ADQUISICION DE INSUMOS BIOMEDICOS		

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
6	UNIDAD	497000020709	CORREAJE DE INMOVILIZACIÓN DE NAILON PARA CAMILLA DE TRANSPORTE marca:		
3	UNIDAD	496900320030	FAJA ELÁSTICA LUMBAR TALLA XL marca:		
5	UNIDAD	139200500001	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 L APROX. marca:		
5	UNIDAD	351000023434	GLICERINA P.A. X 1 L marca:		
7	UNIDAD	358600091868	TIRA REACTIVA PARA GLUCOMETRO PORTATIL X 50 DETERMINACIONES marca:		
TOTAL					

FECHA DE COTIZACION
 CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (8 %)

* 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 dirección de correo electrónico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VALIDEZ DE OFERTA en días calendario (VALIDEZ DE OFERTA Del Al)

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

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotización 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,

precisando 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

COTIZADOR

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:

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.

.....
Nombres y Firma del postor



PERÚ

Ministerio
de SaludUNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION INSUMOS Y MATERIAL BIOMEDICO**

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 8.2 1

1. OBJETO DEL BIEN:

- Adquisición de insumos y material biomédicos para los programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

- El presente proceso busca contar con bienes y materiales biomédicos con la finalidad el beneficio de las actividades directas con paciente externos de los programas presupuestales y sus estrategias sanitarias, que a través de su personal y su personal asistencial que realizan procedimientos invasivos. Para el bien de la población y alcance de metas físicas.

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO:

Nº	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	META	UNID	CANTIDAD
1	<p>TIRA REACTIVA PARA GLUCOMETRO PORTATIL X 50 DETERMINACIONES Cantidad 04 frascos. Tiras / Cintas Glucómetro On call Advanced Cada frasco contiene 50 unidades. NOTA: Se requiere la tira reactiva de esta marca debido a que el Programa de No Transmisibles cuenta con glucómetros de la marca ON CALL ADVANCED adquiridos en años anteriores, por lo que es necesario que los insumos sean de la misma marca, detallados en los gráficos.</p> 	043 017	UNID	07
2	<p>GLICERINA P.A. X 1 L Nombre Químico: Glicerina USP Formula Quimica: C3H5 (OH)3 Peso molecular: 92.09 g/mol</p>	036	UNID	05
3	<p>FAJA ELASTICA LUMBAR TALLA XL Elástico mercerizado de 10 cm con doble memoria y mayor durabilidad Tirante de elástico croché de 3.5 cm para mayor confort y corrección de postura Velcro de nylon de 10 cm en bandas de sujeción interna y externa Excelente y cómodo doble ajuste lateral Banda reflectivas para una mejor inspección de uso y visibilidad Hebillas en tirantes de PVC regulables versátiles a diferentes estaturas Costura de hilo nylon para mayor durabilidad 2 barras de PVC para soporte y rigidez lumbar</p>	084	UNID	03

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINARLic. Enl. Mirinda Y Corbajal Beltran
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
CEP: 094273



PERÚ

Ministerio
de SaludUNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR

4	<p>CORREAJE DE INMOVILIZACIÓN DE NAILON PARA CAMILLA DE TRANSPORTE Material: Nylon de alta resistencia. Puntos de sujeción: Múltiples puntos, típicamente 10, para asegurar al paciente de manera efectiva. Tipo de sujeción: Incluyen correas para el centro, los hombros y el cuerpo, a menudo con un diseño tipo araña para una distribución uniforme de la fuerza. Sistema de cierre: Generalmente utilizan velcro de alta densidad o hebillas para un ajuste seguro. Resistencia: Cuentan con costuras reforzadas para mayor durabilidad y resistencia a la tensión.</p>	UNID	070	06 ✓
5	<p>GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS DE 1 LITRO Unidad de Despacho: Unidad Contenido: Frasco x 1 litro con dispensador Fecha de Vencimiento: 2 años Color: Incoloro Garantía: 12 meses Aroma: Incoloro Tipo: Alcohol Etilico 70° Uso: para manos</p>	UNID		05 ✓

4. PERFIL 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, actividad principal en el rubro Equipos, accesorios y suministros médicos
- Contar con registro sanitario de corresponder.
- Adjuntar las fichas técnicas de los productos

5. PLAZO DE ENTREGA:

Los bienes materia de la presente contratación se entregaran en el plazo máximo de 7 días calendario, de notificado de la orden de compra al contratista de forma UNICO.

6. LUGAR DE ENTREGA:

- 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.

7. GARANTÍA:

- La garantía del bien no podrá ser menor de un mes, contados desde la fecha de internamiento. Se notificará al proveedor de cualquier defecto de fábrica e indicará la naturaleza del defecto, una vez recibido la notificación, el proveedor reemplazará la totalidad de los bienes defectuosos, sin costo alguno, dentro de los 10 días calendario a partir de la recepción formal del bien por parte de almacén.

8. 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:





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

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.

9. 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
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda
- Comprobante de pago (Factura)

10. CONFORMIDAD DEL BIEN:

La Conformidad del bien será emitida por la U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR, los diferentes responsables de programas presupuestales, responsable de almacén. De existir observaciones, se otorgará al contratista un plazo no menor de dos días, ni mayor de 10 días calendario, para la subsanación correspondiente.

Gobierno Regional del Cuzco
CERENCA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Carrizosa Beltrán
COORDINADORA DE PROCESOS PRESUPUESTALES
C.E.P. 094273