

**GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

RUC: 20564356116

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

ANEXO N° 04

SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	117
10 de Junio de 2026	

FECHA:

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:.....

REFERENCIA : INFORME N° 0049-2026-G.R. CUSCO/GRSC/UE408:HE/PPORDIT2026 PEDIDO SIGA. N°: 000087

META : 0098 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	500100050561	1	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL				
			100 UND.	AFICHES INFORMATIVOS SOBRE SARAMPION * PAPEL: COUCHE DE 150 GRAMOS * TAMAÑO: A3 (70 CM X 50 CM) * FULL COLOR, ACABADO BRILLANTE * CONTENDRA INFORMACION SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS, MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y ESQUEMA DE VACUNACION CONTRA EL SARAMPION, INCLUYE LOGOS INSTITUCIONALES DEL HOSPITAL DE ESPINAR, GERESA CUSCO Y MINISTERIO DE SALUD.				
				A) PERFIL:				
				* 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 SERVICIO:				
				Plazo de ejecución del servicio será 07 dias calendarios, después de notificada la orden de servicio.				
				C) LUGAR DE SERVICIO:				
				El servicio se prestará en las instalaciones del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.				
NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA 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 los **TERMINOS DE REFERENCIA** y/o **ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimiento

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias 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 (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



.....
PROVEEDOR
Firma y Sello

ANEXO N° 4

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 encorreo 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

Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N - Barrio Túpac Amaru - Espinar

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 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:

TERMINOS DE REFERENCIA DE IMPRESIONES.

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Adquisición de servicio de impresión para la promoción de la vacunación y prevención del sarampión, destinados a las actividades de sensibilización de la Estrategia de Inmunizaciones del Hospital de Espinar.

2. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

2.1. OBJETIVO GENERAL DE LA CONTRATACIÓN

Contar con afiche impreso de alta calidad que contribuya a fortalecer las actividades de información, educación y comunicación sobre la prevención del sarampión, promoviendo la vacunación oportuna de niñas y niños en la jurisdicción del Hospital de Espinar.

3. OBJETIVO ESPECIFICO

Difundir información sobre los signos y síntomas del sarampión.

Promover la vacunación de niñas y niños según el esquema nacional de inmunizaciones.

Sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención y el control del sarampión.

Fortalecer las actividades de promoción de la salud en establecimientos y campañas extramurales.

4. FINALIDAD PÚBLICA

El presente servicio tiene como finalidad pública fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades inmunoprevenibles mediante la difusión de mensajes educativos relacionados con el sarampión, contribuyendo a mejorar las coberturas de vacunación y proteger la salud de la población infantil del ámbito de intervención del Hospital de Espinar.


5. OBJETIVO ESTRATEGICO / META

META:




Lic. Yaned Umibe Huarca
CEP: 99399

6. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.

N°	CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
01		<p>Afiches informativos sobre sarampión. Afiches informativos sobre sarampión a todo color, diseño proporcionado por el área usuaria. Tamaño A3 (70 cm x 50 cm), papel couché de 150 gramos o superior, full color, acabado brillante. Contendrá información sobre signos y síntomas, medidas de prevención y esquema de vacunación contra el sarampión. Incluye logos institucionales del Hospital de Espinar, GERESA Cusco y Ministerio de Salud.</p> 	Unidad	100 unidades

CRONOGRAMA DE ENTREGA

DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD TOTAL	UNIDAD DE MEDIDA	MES	
			JUNIO	
Afiches informativos sobre sarampión.	100 UNIDADES	UNIDADES	X	

7. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

7.1. Del Postor

Perfil

No estar impedido para contratar con el Estado, según el artículo 11° de la Ley de Contrataciones del Estado.

Con RUC vigente.

Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores, de ser el caso.

8. PLAZO DE ENTREGA

El plazo máximo para la entrega es por un periodo de tres (07) días calendario, contabilizado a partir del día siguiente de notificada la Orden de Compra.

9. LUGAR DE ENTREGA

Los afiches deberán ser entregados en el consultorio de Niño Sano del Hospital de Espinar, sitio en la calle Domingo Huarca Cruz S/N de la Ciudad de Espinar, en el horario de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir el bien fuera de la fecha y horario establecido.

10. GARANTÍA COMERCIAL DEL SERVICIO

- La garantía comercial requerida es por un periodo mínimo de tres (03) meses.
- Responsabilizarse y/o cambiar los productos malogrados y/o deteriorados por el transporte o fabricación.

11. FORMA DE PAGO

La entidad se obliga a pagar la contraprestación al contratista en nuevos soles, en pago único, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.

La entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada en quince días calendario de otorgada la conformidad de recepción de la prestación por cada una de las órdenes de compra emitida. Del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad del responsable de almacén central.
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada.

12. CONFORMIDAD DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

La conformidad del bien será emitida por: El funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada. Recepción y conformidad por el responsable de almacén y área usuaria.

De existir observaciones, se otorgará al contratista un plazo no menor de dos días, ni mayor de diez días calendarios, para la subsanación correspondiente.

13. PENALIDAD

En caso de retraso injustificado del proveedor, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo días}}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días: F=0.40.

F= 0.25 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días: F=0.25.

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

14. INCUMPLIMIENTO

El incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente contrato constituye causal de resolución automática del contrato. La Entidad, por decisión unilateral, podrá resolver el presente contrato, sin pago de indemnización por ningún concepto al proveedor, a simple solicitud de la Entidad. Para ello, la Entidad comunicará por escrito al domicilio o correo electrónico del proveedor, sobre la resolución del contrato.


 Lic. Yared Umlie Huarca
ACO-00009



Ponle el Pare al SARAMPiÓN

Lo vacuno,
lo protejo



HOSPITAL DE
ESPINAR

VACUNA A TUS HIJOS DE 12 Y 18 MESES

¿QUÉ ES EL SARAMPiÓN?

ENFERMEDAD ALTAMENTE
CONTAGIOSA Y PELIGROSA.

CON MAYOR GRAVEDAD A LOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE NO
ESTÁN VACUNADOS.



¿CÓMO PREVENIR EL SARAMPiÓN?



- VACÚNATE.
- LÁVATE LAS MANOS FRECUENTEMENTE.
- QUÉDATE EN CASA SI ESTÁS ENFERMO.
- CÚBRETE AL TOSER Y ESTORNUDAR.
- VENTILA LOS AMBIENTES.

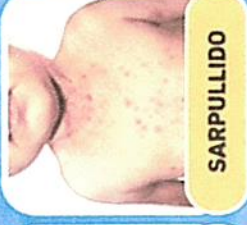
SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SARAMPiÓN



TOS Y
CONGESTIÓN NASAL



OJOS ROJOS
Y LAGRIMEO.



SARPULLIDO



PIE FIEBRE ALTA



ESCALOFRÍOS



DOLOR DE
CABEZA



CANSANCIO Y
FALTA DE APETITO



DOLOR DE
GARGANTA



MANCHAS ROJAS
QUE INICIAN EN LA
CARA Y SE EXPANDEN



DIARREA



NÁUSEAS
Y VÓMITOS



MANCHAS BLANCAS
EN LA BOCA
(MANCHAS DE KÖPLIK)

¡VACUNAR ES AMAR!



ALERTA

ANTE ESTOS SÍNTOMAS, ACUDE AL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS CERCANO.



LÁVATE LAS



CÚBRETE AL TOSER



VENTILA LOS



QUÉDATE EN CASA



PERÚ

Ministerio
de Salud