

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	114
FECHA: 09 de Junio de 2026	

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 0038-2026-G.R. CUSCO/GRSC/UE408:HE/PPORDIT2026 PEDIDO SIGA. N°: 000088,000089,000090,000091,000092

META : 0105,0106,0103,0102,0101 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	500100050561	4	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL				
			02 MILLARES	CARNET DE VACUNACION * PAPEL: CARTON CARTULINA * TAMAÑO: 15 CM X 10 CM * IMPRESION: ANVERSO Y REVERSO * TINTA: COLOR NEGRO * DISEÑO: SEGUN EL MODELO ANEXO 01				
			01 UNIDAD	LIBRO DE PADRON NOMINAL * PAPEL: PAPEL GRUESO Y CON TAPA DURA DE COLOR AZUL MARINO * TAMAÑO: A3, MEDIDA 29.7 CM X 42.0 CM X 500 PAGINAS * IMPRESION: ANVERSO Y REVERSO * TINTA: AZUL MARINO * DISEÑO: SEGUN EL MODELO ANEXO 02				
			02 UNIDAD	LIBRO DE REGISTRO DIARIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO * PAPEL: PAPEL GRUESO Y CON TAPA DURA DE COLOR AZUL MARINO * TAMAÑO: A3, MEDIDA 29.7 CM X 42.0 CM X 500 PAGINAS * IMPRESION: ANVERSO Y REVERSO * TINTA: AZUL MARINO * DISEÑO: SEGUN EL MODELO ANEXO 03				
			02 UNIDAD	LIBRO DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL DE NIÑO * PAPEL: PAPEL GRUESO Y CON TAPA DURA DE COLOR AZUL MARINO * TAMAÑO: A3, MEDIDA 29.7 CM X 42.0 CM X 500 PAGINAS * IMPRESION: ANVERSO Y REVERSO * TINTA: AZUL MARINO * DISEÑO: SEGUN EL MODELO ANEXO 04				
				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 días 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 vigente para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236º 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:

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION DE SERVICIOS DE IMPRESIONES GENERALES.

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Contratación de servicio de impresiones en general, para atención en el consultorio de Niño Sano, Programa de Desarrollo Infantil Temprano, del Hospital de Espinar.

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 7.1 1 6

2. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

2.1. OBJETIVO GENERAL DE LA CONTRATACIÓN

Contar con un proveedor especializado que brinde el servicio de impresiones en general, asegurando la disponibilidad oportuna de materiales impresos necesarios para el adecuado funcionamiento de las actividades institucionales del Consultorio de Niño Sano del Hospital de Espina

3. OBJETIVO ESPECIFICO

Garantizar la impresión de documentos administrativos, formatos, afiches, materiales informativos y otros requeridos por la entidad.

Asegurar la calidad de impresión de los materiales solicitados.

Cumplir con los plazos establecidos para la entrega de los trabajos de impresión.

Contar con materiales impresos que contribuyan al cumplimiento de las actividades institucionales y de atención al usuario.


4. FINALIDAD PÚBLICA

La presente contratación tiene como finalidad pública asegurar la disponibilidad de material impreso necesario para el desarrollo de las actividades administrativas, operativas y de atención al ciudadano en el Consultorio de Niño Sano del Hospital de Espinar, contribuyendo al adecuado cumplimiento de los objetivos institucionales y a la mejora de los servicios brindados a la población.

5. OBJETIVO ESTRATEGICO / META

META: 098,101, 102, 103, 105, 106,




Lic. Yanet Umibe Huarca
C.R.P: 99390

6. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN

N°	CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD
01		Carnet de Vacunación Papel: Cartón Cartulina Tamaño: 15cm x 10cm Impresión: Anverso y Reverso Tinta: color Negro Diseño: Según el modelo adjunto	MILLARES	2
02		Libro de Padron Nominal Papel: Papel grueso según modelo adjunto y con respecto a tapa dura de color azul marino. Tamaño: A3, medida 29.7cm x42.0cm y 500 páginas. Impresión: Anverso y Reverso Tinta: Azul marino Diseño: Según Modelo adjunto.	UNIDAD	01
03		Libro de registro diario de control de crecimiento. Papel: Papel grueso según modelo adjunto y con respecto a tapa dura de color azul marino. Tamaño: A3, medida 29.7cm x42.0cm y 500 páginas. Impresión: Anverso y Reverso Tinta: Azul marino Diseño: Según Modelo adjunto.	UNIDAD	02
04		Libro de registro de Seguimiento de la atención Integral del Niño. Papel: Papel grueso según modelo adjunto y con respecto a tapa dura de color azul marino. Tamaño: A3, medida 29.7cm x42.0cm y 500 páginas. Impresión: Anverso y Reverso Tinta: Azul marino Diseño: Según Modelo adjunto.	UNIDAD	02

ANEXO 01

ANEXO 02

ANEXO 03

ANEXO 04

CRONOGRAMA DE ENTREGA

DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD TOTAL	UNIDAD DE MEDIDA	MES	
			JULIO	AGOSTO
Carnet de Vacunación	2	MILLARES	X	
Libro de Padron Nominal	1	UNIDAD		X
Libro de registro diario de control de crecimiento.	2	UNIDAD	X	
Libro de registro de Seguimiento de la atención Integral del Niño	2	UNIDAD		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 productos deberán ser entregados en el almacén 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 BIEN

- La garantía comercial requerida es por un periodo mínimo de tres (06) 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.

"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

12. CONFORMIDAD DE LA PRESTACION DEL BIEN

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. Yanet Umibe Huarca
CEP: 99390



PERÚ Ministerio de Salud

Unidad Ejecutora N° 408 "HOSPITAL ESPINAR"



CARNET DE VACUNACIÓN PARA MAYORES DE 5 AÑOS

N° HCL:

NOMBRES:

APELLIDOS:

DNI: EDAD:

F.N. ESPINAR - YAURI

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR
	1º	__/__/__		
	2º	__/__/__		
Difteria	1º REFUERZO	__/__/__		
	2º REFUERZO	__/__/__		
		__/__/__		

ANVERSO

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR
HEPATITIS B	1º	__/__/__		
	2º	__/__/__		
	3º	__/__/__		
AMA	DU	__/__/__		
SPR	DU	__/__/__		
DIFTERIA TETANICA	1º	__/__/__		
	2º	__/__/__		
	3º	__/__/__		
TDAP	DU	__/__/__		
VPH	1º	__/__/__		
Varicela	1	__/__/__		
NEUMOCOCCO	DU	__/__/__		
INFLUENZA	DOSIS ANUAL	__/__/__		
	DOSIS ANUAL	__/__/__		
Barrido		__/__/__		

REVERSO



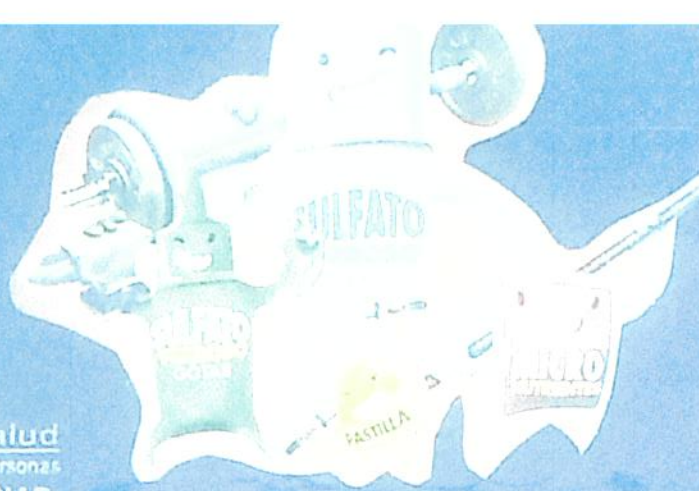

Ministerio de Salud
que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

REGISTRO DIARIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y VACUNAS DEL HOSPITAL DE ESPINAR




Ministerio de Salud
Personas que atendamos personas
HOSPITAL DE ESPINAR



Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

Registro de Seguimiento de la Atención Integral del Niño

2025



Registro de Seguimiento

ESTABLECIMIENTO DE SALUD		LUGAR DE ATENCIÓN DE PARTO:													
N° HCL												INMUNIZACION			
DNI		BCG	HvB	ANTIPOLIO IPV/			PENTAVALENTE			ROTAVIRUS		NEUMOCOCCO			
COD. AFIL. SIS		RN	RN	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°		
NOMBRES Y APELLIDOS		CONTROL DE CRECIMIENTO													
		RECIEN NACIDO				MENOR DE 1 AÑO									
		1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	
FECHA DE NACIMIENTO															
MADRE		ESTIMULACIÓN TEMPRANA													
		RN	MENOR DE 1 AÑO						1 AÑO						
PADRE		1°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	
DIRECCION Y REFERENCIA		SUPLEMENTACIÓN													
		MICRONUTRIENTES													
		DE 6 A 35 MESES													
		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°		
		ATENCIÓN FARMACOLÓGICA													
		IRA													
PROGRAMA SOCIAL		DESCARTE DE ENFERMEDADES													
		Anemia													
		Dosaje de Hemoglobina													
									4m.	9m.	1ā	1ā 6m.	2ā	3ā	4ā
TIPO DE RIESGO		ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y DE EDUCACIÓN													
		RECIEN NACIDO			MENOR DE 1 AÑO			1 AÑO			2 AÑOS				
		1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°		

Monitoreo de la Atención Integral del Niño

RESPONSABLE: *DEL REGISTRO :*

INMUNIZACIONES													
NEUMOCOCCO			INFLUENZA		VARICELA		SPR		AMA	DPT		APO	
1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	DU	1° Ref	2° Ref	1° Ref	2° Ref

TABLA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO													
				1 AÑO						2 AÑOS			
1	2	3	4	1°	2°	3°	4°	1	2	1°	2°	3	4

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO															
2 AÑOS				3 AÑOS		3 AÑOS				4 AÑOS				5 A 11 AÑOS	
4°	1°	2°	1°	1°	2°	1	2	1°	2°	1	2	5A	6A		

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES													
VITAMINA "A"											SULFATO FERROSO		
DE 6 A 59 MESES											4 MESES	5 MESES	
11°	12°	1°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	

ATENCIÓN POR MORBILIDAD													
EDA							PARASITOSIS				ANEMIA		

LISTA DE ENFERMEDADES PREVALENTES													
Descarte de Parasitosis													
Examen Seriado de Heces					Test de Graham								
3a	4a	5a	1a	2a	3a	4a	5a	1°	2°	1°	2°	1°	2°

PRUEBAS DE SEGUIMIENTO: VISITAS DOMICILIARIAS													
2 AÑOS			3 AÑOS			4 AÑOS							
2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°						