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	232
FECHA:	26 de Noviembre de 2026

RAZON SOCIAL :..... **RUC N°** :.....
DIRECCION :..... **TELEFONO**:.....
REFERENCIA : INFORME N° 220-2026-G.R. CUSCO/GRSC/UE408:HE/CPP/MUCB **PEDIDO SIGA. N°: 00508,00918**
META : 0016,0017 **FTE.FTO.** : 1-00

ARTICULO					MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	DESCRIPCION		P.U.	TOTAL
1	166600050007	3	UNIDAD	TERMO PARA LIQUIDO X 5 L			
				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 10 dias 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 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 (07:45 hasta 15:30 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Nimer Coila
RESP. DE COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
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 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 articulo 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 Nº27444 "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 Nº32069" 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

Espinar,

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

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:

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION BIENES DE COCINA

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 7. 1 1

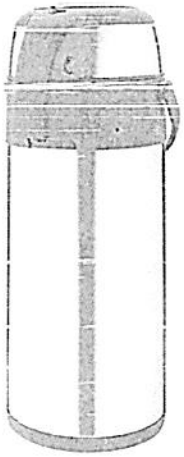
1. OBJETO DEL BIEN:

- Adquisición de bienes de cocina para los programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

- El presente proceso busca contar bienes de cocina 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 no invasivos. Para el bien de la población

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO:

Nº	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	META	UNID	CANTIDAD
1	TERMO PARA LIQUIDO X 5 LITROS Capacidad: 5 litros Material externo e interno: acero inoxidable inoxidable Mantenga caliente 12 horas y frio 24 horas Modelo: sifón Maxima retención de temperatura Está equipado con dispensador a presión Incorpora asa, cierre de seguridad y mecanismo anti goteo 	017 016	UNID	02

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
- Contar con registro sanitario de corresponder.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enf. Miriam Curbajal Beltran
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.E. 094273

5. *PLAZO DE ENTREGA:*

Los bienes materia de la presente contratación se entregaran en el plazo máximo de 10 días calendarios, 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, contaos desde la fecha de internamiento. Se notificara al proveedor de cualquier defecto de fábrica e indicara la naturaleza del defecto, una vez recibido la notificación, el proveedor reemplazara la totalidad de los bienes defectuosos, sin costo alguno, dentro de los 10 días calendarios 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 realizara 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 la U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR, los diferentes responsables de programas presupuestales, responsable de almacén. De existir observaciones, se otorgara al contratista un plazo no menor de dos días, ni mayor de 10 días calendarios, para la subsanación correspondiente.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enf. Miguel Carbajal Beltran
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
CEP: 094273