

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°89

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPÍNAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCI: INFORME N° 87-2025-G.R.CUSCO /GRSC/UE408:HE/CPP/MUCB

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 05/06/2025
Concepto :	Moneda : S./.
ADQUISICIÓN DE INSUMOS BIOMEDICOS ODONTOLOGICOS	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	UNIDAD	495100240172	JUEGO CURETAS RÍGIDAS CORTANTES X 6 PIEZAS MARCA:		
1	UNIDAD	495100290004	PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD MARCA:		
2	UNIDAD	492900150139	SET DE LIMAS PARA ENDODONCIA PARA SISTEMA ROTATORIO SERIE BÁSICA DE 25 mm X 4 MARCA:		
					TOTAL

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 dirección de correo electrónico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (Oferta Económica Valida Del _____ Al _____)

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

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotización se entrega en SOBRE CERRADO o vía correo electrónico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social 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.

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
Nº, Representante Legal (de corresponder),
con RUC Nº....., 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 99º 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



PERU

Ministerio
de SaludUNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICIÓN INSUMOS Y MATERIAL BIOMEDICO ODONTOLOGICO

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 8.2 1

1. OBJETO DEL BIEN:

- Adquisición de insumos y material biomédicos Odontológicos 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 Odontológicos 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	DENOMINACIÓN: SET DE LIMAS DE ENDODONCIA PARA SISTEMA ROTATORIO – SERIE BASICA DE 25MM X 4 CANTIDAD 02 SET SISTEMA RECIPROCANTE LIMA DE 25MM FLEXIBILIDAD MATERIAL NIQUEL – TITANIO SECCION TRANSVERSAL RECTANGULAR SISTEMA PROTAPER NEXT	048	UNID	02
2	PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD ROTACIÓN ENTRE 300,000 A 400,000 RPM LUZ LED AUTOGENERADA SISTEMA PUSH BOTON ROTOR CERAMICO CABEZAL ESTANDAR	046	UNID	01
3	JUEGO DE CURETAS RIGIDAS CORTANTES X 6 PIEZAS DOBLE EXTREMO TIPO MAYLEFER TAMAÑO 11-12 ACERO INOXIDABLE	047	UNID	01

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.

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.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
Gobernación Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR



PERÚ

Ministerio
de SaludUNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR**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:

- a. **GARANTÍA COMERCIAL DEL BIEN:** No corresponde
- b. **TIEMPO DE REPOSICIÓN DEL BIEN:** Los tiempos de atención en caso de aplicación de la garantía son: el Postor realizará el cambio de los bienes que presenten fallas en un periodo no mayor a 30 días calendario. (De ser el caso)
- c. **ALCANCE DE LA GARANTÍA:** No corresponde

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 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 calendarios, para la subsanación correspondiente.