



## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°00131

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547  
 REFERENCIA: INFORME N°022-2025-GRCUSCO/DRSC//HE

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha : 20/06/2025	Moneda : S/.
Concepto :	ADQUISICION DE TENSIOMETRO		

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	UNIDAD	602287620001	TENSIOMETRO MARCA:		
				<b>TOTAL</b>	

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-ADJUNTAR FICHA TECNICA \* Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa .....

\* Precisar periodo de VIGENCIA 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.

\*

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 electrónico .....autorizado 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.

**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:



Gobierno Regional  
CUSCO



“CUSCO CAPITAL DE TURISMO Y DEL HERÉ  
año de la recuperación y reactivación económica en peruano”  
**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICIÓN DE  
TENSIOMETRO**

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.632.95

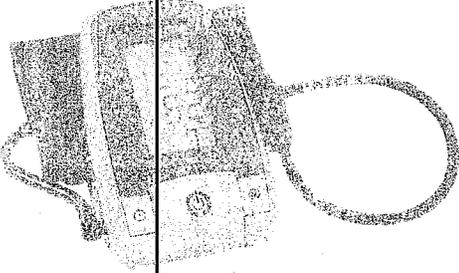
**1. OBJETIVO**

Adquirir Tensiómetro, los suministros adquiridos garantizaran la disponibilidad de recursos necesarios de operatividad para todos los Programas Presupuestales

**2. FINALIDAD PÚBLICA:**

El presente proceso busca adquirir **TENSIOMETRO**, beneficio en la reducción de tiempo de espera para la atención del usuario en el servicio de triaje donde se realiza la somatometría.

**3. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE CARACTERÍSTICAS DE LOS SUMINISTROS**

Nº	DESCRIPCION	UNIDAD/ MEDIDA	CANTIDAD
1	<p><b>TENSIOMETRO</b></p> <p><b>MODELO:</b> Tensiómetro digital Medición de la tensión arterial y del pulso Reconocimiento de arritmia cardíaca Pantalla grande en LCD Señal de pulso óptica y acústica Capacidad para memoria de 99 mediciones Cumplimiento con normativa BHS A/A Con brazalete adulto y pediátrico</p> <p><b>INCLUYE:</b> Brazalete velcro, tarraño adulto con tubo de conexión al equipo de medición. 4 pilas AA Manual de indicaciones</p> <p><b>GARANTÍA:</b> 1 año</p> 	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



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD



### PLAN DE CAPITAL HISTÓRICO DEL PERÚ

"Año de la recuperación económica y el desarrollo de la economía peruana"

- Contar con Registro Nacional de Proveedor (RNP), si la propuesta económica es > 1 UIT.
- Contar con Código de cuenta interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.

#### 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 ÚNICO

#### 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

- GARANTÍA COMERCIAL DEL BIEN:** Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado, con un mínimo de (12) meses, contados de a partir de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad.
- TIEMPO DE REPOSICIÓN DEL BIEN:** Los tiempos de atención en caso de aplicación de la garantía son: el Postor realizará el cambio de los equipos que presenten fallas en un periodo no mayor a 30 días calendario. (De ser el caso)
- ALCANCE DE LA GARANTÍA:** Pudiendo ser contra defectos de fabricación, averías, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

#### 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:

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

Donde F tiene los siguientes valores:



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enf. Mición U. Carbajal Beltrán  
COORDINADOR DE PRESUPUESTALES



CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

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:

De acuerdo a la naturaleza del bien, indicar si el pago se realizará al final de la prestación en pago único luego de la conformidad del bien, su comprobante de pago y guía de remisión.

#### 10. CONFORMIDAD DEL BIEN

La Conformidad del bien será otorgada por el jefe del área usuaria.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

  
Lic. Enj. Miriam H. Carbajal Beltrán  
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES  
C.E.P. 094273