

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 310

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
N° E/M : 00310

Señores	:		R.U.C.	:	
Dirección	:				
Teléfono	:		Fax	:	
Email	:		Fecha	:	05/11/2025
Concepto	:	PEDIDO N 104 SERVICIO DE MENSAJERIA A NIVEL REGIONAL			
Moneda : S/.					

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	900100010006	SERVICIO DE MENSAJERÍA NIVEL REGIONAL	
			TOTAL

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Condiciones de Compra

- Forma de Pago:

- Garantía:

- La Cotización debe incluir el I.G.V.

- Plazo de Entrega en N° Días/ Ejecución del Servicio :

- Tipo de Moneda :

- Validez de la cotización :

- Indicar Marca de Procedencia

- Tipo de Cambio :

Atentamente;

Requerimientos Técnicos:

Descripción del Servicio

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 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 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.

.....
Nombres y Firma del postor

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:



Gobierno Regional
CUSCO

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL DE ESPINAR"

Unidad Ejecutora N° 408

"HOSPITAL DE ESPINAR"

COORDINACIÓN DE PROGRAMAS
PRESUPUESTALES



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

TÉRMINOS DE REFERENCIA PROGRAMA PRESUPUESTAL CONTROL Y PREVENCIÓN DE CÁNCER

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE MENSAJERÍA PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

POBLACIÓN OBJETIVO:

Contar con los servicios de mensajería local y nacional, para que una empresa especializada se encargue de recojo y envío, traslado y entrega en forma segura, rápida y oportuna de las muestras del programa, así como su conformación a través de los cargos de entrega realizadas.

FINALIDAD PÚBLICA:

La necesidad tiene como finalidad pública cumplir con los envíos de muestras del programa de prevención de cáncer, cumpliendo con la envío oportuno de las muestras de cáncer ginecológico y no ginecológico.

ANTECEDENTES

El Programa Presupuestal de Control y Prevención de Cáncer ejecutado por el Hospital de Espinar, cuenta con la actividad de Tamizaje con prueba de VPH en mujeres de 30 a 49 años.

Para cumplir con las metas del presente año fiscal, se requiere contratar un servicio de mensajería especializada que garantice el transporte adecuado, refrigerado y en condiciones óptimas de las muestras biológicas desde Espinar hasta el Cusco, asegurando su integridad y trazabilidad durante todo el proceso.

PERIODO DE CONTRATACIÓN

El servicio se contratara por un periodo de dos meses o hasta que se agote el monto contratado lo que ocurra lo primero a partir del día siguiente de la notificación con orden de servicio.

ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El servicio de mensajería regional consiste en el recojo, distribución y entrega eficiente y oportuna de los paquetes generados por U.E. 408 Hospital de Espinar.

ACTIVIDADES

1. Primero se realiza el recojo de la muestra de HOSPITAL DE ESPINAR, calle Domingo Huarca Cruz S/N. Espinar.



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. En [Firma] J. C. [Firma]
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
CEP: 094273



Gobierno Regional
CUSCO

Unidad Ejecutora N° 408
HOSPITAL

COORDINACIÓN DE PROGRAMAS
PRESUPUESTALES



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

2. El paquete deberá de llegar en menor de 10 horas, considerando que la entrega deberá de ser en forma segura, rápida y oportuna de las muestras a laboratorio referencial que indica la hoja envió que estará pegado en el paquete.
3. El proveedor se asegura que el paquete permanezca en un ambiente seguro y separado del resto de los otros clientes
4. Se deberá de entregar el paquete de acuerdo a las indicaciones de envió que se encontrara en el paquete. (GERESA - CUSCO)
5. Informar a al usuario de la entrega de paquete mencionando el destino y la hora de llegada.
6. También el proveedor se responsabilizara totalmente de la paquetería entregada asumiendo las sanciones que se fijan por el hurto, robo, pérdida y demora de entrega de los paquetes.
7. Cumpliendo el siguiente cronograma de entrega:

Nº	Fechas de envió	Cantidad
1	NOVIEMBRE	10 envíos
2	DICIEMBRE	10 envíos

PERFIL DE PROVEEDOR

Servicio contratado debe contar con los requisitos mínimos que a continuación se detalla:

- Registro Único de Contribuyente (RUC) y Comprobantes de Pago (boleta, factura)
- 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.

PLAZO DE EJECUCIÓN DE SERVICIO

El servicio se prestara en un plazo de sesenta días calendarios (60) o hasta agotar el monto contratado: contabilizado a partir del día siguiente al contrato o orden de servicio, tal cual como se encuentra en el cronograma

LUGAR DE ENTREGA

Se deberá de entregar el paquete de acuerdo a las indicaciones de envió que se encontrara en el paquete. (GERESA - CUSCO)

GARANTÍA

El proveedor se responsabilizara totalmente de la paquetería entregada asumiendo las sanciones que se fijan por el hurto, robo, pérdida y demora de entrega de los paquetes.



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

Tir. Enf. Miriam D. Carballedo Robles



Gobierno Regional
CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE ESPINAR

COORDINACIÓN DE PROGRAMAS DE
SALUD



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

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:

$$\text{Penalidad diaria} = 0,10 \text{ monto}$$

$$F \times \text{plazo } n \text{ días}$$

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.

FORMA DE PAGO:

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

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. Enfr. *[Firma]*
COORDINADOR DE PROGRAMAS DE
CEP: 094