

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 332

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
N° E/M : 00332

Señores	:		R.U.C.	:		
Dirección	:					
Teléfono	:		Fax	:		
Email	:		Fecha	:	19/11/2025	
Concepto	:	PEDIDO N° 122, SERVICIO DE ATENCION DE REFRIGERIOS		Moneda	:	S/.

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	040100010005	SERVICIO DE ATENCION DE REFRIGERIOS	
			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
Trabajamos
Juntos

Dirección Regional
de Cusco

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

JEFATURA DE
EMERGENCIA



TERMINO DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIO DE PREPARACION DE ALIMENTOS -REFRIGERIOS

1. OBJETO DEL BIEN:

Contratación del servicio de PREPARACION Y ATENCION DE REFRIGERIOS, PARA CAPACITACIÓN DEL SERVICIO DE NEFERMERIA.

2.- FINALIDAD PÚBLICA:

La presente contratación permitirá brindar y garantizar raciones alimentarias al personal de ENFERMERIA que busca fortalecer los conocimientos en temas de salud, quienes participan en capacitación del servicio de enfermería.

3.- DESCRIPCION DEL SERVICIO.

- El Contratista que preste los servicios de preparación de almuerzos lo brindará a la UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL ESPINAR como atenciones.
- Se entregará los almuerzos por el día y el horario detallado en alcances del servicio, a la cantidad de personal asistente, cuyo número será informado al contratista por el área usuaria un **(02) día hábil antes del inicio de la actividad.**
- El Contratista se presenta a la entidad de manera oportuna, hasta antes de cumplirse con la entrega y recojo de desperdicios que pueda ocasionar.
- El horario para servir el almuerzo se efectuará previa coordinación con la coordinadora de estrategia de turno, a la media jornada de la campaña.
- El almuerzo debe ser brindado en las instalaciones de la entidad u otra instalación donde se desarrolle la campaña y/o intervención, según como lo indique el encargado.
- En el caso de traslado de fecha de alguna, **hará de conocimiento anticipado al prestador del servicio.**
- La persona natural o jurídica deberá brindar servicio de almuerzo a los participantes en la campaña e intervención de salud.
- **Los alimentos deberán contar buenas prácticas de salubridad, siendo estos de primera calidad, tanto en su preparación y la entrega de estos mismos, según los protocolos de prevención de infecciones cruzadas.**
- Las bebidas (jugos, chicha, refrescos y otros) deberán de tener la presentación en envase con un contenido de 300 ml.
- Las raciones de: carnes (vacuno, porcina y aves) deberán de tener un peso entre 150 a 200 gramos en ración cocida; Arroz peso mínimo 200 a 250 gramos en ración cocida.
- Las raciones de ensaladas deberán ser con productos variados, frescos y con un peso mínimo de 90 a 120 gramos
- El horario de atención de los almuerzos serán de 1 hora y 30 minutos aproximadamente. En caso de modificaciones será acordado por el usuario y el proveedor.



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Trabajamos
Unidos

Dirección Regional
de Cusco

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

JEFATURA DE
EMERGENCIA



- Los envases de los almuerzos, así como los utensilios no deben ser de material plástico desechable, ya sea tecnopor u otro tipo de plástico.

4. PERFIL DEL PROVEEDOR

El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente (de ser el caso)
- Declaración jurada de datos del postor.
- Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas requeridos.
- Declaración jurada de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado

5. PLAZO DE EJECUCION

MES DE EJECUCIÓN	ACTIVIDAD	FECHA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PROGRAMA	RESPONSABLE
DICIEMBRE	CAPACITACION SERVICIO DE ENFERMERIA	01/12/25	85	Causa rellena de pollo + mate de toronjil	Jefatura de enfermería	Lic. Mario Cesar Choque Romero

6. LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO

Indicado por el área Usuaria

7. PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la contratación, LA ENTIDAD le aplicará una penalidad por cada aviso no emitido, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contratado vigente o, de ser el caso, del monto del ítem que debió ejecutarse, en concordancia con el artículo 132 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

En todos los casos, la penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en avisos}}$$

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (01 aviso).

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (01 aviso).



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Trabajamos
Integridad

Dirección Regional
de Cusco

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

JEFATURA DE
EMERGENCIA



Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al contrato o ítem que debió ejecutarse o, en caso que éstos involucraran obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia de retraso.

Esta penalidad será deducida de los pagos parciales o del pago final; y cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, LA ENTIDAD podrá resolver el contrato por incumplimiento.

8. FORMA DE. PAGO:

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación al PRESTADOR DEL SERVICIO en Nuevos Soles (S/.), en PAGO ÚNICO, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente. La Entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en quince (15) días calendario de otorgada la conformidad del servicio por cada una de las órdenes del servicio emitidas.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda.
- Comprobante de pago (Factura y/o boleta de venta).

10. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad será emitida bajo informe del responsable del programa presupuestal de manera mensual.