GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
RUC: 20564356116
"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"
ANEXO N° 04
SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	229
FECHA:	20 de Noviembre de 2026

RAZON SOCIAL :..... **RUC N°** :.....

DIRECCION :..... **TELEFONO**:.....

REFERENCIA : INFORME N° 076-2026/GERESA-CUSCO/U.E.408-HDE/P.P068/JK.C.T. **PEDIDO SIGA. N°:** 000909

META : 0069 **FTE.FTO.** : 1-00

ARTICULO					MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	DESCRIPCION		P.U.	TOTAL
1	091400060005	70	UNIDAD	ATUN EN FILETE EN ACEITE VEGETAL X 170 g			
				A) DOCUMENTACION:			
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.			
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratacion)			
				* Declaración Jurada de Datos del Postor			
				B) PLAZO DE ENTREGA:			
				Plazo de entrega será de 07 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.....
* MONTO MINIMO DE ATENCION.....
* 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 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 (08:00 hasta 16:00 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

.....
RESP. 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 TECNICAS.

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Adquisición de ALIMENTOS, para EL P.P. 068 - IMPLEMENTACION DE BRIGADAS, de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso busca contar con los alimentos, para el refrigerio del personal de BRIGADAS que CUMPLE con las actividades PROPIAS DEL PROGRAMA DE REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS ANTE DESASTRES, que se viene dando con los años y su mejor implementación cada vez, y garantizar los momentos de recuperación física debido al cansancio físico mental de por las tareas a cumplir.

3. ANTECEDENTES:

Las brigadas hospitalarias vienen siendo entrenadas y reconocidas por la DIGERD, y estos deberán ser participe en caso de desastres en cualquier parte a nivel nacional, deben de estar en la capacidad de afrontar, de la misma forma cumple actividades de simulacros y simulaciones dentro de la programación de actividades del cada año fiscal de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:

4.1. OBJETIVO GENERAL:

"'Adquirir ALIMENTOS, para EL P.P. 068 - IMPLEMENTACION DE BRIGADAS, de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Contar con el ALIMENTO, para garantizar, reconocer y recuperación del desgaste físico de las brigadas participes de las diferentes actividades del P.P. 068 REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS FRENTE A DESASTRES.

5. ALCANCES Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR:

5.1. CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO:

N°	DENOMINACION	CANTIDAD	ESPECIFICACION TECNICA.
1	CONSERVA DE ATUN.	70 UNI	Las **especificaciones técnicas de una conserva de atún** siguen estándares internacionales (como la norma CODEX STAN 70-1981) y regulaciones locales (como las de entidades de sanidad pesquera o programas alimentarios). **1. Materia prima (Pescado)** • **Especies permitidas:** o Atún aleta amarilla / *Yellowfin* (*Thunnus albacares*) o Atún listado / *Skipjack* (*Katsuwonus pelamis*) o Atún ojo grande / *Bigeye* (*Thunnus obesus*) o Bonito (*Sarda sarda* / *Katsuwonus* afines

Lic. Judith K. Cahuata Toro
CEP. 47884 RN. 022309
EMERGENCIA
HOSPITAL DE ESPINAR

			según normativa local). • **Método de pesca:** Preferentemente *Dolphin Safe* (seguro para los delfines) u otros métodos selectivos. • **Frescura:** Pescado fresco o congelado en óptimas condiciones, libre de descomposición y parásitos. **2. Medio de cobertura** • Puede presentarse en: o **Aceite vegetal** (soja, girasol, oliva, etc.), limpio y claro. o **Agua y sal** (salmuera). o En algunos casos, salsas (como tomate), aunque la denominación varía. **3. Presentaciones comerciales** • **Sólido / Lomo (*Solid*):** Segmentos de lomo compactos colocados transversalmente en el envase; se aceptan pequeños trozos de relleno que no superen el porcentaje reglamentario (ej. máximo 18% de trozos sueltos en formato compacto). • **Trozos (*Chunks*):** Porciones de tejido muscular de tamaño regular. **4. Requisitos organolépticos** • **Color:** Característico del atún cocido (desde rosado claro hasta beige/crema uniforme), sin zonas verdosas ni oscurecimientos anormales. • **Olor y Sabor:** Sui generis (agradable, característico del atún esterilizado), libre de olores a putrefacción, metálicos o rancios. • **Textura:** Consistente, firme o compacta; no debe presentarse pastosa, harinosa o desintegrada. • **Ausencia de elementos extraños:** Libre de piel, escamas, espinas mayores, sangre coagulada (carne oscura excesiva) o vísceras. [1] **5. Requisitos físico-químicos** • **Límite de histamina:** Máximo promedio de **10 mg/100 g**, y ninguna muestra individual debe superar los **20 mg/100 g** (según Codex Stan 70-1981). [1] • **Peso escurrido:** Debe cumplir con el porcentaje mínimo de masa sólida respecto al peso neto declarado en la lata (generalmente entre el 60% y el 70% según la presentación). • **Vacío del envase:** Sellado hermético al vacío con valores de presión negativa adecuados para garantizar la esterilidad comercial. **6. Requisitos microbiológicos** • **Esterilidad comercial:** El producto es sometido a un tratamiento térmico en autoclave (esterilización), lo que asegura la ausencia de microorganismos patógenos y de aquellos capaces de proliferar a temperatura ambiente. **7. Envase y etiquetado**

Lic. Judith M. Cahuata Tito
CEP. 47884 RN. 022309
EMERGENCIA
HOSPITAL DE ESPINAR

			• **Envase:** Lata de hojalata (con o sin barniz interior sanitario) o envase de aluminio/vidrio herméticamente sellado. • **Etiquetado:** Debe incluir denominación del producto, lista de ingredientes, peso neto, peso escurrido, identificación del lote, fecha de vencimiento/consumo preferente, condiciones de conservación y datos del fabricante o importador.

5.2. REQUISITOS GENERALES:

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

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente. (de corresponder).
- 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.

5.3 EMBALAJE:

EMBALAJE: el postor deberá embalar el bien para la entrega con los materiales, más adecuados para proteger los bienes durante el tránsito y con todo el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo de la mercadería. El bien será embalado y marcado de una manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en el contrato o según los usos de comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercaderías. Durante el transito el embalaje deberá ser suficiente para soportar sin limitaciones el manejo brusco y la exposición de temperaturas extremas, col, precipitaciones o almacenaje al aire libre, el proveedor no tendrá derecho a devolución alguna sobre materiales de embalaje.

Lic. Judith M. Cahuata Tito
CEP. 47884 RN. 022309
EMERGENCIA
HOSPITAL DE ESPINAR

5.4 TRANSPORTE:

El Contratista es responsable del transporte de los productos, por lo tanto, deberá tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga entre otros, que aseguren la entrega de los Productos en las condiciones requeridas por el área usuaria de la Entidad.

5.5 GARANTÍA COMERCIAL:

ALCANCE DE LA GARANTÍA: Contra defectos no detectables al momento que se otorgó la conformidad. Los productos que sean recibidos deteriorados o con derrames serán rechazados inmediatamente en el momento de su recepción.

GARANTIA COMERCIAL:
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.

PERIODO DE EXPIRACION: Todos los productos deberán tener un plazo de expiración mínima de 12 meses al momento de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad; y estará en relación directa a la propuesta ofrecida por el contratista.

CONDICION DE INICIO DELCÓMPUTO DEL PERÍODO DE GARANTÍA: A partir de la fecha en la que será internado en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por área usuaria y almacén de farmacia del Hospital Espinar.

CARTA DE COMPROMISO DE CANJE DEL PRODUCTO OFERTADO: En el caso de: antes de la fecha de expiración o durante la entrega, de detectarse deficiencias en la calidad, presenten deterioros por manipuleo o transporte o no aptos para consumo humano; donde el contratista se compromete a realizar el cambio en un plazo máximo de tres (03) días calendario de haber sido notificado.

5.6 DEL INTERNAMIENTO

EL CONTRATISTA deberá internar los productos de forma ÚNICO, con los siguientes documentos:

a. Guía de Remisión original y copia)
b. Copia de la Orden de Compra

5.7. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACION:

LUGAR:
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.

PLAZO: Los bienes materia de la presente contratación se entregarán en el pazo máximo de 01 día calendarios de notificado de la orden de compra al contratista de forma UNICA de acuerdo al requerimiento.

5.8 CONFORMIDAD:

La conformidad del bien será otorgada por:
- El funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada.
- Recepción y conformidad por el responsable del Almacén Central.

De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no menor de un (1) día, ni mayor de tres (03) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

Lic. Judith M. Cahuata Tito
CEP. 47084 RN. 022309
EMERGENCIA
HOSPITAL DE ESPINAR

5.9 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 día de atraso, 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:

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

Dónde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;
F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

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.

5.10. FORMA DE. PAGO:

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA 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 de recepción de la prestación por cada una de las órdenes de compra emitidas.

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

- Recepción y conformidad del responsable del Almacén Central
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago (Factura).

5.11 RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD; no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.

Lic. Judith K. Cahuata Tito
CEP. 47884 RN. 022309
EMERGENCIA
HOSPITAL DE ESPINAR