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	230
FECHA:	20 de Noviembre de 2026

RAZON SOCIAL :..... **RUC N°** :.....

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

REFERENCIA : INFORME N° 190-2026-GR CUSCO/GRSC/UE408:HE/CPP/MUCB **PEDIDO SIGA. N°:** 000873

META : 00106 **FTE.FTO.** : 1-00

ARTICULO					MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	DESCRIPCION		P.U.	TOTAL
1	646300090069	6	UNIDAD	**ESTANTE DE ANGULO RANURADO DE METAL DE 4 CUERPOS**			
				* MATERIAL: ACERO LAMINADO * NIVELES: 04 BANDEJAS * CAPACIDAD DE CARGA DE 60 KG. * PERNOS Y TUERCAS: PERNOS DE 5/16" X 5/8" G.2 *ARRIOSTRES: ESQUINEROS METALICOS			
				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 15 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.....
* 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 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. DE COTIZACIONES

.....
PROVEEDOR

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:

"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION DE BIENES

ESTANTE DE ANGULO RANURADO DE METAL

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 11. 1 3

1. OBJETIVO

- Adquirir estantes de metal para acondicionar el ambiente destinado para el archivo documentario del área de consultorio de niño sano de la U.E. 408 Hospital de Espinar.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

La adquisición de los estantes metálicos (Angulo ranurado de metal) permitirá conservar adecuadamente el acervo documental administrativo asimismo cumplir con las disposiciones de la Norma para la conservación de documentos archivísticos de la U.E. 408 Hospital de Espinar.

3. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE CARACTERÍSTICAS DE LOS SUMINISTROS

Nº	DESCRIPCION	UNIDAD/ MEDIDA	CANTIDAD
1	**ESTANTE DE ANGULO RANURADO DE METAL DE 4 CUERPOS** **Condición del material:** Los materiales a suministrar deberán encontrarse en perfectas condiciones, conservando sus propiedades mecánicas y de calidad. **Material estructural:** Acero laminado conforme a la norma ASTM A36. Antes del trabajo deberá estar derecho y alineado dentro de las tolerancias permitidas; si se requiere enderezar, se realizará por medios mecánicos. **Soldadura:** De tamaño uniforme, apariencia limpia, libre de grietas, porosidad o fusión incompleta. **Estructura:** Estantes en ángulos ranurados, fabricados en plancha de acero de 2.0mm de espesor. **Paneles metálicos:** Fabricados en plancha de acero de 0.9mm de espesor, con refuerzo tipo "V". **Capacidad de carga:** Cada panel deberá soportar 60 kg sin presentar deformaciones ni pandeos, incorporando los refuerzos estructurales necesarios. **Arriostres:** Esquineros metálicos galvanizados de 3" x 3" y 0.9 mm de espesor, colocados en los extremos o ejes laterales (8 por cuerpo: 4 superiores y 4 inferiores). **Pernos y tuercas:** Pernos de 5/16" x 5/8" G.2 con tuercas uncromadas, que aseguren el ensamblaje firme de toda la estructura. **Regatones:** Regatones plásticos de PVC instalados en la base de las patas del estante para proteger el piso de ralladuras y daños. **Acabado final:** resistente a la humedad y a la corrosión, aplicada de manera uniforme y sin rebabas. Color: Gris	UNID	06

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
Lic. Enf. Miriam U. Carbajal Beltran
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
CEP: 094273

Lic. Yaned Umire Huarca
CEP: 99390



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 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 15 días calendarios, de notificado de la orden de compra al contratista de forma ÙNICO

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*

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

UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
ESPINAR - ESPINAR - CUSCO
Lic. Yaned Umine Huarca
CEP: 99390

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 equipos 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:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \text{ monto}}{F \times \text{plazo n días}}$$

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:***

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
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Miriam U. Carbajal Beltrán
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
CEP: 094273

Lic. Yaned Umire Huarc
CEP: 99390