Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 25.01.01

Fecha : 22/07/2025
Hora : 08:53

SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 0180

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
Nº E/M : 00202

Señores :
R.U.C. :
Dirección :
Teléfono :
Fax :
Email :
Fecha : 22/07/2025
Moneda : S/.
Concepto : ADQUISICION DE TACHO DE ACERO

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
9	UNIDAD	646300100022	TACHO DE ACERO INOXIDABLE (MENOR A 1/4 UIT) CON PEDAL 20 L APROX.		
				TOTAL	

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
* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa .....
* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (VALIDEZ DE OFERTA 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 presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hopital 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 Nª 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:

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION INSUMOS Y MATERIAL BIOMEDICO

CLASIFICADOR DE GASTO: 2.3.1 7.1 1

1. OBJETO DEL BIEN:

- *Adquisición de insumos y material biomédicos para servicio cirugía - hospitalizacion de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.*

2. FINALIDAD PÚBLICA:

- *El presente proceso busca contar con bienes y materiales biomédicos con la finalidad el beneficio de las actividades directas con paciente del servicio de cirugía, a través de su personal asistencial que realizan procedimientos . Para el bien de la población y alcance de metas físicas.*

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO:

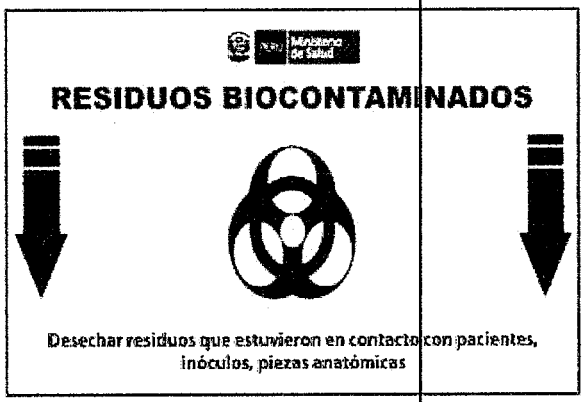
	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	*META*	*UNID*	*CANTIDAD*
1	***TACHO DE ACERO INOXIDABLE*** ***Material :*** *acero inoxidable* ***Color:*** *plomo* ***Acabado :*** *brillante* ***Capacidad: de 20 litros a mas aprox.*** ***Tipo :*** *tacho pedal* ***rectangular****.* ***Pedal:*** *Palanca de pie para la tapa, para su uso sin necesidad de manos y PEDAL cubierto con* ***jebe duro antideslizante.*** ***Base: antedeslizante****, base forrado en jebe duro.* ***Interno:*** *removible para una limpieza sencilla.* ***Agarre :*** *trasero para su transporte.* ***Mecanismo:*** *de apertura duradero y resistente.* ***Medidas:*** *Alto: 120 cm* *Ancho: 90 cm* *Fondo: 50 cm* *Capacidad: 20 litros a mas aprox.* *Fabricado en acero inoxidable 0.6 mm espesor* *Cuerpo exterior: SATINADO con acabado brillante.* *Balde interno de plástico color NEGRO(4 UNIDADES)* *Balde interno de plástico color ROJO(4 UNIDADES)* *Balde interno de plástico color AMARILLO(1 UNIDADES)*		*UNID*	1. 0 4 UNIDADES DE TACHO CON LOGO DE DESECHOS COMUNES. 2. 04 UNIDADES DE TACHOS CON LOGOS DE RESIDUOS BIOCONTAMINADOS. 3. 01 UNIDAD DE TACHO CON LOGO DE RESIDUOS ESPECIALES. ***TOTAL :*** ***09UNIDADES***

PERÚ | Ministerio de Salud

UNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR

1. 0 4 UNIDADES DE TACHO CON LOGO DE DESECHOS COMUNES
2. 04 UNIDADES DE TACHOS CON LOGOS DE RESIDUOS BIOCONTAMINADOS
3. 01 UNIDAD DE TACHO CON LOGO DE RESIDUOS ESPECIALES.

++++++++++++++++++



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 Proveedores (RNP), si la propuesta económica es >1 UIT.
- Contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente
- Contar con registro sanitario de corresponder.

5. PLAZO DE ENTREGA:

Los bienes materia de la presente contratación se entregaran en el plazo máximo de 20 días calendarios, de notificado de la orden de compra al contratista de forma UNICO.

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:

- La garantía del bien no podrá ser menor de un mes, contaos desde la fecha de internamiento. Se notificara al proveedor de cualquier defecto de fábrica e indicara la naturaleza del defecto, una vez recibido la notificación, el proveedor reemplazara la totalidad de los bienes defectuosos, sin costo alguno, dentro de los 10 días calendarios a partir de la recepción formal del bien por parte de almacén.

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:

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

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:

El pago se realizara en una sola armada luego de ser recepcionados los bienes, previa conformidad de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, con el visto bueno del responsable de Almacén.

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.

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

- Recepción y conformidad del responsable de almacén
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda
- Comprobante de pago (Factura)

10. CONFORMIDAD DEL BIEN:

La Conformidad del bien será emitida la U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR, los diferentes responsables de programas presupuestales, responsable de almacén. De existir observaciones, se otorgara al contratista un plazo no menor de dos días, ni mayor de 10 días calendarios, para la subsanación correspondiente.

Lic. Haydee Mamani Mamani
ENFERMERA
CEP: 60885