

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 315

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547  
Nº E/M : 00315

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 06/11/2025
Concepto :	Moneda : S/. ADQUISICION DE MOCHILA VESTUARIO Y MANDIL

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
55	UNIDAD	899600080088	CAMISETA DE ALGODON MANGA CORTA		
					<b>TOTAL</b>

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 Nº Días/ Ejecución del Servicio :
- Tipo de Moneda :
- Validez de la cotización :
- Indicar Marca de Procedencia
- Tipo de Cambio :

Atentamente;

Requerimientos Técnicos:  
Descripción del item

## ANEXO N° 4

### DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI  
Nº ....., Representante Legal (de corresponder) .....,  
con RUC Nº....., 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 99º 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 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:



## **“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”**

Espinar, 31 de Octubre del 2025.

**INFORME N°0226 - 2025/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC**

A : C.D. CARLOS ALBERTO ASPILCUETA ARENAS  
DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA 408 - HOSPITAL DE ESPINAR

DE : Dr. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA  
JEFE DEL SERVICIO BANCO DE SANGRE Y CENTRO DE HEMOTERAPIA

ASUNTO : REQUERIMIENTO DE VESTUARIO.

ATENCION : LOGISTICA

**RO DE HEMOTERAPIA  
HOSPITAL ESPINAR  
SECCION TABIA**

Fecha: 31 OCT. 2025

Registro N° 104-10

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar el REQUERIMIENTO DE VESTUARIO para el Servicio de Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre 2025”;

- Meta : 0121  
➤ Fuente : Recursos Ordinarios.  
➤ Clasificador : 23. 12. 11  
➤ N° Pedido : 0878

Sin otro particular, y esperando su pronta respuesta, aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,

 **Edwin de la Olaya Huatlpa**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE ANTROPOLOGÍA Y HISTORIA  
MÉDICO - CIRUJANO  
CNP 06648

## PEDIDO DE COMPRA N°

000878

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

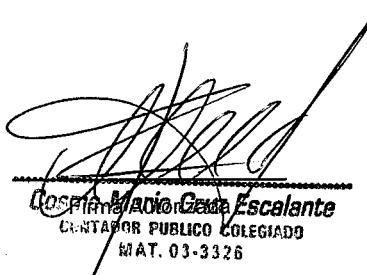
Dirección Solicitante : ÁREA DE BANCO DE SANGRE  
Entregar a Sr(a) : MACHADO VELASQUEZ HERBERT  
Fecha : 31/10/2025  
Actividad Operativa : C0045 PERSONAS QUE RECIBEN INFORMACI?N ACERCA DE LA TRANSFUSI?N SANGU?NEA  
Motivo : INFORME N?0226 - 2025/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC.  
ASUNTO: REQUERIMIENTO DE VESTUARIO/OCTUBRE

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0121	20	044	0098	9002	3999999	5001189

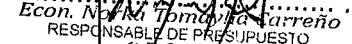
Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
899600080088	CAMISETA DE ALGODON MANGA CORTA	2.3. 1 2. 1 1	55,00	UNIDAD

  
Edwin Soto Ccayahualpa  
MEDICO - ORLHUANO  
CNP: 063-184

Firma del Solicitante

  
Jose Maria Gadea Escalante  
CONTADOR PUBLICO COLEGIADO  
MAT. 03-3326

 MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

  
Econ. Norma Tomaya Carrasco  
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO  
C E C 2013

## **ESPECIFICACIONES TECNICAS**

### **1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**

Adquisición de **VESTIMENTA, ACCESORIOS Y PRENDAS DIVERSAS** para el Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

### **2. FINALIDAD PÚBLICA:**

El presente proceso busca contar con **VESTIMENTA, ACCESORIOS Y PRENDAS DIVERSAS** para la realización de la **CAMPAÑA DE DONACION DE SANGRE VOLUNTARIA - ESPINAR 2025**”, por parte del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

### **3. ANTECEDENTES:**

La donación voluntaria de sangre constituye una acción solidaria que ayuda a salvar vidas y mantener saludables a muchas personas con determinadas enfermedades. Su importancia radica en la necesidad de los hospitales de realizar transfusiones a diario, algunos de los casos más recurrentes por los que se recurre al banco de sangre son casos de muerte materna, muerte neonatal, pacientes accidentados y pacientes con enfermedades sanguíneas degenerativas. La Ley N°: 26454, en donde se declara de orden público y de interés nacional la obtención, donación, conservación y transfusión de sangre humana, brinda un sustento legal para afrontar la problemática acerca de la escasa donación voluntaria de sangre en el país. El Hospital de Espinar UE- 408 II-1, el cual es un centro referencial que atiende a toda la población asegurada y no asegurada de la Provincia de Espinar y sus aledaños, en sus diversas carteras de servicio, apertura su Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia tipo-I (BS-I), que abastece las necesidades de los pacientes provenientes de la misma provincia, pacientes que carecen de donantes y familiares que no radican en dicho lugar, razón por la cual nuestra institución realiza las campañas de donación de sangre, en favor de estos pacientes, que nos permita cubrir esta demanda. Con la premisa de que los donantes altruistas no remunerados y repetitivos ofrecen la mayor seguridad con respecto a la donación de sangre y hemocomponentes, nuestra institución se enmarca dentro del Plan Nacional de Promoción de Donación Voluntaria de Sangre con la finalidad de mejorar la disponibilidad, seguridad, calidad y uso de sangre (Hemocomponentes). Por todo ello, elaboramos el presente informe buscando las estrategias y el fortalecimiento de la donación voluntaria de sangre, velando por el derecho a la vida y la salud de nuestros usuarios que es la población Espinarense y sus comunidades en general.

### **4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:**

#### **4.1. OBJETIVO GENERAL:**

Adquirir **VESTIMENTA, ACCESORIOS Y PRENDAS DIVERSAS** para la realización de pruebas de compatibilidad y Campañas de Donación de Sangre Voluntaria - Espinar 2025”, por parte del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

#### 4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Tener a disposición Unidades de Sangre (Paquetes Globulares) para la asistencia de pacientes críticos de emergencia, ginecología y pacientes con cirugías programadas.
- Contar con mandilones para la realización de las pruebas de compatibilidad.
- Motivar a la población obsequiando **polos** para que se conviertan en donantes de sangre habituales, voluntarios y no remunerados, a fin de garantizar reservas de sangre suficientes para atender las necesidades de los que más lo requieran.
- Promover la donación voluntaria mediante la sensibilización visual, asegurando así las futuras campañas de donación voluntaria con el uso de **polos**.
- Sensibilizar y lograr cambios de actitud de la población frente a creencias, mitos, paradigmas y temores respecto a la donación voluntaria.

#### 5. ALCANCES Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR:

##### 5.1. ESPECIFICACIONES TECNICAS:

###### 5.1.1 Camiseta de algodón manga corta:

DESCRIPCIÓN	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA
<b>CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL BIEN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los materiales empleados en la confección, deben reunir las condiciones de durabilidad, confort, resistencia y calidad.</li> <li>- Los oferentes garantizarán que los materiales empleados no contengan sustancias tóxicas.</li> <li>- El proveedor catalogado está obligado a mantener la garantía técnica de confección de las prendas por el lapso de un (1) año</li> </ul>
<b>DISEÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuello tejido tipo V, con reata de refuerzo a nivel de cuello, con tapa costuras (mejor terminado).</li> <li>- Unisex Estandarizado</li> <li>- 100% algodón.</li> </ul>
<b>COLORES:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rojo, negro y mostaza.</li> </ul>
<b>LOGO:</b>	<p>En estampado, se adjunta diseño.</p> <p>LOGO:</p>  <p>ESPECIFICACIONES DEL LOGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ubicación del Logo y letras en pecho izquierdo.</li> <li>➤ Letras en color negro</li> </ul>

	➤ Corazón y línea de separación en color rojo.			
ETIQUETA	La etiqueta deberá estar colocada en el interior de la prenda con la talla, nombre del fabricante, RUC y teléfono de contacto. Cumplir con la norma vigente.			
TALLAS		Talla	Sexo	Cantidad
	L	Unisex	25	
	M	Unisex	30	
	<b>Total</b>		<b>100 Und.</b>	
MODELO:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Franja del cuello color rojo (2 cm).</li> </ul>			

5.2. REQUISITOS GENERALES: El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente.
- Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas requeridos.

#### 5.3. EMBALAJE Y ROTULADO:

EMBALAJE: El embalaje de los productos deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Cajas de cartón nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento

ROTULADO: El rotulado del envase mediato e inmediato: será de acuerdo a lo autorizado en su Registro Sanitario.

- Cajas debidamente rotuladas indicando nombre del producto, presentación, cantidad, lote, nombre del proveedor, especificaciones para la conservación y almacenamiento.

5.4. TRANSPORTE: El proveedor es responsable del transporte de los reactivos, 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 reactivos en las condiciones requeridas.

#### 5.5. GARANTÍA COMERCIAL:

**GARANTIA COMERCIAL:** Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado.

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

**CARTA DE COMPROMISO DE CANJE DEL PRODUCTO OFERTADO:** En el caso donde el proveedor se compromete a realizar el cambio en un plazo máximo de cinco (15) días calendario de haber sido notificado.

**5.6. DEL INTERNAMIENTO:** EL CONTRATISTA deberá internar los productos con los siguientes documentos:

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

#### **5.7. MEDIDAS DE CONTROL**

- Toda coordinación que requiera el proveedor, previa a la entrega de los reactivos a almacén del Hospital de Espinar, se realizará con el área de Logística; toda coordinación que requiera el proveedor, posterior a la entrega a almacén del Hospital de Espinar, se realizará con el área de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.
- El área de Almacén otorgará la conformidad de recepción, contando previamente con el visto bueno del encargado del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

#### **5.8. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION DE LA PRESTACION**

**LUGAR:** Las prendas deberán ser entregados en al almacén del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, por lo tanto, la empresa que brinde el servicio deberá encargarse del transporte y entrega directa, en el horario de 8:00 a 14:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

**PLAZO DE EJECUCION:** Los bienes materia de la presente contratación se entregarán en el plazo máximo de diez (10) días calendarios de notificado de la orden de compra, EN UNA SOLA ENTREGA. \*Días calendario posteriores a la emisión de la orden de compra

**5.9. 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 dos (2) días, ni mayor de diez (10) días calendarios, para la subsanación correspondiente.