

**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	062
FECHA:	25 de marzo de 2026

**RAZON SOCIAL** : ..... **RUC N°** : .....

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

**REFERENCIA** : INFORME N° 007-2026/GERESA-CUSCO/U.E.408-HDE/P.P.068/JK.C.T. **PEDIDO SIGA. N°:** 000047.

**META** : 0075 **FTE.FTO.** : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	606000020004	1	SERVICIO	RECARGA Y MANTENIMIENTO DE EXTINTORES				
				* El recojo de los balones será del hospital de Espinar. * Balones de polvo químico seco (ABC 90%) de 6 KG=09 unidades * Balones de polvo químico seco (ABC) de 4 KG=02 unidades * Balones de polvo químico seco (ABC) de 2 KG=02 unidades				
				<b>A) DOCUMENTACION:</b> * Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente. * RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación) * Declaración Jurada de Datos del Postor				
				<b>B) PLAZO DE ENTREGA:</b> Plazo de entrega será de 10 días calendarios, después de notificado la orden de compra.				
				<b>C) LUGAR DE ENTREGA:</b> Los bienes serán entregados en las instalaciones del Hospital de Espinar en coordinación almacén central y el área usuaria, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.				
<b>NOTA: TENER EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTADO AL PRESENTE.</b>								
							<b>TOTAL IMPORTE DE COTIZACION</b>	

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 dirección de correo electrónico y mantenerla activa .....
- \* Precisar periodo de **VIGENCIA** en días calendarios (Oferta Económica Válida Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_)
- \* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sírvase firmar y devolver la presente.
- \* N° de cuenta interbancaria de abono CCI : .....

**PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:**

- \* La cotización se entrega en **SOBRE CERRADO** o vía correo electrónico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando número de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logística, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no será tomado en cuenta.



.....  
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 artículo 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 vigentes para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236° del TUO de la ley N°27444 "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 N°32069" 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**

**(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:

## TERMINOS DE REFERENCIA

### SERVICIO RECARGA DE EXTINTORES DE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Meta: 075

Especifica de gasto: 23. 24 71

Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios

#### 1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Recarga y Mantenimiento De Extintores De La Unidad Ejecutora 408 Hospital De Espinar.

#### 2. FINALIDAD PÚBLICA

El presente proceso busca mantener los extintores de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar en óptimas condiciones para ser usados en cualquier eventualidad o Incidente fortuito que pudiera presentarse en caso de emergencias y desastres.

#### 3. ANTECEDENTES

La Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar cuenta con extintores en los diferentes servicios, que cumplen la función de apagar el fuego que se pudiera dar en cualquier situación, la carga, la función oportuna y efectiva deberá depender, del mantenimiento y recarga oportuna, de dichos balones, desde el P.P. 068 se viene garantizando dicho proceso de mantenimiento, en casos de emergencias y desastres.

#### 4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION

Lograr y mantener los extintores vigentes, con recarga del elemento tipo PQS.

#### 5. ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR

El Hospital de Espinar requiere seleccionar a un proveedor que realice lo siguiente:

Recarga de los siguientes extintores:


ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Balones de polvo químico seco (ABC 90%) de 6Kg.	09
2	Balones de polvo químico seco (ABC ) de 4Kg	2
3	balones de polvo químico seco (ABC) de 2Kg	2

El proveedor debe recoger los balones de las instalaciones de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar situado en la calle domingo Huarca S/N de la ciudad de Espinar departamento del Cusco y debe devolverlos recargados al mismo lugar.

Además, antes de llevarse los cilindros vencidos, deberá de realizar una capacitación programada dentro de la institución Hospital de Espinar en las áreas libres, al personal de turno que se encuentre en el momento para poder enseñarles cómo reaccionar ante una eventualidad o incendio si pudiera existir.

*[Firma manuscrita]*  
D. [Nombre] Av. [Dirección] [Código Postal]  
TEL. 022309

Dicha capacitación deberá coordinar con la Lic. Judith k. Cahuata Turo – cel 984227504, responsable de proceso del P.P. 068, para coordinar la fecha de capacitación con los servicios que cuenten dicho extintor en caso de incendios.

ITEM	DETALLES	CANTIDAD	IMAGEN REFERENCIAL
	<p><b>EXTINTOR PORTATIL DE POLVO 6 KG</b>                      Agente extintor: Polvo ABC                      Carga agente extintor: 6 Kg. ±2%                      Agente Propulsor: N2                      Carga agente propulsor: 80 g.                      Presión máxima de servicio: 17 Bar                      Presión de prueba: 25 Bar                      Presión a 20°C: 15 Bar                      Presión de rotura de la botella: 120 Bar                      Eficacia: 27A-183B / 34A – 233B                      Temperaturas de Servicio: -20°C a 60°C                      Tiempo de funcionamiento: 16 s.                      Longitud de Manguera: 485 mm.                      Presión de servicio manguera: 20 Bar                      Presión de rotura de manguera: 65 Bar                      Altura: 515 mm.                      Diámetro: 150 mm.                      Espesor mínimo pared: 1,50 mm.                      Volumen: 6,72 litros                      Tara: 3,30 Kg.                      Peso: 9,30 Kg</p>	<p><b>13 unidades</b></p>	

### 5.1. REQUERIMIENTO DEL PROVEEDOR.

- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente. (de corresponder).
- Declaración jurada de datos del postor (de corresponder).
- Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia requeridos (de corresponder).
- Declaración jurada de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado (de corresponder).

Tener la Resolución Directoral del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario Vigente del producto ofertado, así como de las modificaciones efectuadas y autorizadas por la DIGEMID (de corresponder).

### PERFIL DEL PROVEEDOR

Proveedor con amplia experiencia en Recarga de Extintores.

## 5.2. TRANSPORTE:

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

## 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:** garantizar material resistente.

**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 área usuaria del responsable del pedido de la U.E. 408 Hospital de Espinar.

## 5.3. 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 contra-prestación 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 contra-prestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

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

## 5.4. FORMULA DE REAJUSTE

No se aplica formula de reajuste.

## 5.5. ADELANTOS

No se realiza ningún tipo de adelantos

## 5.6. PENALIDADES APLICABLES

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.

#### 5.7. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN

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 plazo máximo de 05 días calendarios de notificado de la orden de compra al contratista de forma ÚNICO.

#### 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 dos (5) días, ni mayor de diez (10) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

#### 5.9. DEL INTERNAMIENTO.

EL CONTRATISTA deberá internar los BIENES de forma ÚNICA, con los siguientes documentos:

- Guía de Remisión original y copia)
- Copia de la Orden de Compra
- Copia de Registro Sanitario del producto a entregar (de corresponder).

#### 5.10. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

*[Firma manuscrita]*  
Dra. K. Calvate Juro