

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	132
02 de Julio de 2026	

FECHA:

RUC N°

RAZON SOCIAL :

DIRECCION :

TELEFONO:

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

PEDIDO SIGA. N°: 000462, 000463.

META : 0071.

FTE.FTO. : 1-00

ARTICULO				MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M		P.U.	TOTAL
1	899600150042	6	UNIDAD	CASACA IMPERMEABLE CON FORRO POLAR UNISEX		
				* Casaca impermeable, acolchada, color azul con cintas reflectivas plomas , modelo periodista, con mangas desmontable. Con logotipo institucional en la parte delantera, bolsillo con cierre y pega pega, cintas reflectivas en la espalda, capucha incorporada, logo institucional y bordado de brigadista de salud.		
2	890300020002	6	UNIDAD	MOCHILA DE TELA IMPERMEABLE PARA CAMPAÑA		
				Mochila de lona color azul, diseño militar de 35 kilos, con base reforzada, bolsillo delante 2 y 1 a cada lado, con doble cierre para poder ampliar el volumen de la mochila, con dos compartimientos , asas fuertes con regulador, costuras reforzadas con logo de la GERESA.		
				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 20 dias calendarios, después de notificado la orden de compra.		
				C) LUGAR DE ENTREGA:		
				Los bienes serán entregados en las instalaciones del Hospital de Espinar en coordinación 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 las **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.



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 encorreo 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 vigente 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

Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N - Barrio Túpac Amaru - Espinar

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 elcon Razón Socialagradeciéndole 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:



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
- Hospital de Espinar.



"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

ESPECIFICACIONES TECNICAS.

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Adquisición de VESTUARIO, para BRIGADISTA HOSPITALARIO DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso busca contar con el VESTUARIO, en beneficio de NUESTROS BRIGADISTAS HOSPITALARIOS, en la actividad IMPLEMENTACION DE BRIGADAS, DEL P.P. 068 REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES.

3. ANTECEDENTES:

El VESTUARIO identifica y protege al personal de salud (BRIGADISTAS HOSPITALARIOS) U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, la DIGERD - MINSA, continua con el proceso de implementación de brigadistas, para acudir en casos de emergencias por desastres, debemos de continuar con la importancia del caso para estar prevenidos frente a situación de emergencia y dar una respuesta oportuna.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Adquirir VESTUARIO, para el personal brigadistas hospitalario y garantizar la indentificación y proteccion del mismo, del P.P. 068 HOSPITAL DE ESPINAR.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Garantizar la identificación, protección y la comodidad del personal BRIGADISTA de nuestra U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.
- Garantizar las actividades de formación de BRIGADISTAS y de seguimiento para el cumplimiento de metas del programa 068.
- Garantizar la protección e identificación de los brigadistas del P.P. 068 EMERGENCIAS Y DESASTRES.

5. ALCANCES Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR:

5.1. CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO/MOBILIARIO:

LOGO INSTITUCIONAL QUE DEBERA TENER DICHO VESTUARIO DIGERD MINSA.



U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
[Signature]
Lic. Judith K. Cárdenas Turo
COP 17082
RESP PP 068



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
- Hospital de Espinar.



Edificando Salud

"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

1. CASACA DE BRIGADISTA

Casaca impermeable acolchada color azul marino con cintas reflectivas plomas modelo periodista, acolchado, con mangas desmontable, logo institucional en parte delantera, bolsillos con cierre y pega pega, cintas reflectiva plomo plata, en espalda cinta reflectiva, capucha incorporada, logo institucional y bordado de brigadistas de salud.

TALLA M 2

TALLA L 4.



2. MOCHILA PARA BRIGADISTA.

Mochila de lona color azul marino, diseño militar de 35 kilos, con base reforzada, bolsillos adelante 2 y 1 a cada lado, con doble cierre para poder ampliar el volumen de la mochila, con dos compartimientos, asas fuertes con regulador, costuras reforzadas con logo de GERESA, cantidad 20 unidades, según cotización y disponibilidad presupuestal.

Forma rectangular de 40 cm de ancho por 50 cm de alto, con asita para colgar, con lazos reguladores para cargar colchas adicionales.

06 UNIDADES.



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
- Hospital de Espinar.



Edificando Salud

"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"



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 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 TRANSPORTE:

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

5.4 GARANTÍA COMERCIAL:

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.

CALLE DOMINGO HUARCA CRUZ S/N ESPINAR - CUSCO
TELF.: 084 - 301014
Correo Electrónico: hospitalespinar@hotmail.com.

U E 408 HOSPITAL DE ESPINAR
[Signature]
Lic. Judith K. Guzmán Turo
COP 1968
RESP 1968



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora 408
- Hospital de Espinar.



Edificando Salud

"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

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.

5.5 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).

5.6. 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 entregaran en el pazo máximo de 20 días calendarios de notificado de la orden de compra al contratista de forma ÚNICO.

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

5.8 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;

U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Judith K. Canjaya Turo
CEP 4788
RESP PP068



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.

5.9. 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.

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 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).

5.10 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.

U E 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Judith K. Canuata Turo
CEP 47884
RESP PP 068