GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"
ANEXO N° 04
SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	222
FECHA:	13 de Novembre de 2026

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

REFERENCIA : INFORME N° 121-2026-GR.CUSCO/GRSC/U.E.408//UM-HE/. **PEDIDO SIGA. N°:** 00503

META : 00124 **FTE.FTO.** : 1-00

ARTICULO					MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	DESCRIPCION		P.U.	TOTAL
1	281600450789	1	UNIDAD	CABLE DE COBRE CONCENTRICO 3 X 12 mm2			
2	285000050051	10	UNIDAD	ENCHUFE PLANO MACHO CON TOMA A TIERRA			
3	285400440114	20	UNIDAD	LÁMPARA LED BULBO CLÁSICO 18 W 220 V 4500 K			
4	285400440046	37	UNIDAD	LÁMPARA LED TUBO LINEAL 36 W 220 V			
5	285000070030	4	UNIDAD	LLAVE CUCHILLA MONOFASICA 25 A			
6	285400120482	10	UNIDAD	LUMINARIA CON LÁMPARA FLUORESCENTE TUBULAR LINEAL LED 2 X 18 W PARA EMPOTRAR			
				A) DOCUMENTACION:			
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.			
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)			
				* Declaración Jurada de Datos del Postor			
				B) PLAZO DE ENTREGA:			
				Plazo de entrega será de 20 dias, 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 requeri
* 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 (07:45 hasta 15:30 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. COTIZACIONES

.....
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 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:

REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS (RTM)

ADQUISICION DE MATERIALES ELECTRICOS PARA MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS DE LA UNIDAD EJECUTORA 405 HOSPITAL DE ESPINAR

1. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION**
   Adquisición de insumos eléctricos para reparación de los diferentes equipos y aparatos eléctricos para la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar.

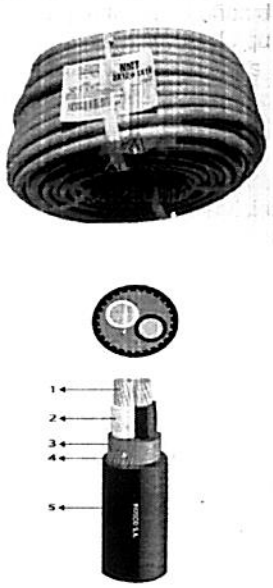
2. **FINALIDAD PÚBLICA**
   El presente proceso busca mejorar el sistema eléctrico de Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar, como también realizar las actividades de mantenimiento preventivos y correctivos requeridos por Las diferentes UPSS de la Institución.

3. **ANTECEDENTES**
   La Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar cuenta con una infraestructura que tiene 18 años de antigüedad, la cual viene funcionando durante las 24 horas del día, los 365 días del año, por lo que se requiere realizar mantenimiento correctivo del sistema eléctrico reemplazando accesorios y otras actividades que se requieran para la U. E. 408 Hospital de Espinar.

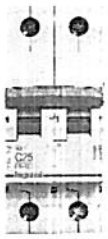
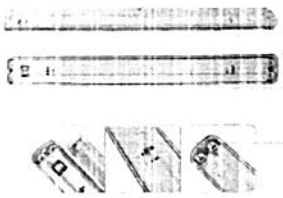
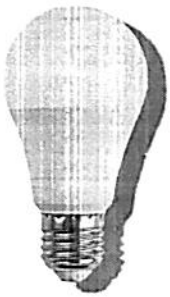
4. **OBJETIVOS DE LA CONTRATACION**
   Objetivo general:
   - Contar con una adecuada instalación de los diferentes equipos en los diferentes servicios de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar.

5. **ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR**
   El Hospital de Espinar requiere seleccionar a un proveedor que provea lo siguiente:

5.1. CARACTERISTICAS TECNICAS

ITEM	DESCRIPCION	CANT.	UNIDA DE MEDIDA	IMÁGENES REFERENCIALES
1	**CABLE DE COBRE CONCENTRICO 3 X 12 mm2** 68 HILOS IEC53 300/500 **DATOS TECNICOS VULCANIZADO 2X10 AWG** **MATERIAL DEL CONDUCTOR:** COBRE BLANDO AL 99.9% DE PUREZA **AISLAMIENTO:** PVC **CUBIERTA EXTERNA:** PVC FLEXIBLE **COLOR:** NEGRO **FLEXIBILIDAD:** CLASE 5 **Nº DE FASES/CALIBRE:** 2 FASES / CALIBRE 10 AWG **SECCIÓN DEL CONDUCTOR:** 5.26 MM **CAPACIDAD DE CORRIENTE AL AIRE:** 30 AMP. **RESISTENCIA AL AGUA:** PROTECCIÓN AD8; RESISTENCIA SUPERIOR A LA INMERSIÓN EN AGUA.	*01*	*Rollo*	
2	***ENCHUFE PLANO MACHO CON TOMA A TIERRA*** CARACTERÍSTICAS: *Que soporten 20 Amperios a mas*	*10*	*Unidades*	

MINISTERIO DE SALUD DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
TAP Alexander J. Díaz Barrio de Mendoza RESP. SERV. MANTENIMIENTO

3	**INTERRUPTOR TERMOMAGNÉTICO** **CARACTERÍSTICAS:** 2X25A 220V-10KA / 400V	*04*	*Unidades*	
4	**LUMINARIA CON LÁMPARA FLUORESCENTE TUBULAR LINEAL LED 2 X 18 W 220 V PARA EMPOTRAR** Equipo completo, incluye los fluorescentes. Alimentación: 220V Frecuencia: 60Hz	*10*	*Unidades*	
5	**LAMPARA FLUORESCENTE TUBULAR LINEAL LED 18 W 220 V**	*37*	*Unidades*	
6	**LÁMPARA LED BULBO CLÁSICO 18 W 220 V 4500 K** **LUZ BLANCA** -Vida útil de 15.000 horas a más. -Intercambiable con sockets E27 existentes. -Nc contiene mercurio ni materiales peligrosos. -Encendido instantáneo -Potencia equivalente 100W -Voltaje 220V – 240V. -Flujo Luminoso 4500k	20	*Unidades*	

NOTA: TODOS LOS PRODUCTOS DEBEN SE DE MARCA RECONOCIDA Y DE ALTA CALIDAD.

5.2. 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)

5.3. FORMA DE PAGO

La entidad realizara el pago de la contraprestación pactada a favor del proveedor en UNICO PAGO.

Para efectos de pago de las contraprestaciones ejecutadas por el proveedor la entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad del Órgano encargado de la Recepción (Área usuaria).
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada. (cuando corresponda).
- Comprobante de pago (Original, SUNAT y Copia)
- Notas Contables si fuera el caso (original y Copia)
- Guía de Remisión Entidad (si correspondiera)

MINISTERIO DE SALUD DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
TAP Alexander Jhay Barrio de Mendoza RESP. SERV. MANTENIMIENTO

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

La entidad aplica automáticamente una penalidad por mora y por cada día retraso.
La penalidad se aplica automáticamente y se calcula según la siguiente formula.

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{Plazo en día}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

a) Para plazos menores o iguales a 60 días para bienes, servicios en general, consultoría y ejecución de obras: F=0.4
b) Para plazos mayores a 60 días
   b.1) Para bienes, servicios en general y consultoría: F=0.25.
   b.2) Para obras: F=0.15.

5.7. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DE LA PRESTACION

El plazo de entrega de entrega es de 20 días desde el día siguiente de la notificación de la orden de compra.

5.8. CONFORMIDAD

La conformidad de la recepción del bien se regula por lo dispuesto en el artículo 143 del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y será otorgada por el Responsable del área usuaria. De existir observaciones se consignarán en el acta respectiva, indicándose claramente el sentido de estas, dándose al contratista un plazo prudencial para subsanar Las observaciones. No enerva su derecho a reclamar posteriormente defectos o vicios ocultos.

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

TAP Alexander J. Diaz Barrio de Mendoza
RESP SERV MANTENIMIENTO