

**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"

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

FECHA:

NRO	070
15 de abril de 2026	

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 094-2026-DRSC/U.E.408/U.RR.HH. PEDIDO SIGA. N°:

META : 0122 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION																																					
						P.U.	TOTAL																																				
1	8996001150021	278	UNIDAD	CASACA INSTITUCIONAL																																							
				* Producto: Casaca impermeable institucional * Material: Tela impermeable tipo nylon o poliéster recubierto * Color: azul marino * Diseño: Casaca unisex acolchada tipo térmica, con paneles horizontales y con capucha desmontable * Interior: Relleno térmico ligero de fibra sintética con forro interno confortable.. * Delantero: Cierre frontal completo mediante cremallera resistente * Bolsillos: Dos bolsillos laterales funcionales con cierre * Mangas: Manga larga * Puños: Puños con elástico o ajuste simple * Espalda: Espalda acolchada con diseño horizontal * Acabados: Costuras reforzadas en puntos de mayor tensión Seguridad: Materiales no tóxicos, sin partes punzantes o riesgosas * Estado: Nuevo y sin uso Identificación: Deberán tener bordado el logo del hospital en el lado izquierdo y el logo del colegio de psicólogos en la derecha.Sus medidas serán (7cm x 7cm) * Talla: Unisex																																							
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>TALLA</th> <th>XS</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>XL</th> <th>XXL</th> <th>XXXL</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VARON</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>16</td> <td>35</td> <td>22</td> <td>6</td> <td>1</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>MUJER</td> <td>3</td> <td>58</td> <td>80</td> <td>36</td> <td>14</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>193</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="8">TOTAL</td> <td>278</td> </tr> </tbody> </table>	TALLA	XS	S	M	L	XL	XXL	XXXL	TOTAL	VARON	0	5	16	35	22	6	1	85	MUJER	3	58	80	36	14	2	0	193	TOTAL								278			
TALLA	XS	S	M	L	XL	XXL	XXXL	TOTAL																																			
VARON	0	5	16	35	22	6	1	85																																			
MUJER	3	58	80	36	14	2	0	193																																			
TOTAL								278																																			
				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 05 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 electrónico 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.

.....
RESP. COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
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

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 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 DE BIENES

1. OBJETO DEL BIEN: Adquisición de Casacas de tela impermeable Unisex, para los trabajadores de la Unidad Ejecutora 408, esto con el fin de brindar bienestar, cuidado y uniformidad en el vestir del personal nombrado y contratado.

2. FINALIDAD PÚBLICA: (Obligatorio) El presente proceso busca contar con el vestuario adecuado para brindar bienestar, cuidado y uniformidad en el vestir del personal, y así lograr uniformizar a todo el personal asistencial y administrativo que labora bajo los alcances de los DL 276 y DL 1057, con el cual servirá para realizar las actividades de salud pública, así como el cuidado del personal en las pausas activas, como lo indican en las actividades de salud ocupacional. Nuestro personal de salud asistencial y administrativo necesitan ser reconocidos ante la población con un vestuario adecuado que va en representación de nuestra U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, para el cumplimiento de metas mediante el estímulo y reconocimiento para garantizar la relación social entre personal de salud promotores y la población asignada a nuestra U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO: (Obligatorio)

ITEM	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	UM	CANTIDAD
1	<p>CASACA DE TELA IMPERMEABLE - UNISEX</p> <p>*COLOR: AZUL MARINO</p> <p>*DISEÑO: Casaca unisex acolchada tipo térmica, con paneles horizontales y con capucha desmontable, Tela impermeable tipo nylon o poliéster recubierto, Relleno térmico ligero de fibra sintética con forro interno comfortable. Cierre frontal completo mediante cremallera resistente, Puños con elástico o ajuste simple que ayudan a conservar el calor, dobladillo interior con cordón, Dos bolsillos laterales funcionales con cierre, cuello alto. Costuras reforzadas en puntos de mayor tensión</p> <p>*3 BOLSILLOS CLÁSICOS, 2 bolsillos laterales grandes con cremallera y un bolsillo interior profundo con cremallera resistente.</p> <p>* TIPO DE CORTE: VARONES: corte recto entallado MUJERES: corte princesa</p>	UNIDAD	278
	<p>* ACABADO: Fino acabado de alta costura la prenda, totalmente remallado, planchado y vaporizado.</p> <p>* BORDADO CON LOGO DE LA INSTITUCION (7cm x 7cm)</p>		

GOBIERNO REGIONAL - CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. N° 408 HOSPITAL DE ESPINAR

[Firma]
Dpto. Marco Antonio Mansilla Alvarez
ICAC 5823
JEFE DE LA UGYPD

ITEM	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	UM	CANTIDAD
	<p>* ETIQUETA: La etiqueta deberá estar colocada en el interior de la prenda con la talla.</p> <p>* CONTROL DE CALIDAD: cada prenda deberá de estar exento de defectos de confección y acabados en su parte externa como interna, tales como: costuras saltadas, hilos sueltos, mal planchado, etc.</p>		

TALLA	XS	S	M	L	XL	XXL	XXXL	TOTAL
VARON	0	5	16	35	22	6	1	85
MUJER	3	58	80	36	14	2	0	193
TOTAL								278

El proveedor deberá cumplir los siguientes requisitos y acreditarlos, al momento de formalizar el contrato (Orden de Compra):

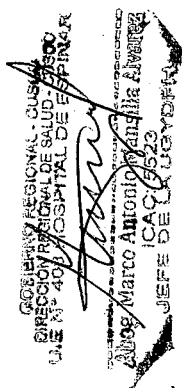
- a) Persona Jurídica y/o Natural.
- b) Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP).
- c) Contar con Código de Cuenta interbancaria (CCI) - cuenta relacionada al número de RUC.
- d) Contar con registro único de contribuyentes (RUC) activo y habido.
- e) No estar impedido para contratar con el estado.
- f) Experiencia en el rubro mínima de 02 años. Adjuntar factura y/o contratos y/o orden de servicio y/o orden de compra

PLAZO DE ENTREGA: Los bienes materia de la presente contratación se entregarán en el plazo máximo de 30 días calendarios, de notificado la orden de compra al contratista de forma ÚNICO.

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 14:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

GARANTÍA:

1. **GARANTÍA COMERCIAL DEL BIEN:** La garantía comercial una vez ingresado el producto al área de almacén será de 06 meses.





"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

2. **TIEMPO DE REPOSICIÓN DEL BIEN:** Los tiempos de atención en caso de aplicación de la garantía son: el Postor realizará el cambio de los equipos que presenten fallas en un periodo no mayor a 10 días calendario.
3. **ALCANCE DE LA GARANTÍA:** Pudiendo ser contra defectos de fabricación, averías, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

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:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Dónde F tiene los siguientes valores:

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, a la ejecución total de la Orden de compra o la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

FORMA DE PAGO: (Obligatorio)

El pago se realizará en una sola armada luego de ser recepcionados los bienes, previa conformidad de la UE 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 del Almacén.

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

CONFORMIDAD DEL BIEN: (Obligatorio)

La conformidad será emitida por la UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR, con el visto bueno del responsable de Almacén y el responsable del área usuaria. De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. N° 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 Abog. Marco Antonio Mansilla Alvarez
 ICAO 5523
 JEFE DE LA UG YDPH

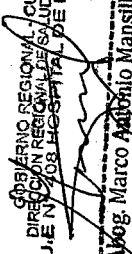


"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

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

FOTO REFERENCIAL



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. N° 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Mg Marco Antonio Mansilla Alvarez
ICAC: 5523
JEFE DE LA UGYPH



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

ANEXO 1



LOGO DEL
HOPITAL DE
ESPINAR



GOBIERNO REGIONAL - CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. N° 408 HOSPITAL DE ESPINAR
[Signature]
2008 Marco Antonio Mansilla Alvarez
R.O.C. 1523
JEFE DE LA UGYPH