

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	204
30 de Setiembre de 2026	

FECHA:
 RUC N° :
 DIRECCION :
 TELEFONO:
 REFERENCIA : INFORME N° 046-2026/GERESA-CUSCO/U.E.408-HDE/P.P.068/JK.CT.
 PEDIDO SIGA. N°: 000746
 META : 0069
 FTE.FTO. : 1-00

ARTICULO					MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	DESCRIPCION		P.U.	TOTAL
1	767400061401	2	UNIDAD	TONER DE IMPRESIÓN PARA XEROX COD. REF. 106R02310 NEGRO			
				TONER 106R02310 XEROX - PARA IMPRESORA MULTIFUNCIONAL XEROX WORKCENTRE 3315			
				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 15 dias calendarios, 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.....

* MONTO MINIMO DE ATENCION:

* 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 requerimier

* 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
 N° RESP. COTIZACIONES
 RESP. DE 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:.....2026

.....
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 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:

TERMINOS DE REFERENCIA

ADQUISICION DE TONER XEROX PARA IMPRESORA WORKCENTRE 3315.

1.- DENOMINACION DEL CONTRATO:

Adquisición de **TONER XEROX** para impresora **WORKCENTRE 3315**, para el Programa 068 **REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES** de la **U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR**.

2.- FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso tiene por finalidad cumplir diferentes actividades programadas del programa presupuestal 068, garantizar la impresión de los documentos de gestión propios del programa (planes de trabajo, informes, y otros) **DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR**.

3.- ANTECEDENTES:

Impresora XEROX WORK CENTRE 3315, donado por GERESA CUSCO - 2024, en vista que la U.E. 408 dentro del programa no tenía la disponibilidad presupuestal para la compra de una impresora, y garantizar la impresión de la documentación propio del programa para el cumplimiento del mismo, y se desea garantizar dicho insumo para la función de imprimirla documentación correspondiente.

4.- OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:

4.1.- OBJETIVO GENERAL.

La presente adquisición es para garantizar la impresión de una variedad de documentación que tiene como metas programadas dentro del programa presupuestal - **REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES - DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR**.

5.- ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO.

DESCRIPCION DEL BIEN	CANTIDAD
TONER 106R02310 XEROX - PARA IMPRESORA MULTIFUNCIONAL XEROX WORKCENTRE 3315.	02

5.1. REQUERIMIENTOS DEL CONTRATISTA

cc.Archivo
Jkct

AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- Con experiencia en atenciones de refrigerios y almuerzo a instituciones públicas.
- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente.
- Datos del postor.
- Cumplimiento de los Términos de Referencia requeridos.
- No estar en los supuestos de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

5.2.- LUGAR Y TIEMPO SE LA PRESENTACION DEL SERVICIO.

Los refrigerios y los almuerzos deben ser brindados en las instalaciones de la entidad donde se desarrolle la actividad mencionada.

5.3 CONFORMIDAD:

La conformidad del bien será otorgada por:

- El funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada.
- De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no menor de dos (2) días, ni mayor de diez (05) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

5.4 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 hora retrasada, y malas condiciones DE SALUBRIDAD, de los alimentos para el consumo humano solicitado, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contractual vigente o, de ser el caso, del monto del ítem que debió ejecutarse,

En todos lo caso, la penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{plazo en horas}}$$

Dónde:

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

5.5. 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

U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

cc.Archivo
Jkct

2

Lic. Judith K. Cahuata Turo
CEP 47884
RESP. P.P. 068

AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

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 por cada una de las órdenes de compra emitidas.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

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

5.6 OTRAS CONDICIONES BÁSICAS PARA GARANTIZAR LA ENTREGA

El contratista es el único responsable ante la entidad por el cumplimiento de la prestación con las condiciones establecidas por las presentes TDR, no pudiendo transferir esas responsabilidades a otras empresas a otras entidades o terceros en general.

U E 408 HOSPITAL DE ESPINAR

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