

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 402 HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001394

Señores :	RUC :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha :
Concepto :	Moneda:

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
TOTAL			

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a :
 en la siguiente dirección : Teléfono :

Condiciones de Compra :

Forma de Pago:

Garantía:

La Cotización debe incluir el I.G.V. :

Plazo de Entrega en N° Días/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Indicar Marca de

Procedencia Tipo de Cambio :

Atentamente :

ANEXO N° 07

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE
REFERENCIA/ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores:
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
Presente. -

De mi mayor consideración:

El que suscribe, _____, identificado con DNI N° _____,
RUC N° _____, domiciliado en _____, en calidad de postor luego de
haber examinado los documentos proporcionados por el **Hospital Regional de Moquegua** y conocer
todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece ".....", de
conformidad con lo solicitado.

En tal sentido, me comprometo a ofrecer el _____ con las características y
_____ en la forma y plazos especificados en los términos de referencia.

Moquegua, _____ de _____.

PROVEEDOR

ANEXO N°09
FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO DE CONTRATAR CON EL ESTADO

Señores:
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
Presente. -

De mi mayor consideración:

El que suscribe,, identificado con DNI N°, RUC N° y domiciliado* en, me presento como postor al ".....", y:

Declaro bajo juramento:

1. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 30 de la Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento Aprobado con Decreto Supremo N° 009-2025-EF
2. Conocer, aceptar y someterme a los términos de referencia/especificaciones técnicas.
3. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
4. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
5. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.
1. Conocer las sanciones contenidas en el art. 87 , 88 Y 355 de la Ley N° ° 32069, Ley de Contrataciones con el Estado y su Reglamento Aprobado con Decreto Supremo N° 009-2025-EF, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
6. No estar incurso en las prohibiciones e incompatibilidades establecidas en la Ley N° 27588.

Moquegua, del

.....
Proveedor
(firma y sello)

*Se consignará el que se encuentra registrado en el Registro Único de Contribuyente – RUC.



ANEXO Nº 10

FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO
(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)

Moquegua, _____ de _____

Señores
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
Ciudad. -

Asunto: **Autorización para el pago con abono en cuenta.**

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:

A nombre de:

Nombre del Banco:

Tipo de Cuenta: Moneda

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:
Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser 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 quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo del presente.

Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Atentamente,

Proveedor