

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

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

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

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	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 y/o Ejecución del Servicio:
- Fecha de vencimiento y/o vigencia del producto (de ser solicitado en las E.E.T.T):
- Tipo de Moneda:
- Validez de la cotización:
- 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 y/o especificaciones técnicas.

Moquegua, _____ de _____.

PROVEEDOR

ANEXO N° 08

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR
CONTRATOS MENORES – NO MAYORES A OCHO (08)
UITS

Yo, _____,
con RUC N° _____ y domicilio en _____,
Teléfono/Celular _____, correo electrónico _____, debidamente
representado por _____ identificado con DNI N° _____,
según poderinscrito en _____.

Declaro bajo juramento:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado, de acuerdo al artículo 30° de la Ley N° 32069, Ley de Contrataciones con el Estado y su Reglamento.
2. Conocer, aceptar y someterme a los procedimientos del presente proceso, conforme a los términos de referencia y/o especificaciones técnicas requeridas por el área usuaria.
3. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para efectos de sustentar mi cotización.
4. Mantener todas las consideraciones ofrecidas en mi cotización durante la presente adjudicación sin proceso y suscribir el contrato para tal efecto.
5. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las contenidas en la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, y en la presente Directiva.
6. Entregar los bienes y/o prestar los servicios, según corresponda; de acuerdo a lo indicado en la cotización, la misma que cumple las especificaciones técnicas y/o términos de referencia.
7. En caso de presentarse un reclamo, queja u observación del área usuaria, respecto al producto adquirido o servicio, me someteré al **control de calidad solicitado**.
8. Autorizar la notificación de la Orden de Compra y/o Servicio al correo electrónico consignado en mi cotización y presente documento.

Moquegua, del

.....
Representante Legal
(firma y sello)

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.
9. 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