



SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 0217

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
Nº E/M : 00273

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 16/09/2025
Concepto : ADQUISICION DE TONER	Moneda : S/.

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	UNIDAD	767400061401	TONER DE IMPRESION PARA XEROX COD. REF. 106R02310 NEGRO		
				TOTAL	

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGADIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (VALIDEZ DE OFERTA ECONOMICA 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 cotización se presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXO

PROVEEDOR

COTIZADOR

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N°, Representante Legal (de corresponder), con RUC N°....., con domicilio legal en..... correo electrónicoautorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) 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.
- d) 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 de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) 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.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

.....
Nombres y Firma del postor

**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:



"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION DE TONER DE
IMPRESIÓN PARA MULTIFUNCIONAL WORKCENTRE 3315L**

CLASIFICADOR DE GASTO: 2. 3. 1 5. 1 2

1. OBJETIVO

- Adquirir Tóner para la impresora MULTIFUNCIONAL WORKCENTRE 3315L, los suministros adquiridos garantizaran la disponibilidad de recursos necesarios de operatividad para todos los Programa de emergencias y urgencias médicas.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente procedimiento tiene como finalidad la adquisición de cartuchos de tóner originales para garantizar el adecuado funcionamiento de las impresoras MULTIFUNCIONAL WORKCENTRE 3315L brindando impresiones de alta calidad para fortalecer la gestión hospitalaria y mejorar los servicios administrativos.

3. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE CARACTERÍSTICAS DE LOS SUMINISTROS

Nº	DESCRIPCION	UNID AD/ MEDI DA	CANTIDAD
1	<p>Impresoras MULTIFUNCIONAL WORKCENTRE 3315L Color: Negro. Presentación: Caja. Rendimiento: 5000 páginas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de Impresión: Capacidad estándar de impresión de 5000 páginas aproximadas. • Color de Tóner: Negro (monocromático). • Tecnología de Impresión: Láser. • Compatibilidad: Compatible exclusivamente con las impresoras <p>Certificación de Autenticidad: El proveedor deberá entregar junto con los cartuchos una carta de autenticidad, que garantice que los productos son originales y cumplen con los estándares del fabricante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida útil del cartucho: Hasta la fecha de caducidad indicada en el producto. • Condiciones de almacenamiento: Temperatura entre -20 °C a 40 °C y humedad entre 10 % a 90 % sin condensación. • Contenido del paquete: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Cartucho de tóner original con capacidad estándar. 	UNID	02

UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Judith K. Cahuata Turo
CEP 47204
REC-100-000

"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

4. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

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

- Persona jurídica y/o natural
- Contar con Registro Nacional de Proveedor (RNP), si la propuesta económica es > 1 UIT.
- Contar con Código de cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- El proveedor deberá entregar junto con los cartuchos una carta de autenticidad

5. PLAZO DE ENTREGA

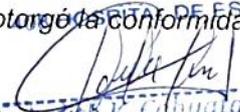
Los bienes materia de la presente contratación se entregaran en el plazo máximo de 15 días calendarios, de notificado de la orden de compra al contratista de forma ÚNICO

6. 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 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

7. GARANTÍA

- a. **GARANTÍA COMERCIAL DEL BIEN:** Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado, con un mínimo de (3) meses, contados de a partir de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad.
- b. **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 30 días calendario. (De ser el caso)
- c. **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 otorga la conformidad.


Lic. Judith K. Córdova Turo
CEP 4751
RESP PP 008

"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"***8. 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:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0,10 \text{ monto}}{F \times \text{plazo } n \text{ días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

Para plazos menores o iguales a 60 días: F = 0.40.

Plazos mayores a 60 días: F = 0.25.

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.

9. FORMA DE PAGO:

De acuerdo a la naturaleza del bien, indicar si el pago se realizará al final de la prestación en pago único o en forma periódica luego de la conformidad del bien, su comprobante de pago y guía de remisión.

10. CONFORMIDAD DEL BIEN

La Conformidad del bien será otorgada por el jefe del área usuaria.

UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR


Tribunal Conciliatorio Turo
CEP 5714
RESP P.P.068