



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 0205

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
N° E/M : 00252

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha : 05/09/2025	Moneda : S/.
Concepto :	ADQUISICION DE TONER		

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	UNIDAD	767400061411	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO MARCA:		
				TOTAL	

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 **ADJUNTAR FICHA TECNICA**
- * Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa
- * Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (VALIDEZ DE LA OFERTA Del _____ Al _____)
- * Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sírvase firmar y devolver la presente.
- * N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

La cotización se presentará en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o vía correo electrónico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando número de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no será tomado en cuenta.
*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXO

COTIZADOR

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:

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

PEDIDO DE COMPRA Nº

000784

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : AREA DE EPIDEMIOLOGIA
Entregar a Sr(a) : ROMERO JACHA ISABEL
Fecha : 04/09/2025
Actividad Operativa : C0080 VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Aii/Obr
1-00	0124	20	043	0094	9002	3999999	5001286

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
767400061411	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	2.3.1 5.1 2	2.00	UNIDAD



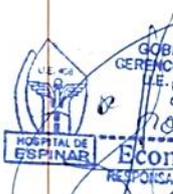
GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Eny. Isabel Romero Jacha
C.E.P. 011948
RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA

Firma del Solicitante



Firma Autorizada
Cosme Mario Cruz Estudiante
CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
MAT. 03-3326



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Econ. Jhon Lipa Cruz
RESPONSABLE DEL AREA DE PRESUPUESTOS



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

CPC Juan Carlos Ormichea Almaraz
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA
C.P.C. 03-1429



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICIÓN DE TÓNER
PARA LA IMPRESORA HP LASERJET PRO M 400.**

TERMINOS DE REFERENCIA

Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios

Especifica de Gasto: 2.3 1 5.1 2

META: 0124

1. **DENOMINACIÓN DEL BIEN O SERVICIO:** Adquisición de cartuchos de tóner originales para impresoras láser monocromáticas, modelo HP LaserJet Pro M400, incluyendo carta de autenticidad del fabricante.
2. **FINALIDAD PÚBLICA:** El presente procedimiento tiene como finalidad la adquisición de cartuchos de tóner originales para garantizar el adecuado funcionamiento de las impresoras láser HP LaserJet Pro M425dn, M401d, y M401dne, brindando impresiones de alta calidad para fortalecer la gestión hospitalaria y mejorar los servicios administrativos.
3. **ALCANCES:** La adquisición está dirigida a garantizar la operatividad continua de los sistemas de impresión del Hospital Espinar, asegurando el uso de consumibles originales para mantener la durabilidad del equipo y la calidad de las impresiones.
4. **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL BIEN:** Cartucho de Tóner para Impresoras HP LaserJet Pro M400:
 - Capacidad de Impresión: Capacidad estándar de impresión de 2,700 páginas aproximadas.
 - Color de Tóner: Negro (monocromático).
 - Tecnología de Impresión: Láser.
 - Compatibilidad: Compatible exclusivamente con las impresoras HP LaserJet Pro M425dn, M401d, y M401dne.
 - 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.
 - 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:
 - 1 Cartucho de tóner original con capacidad estándar.
 - Carta de autenticidad

[Handwritten signature]
81949
Lic. Isabel Romero J.



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

5. **GARANTÍA:** El proveedor deberá garantizar que los cartuchos son originales, nuevos y no reciclados. La garantía deberá cubrir cualquier defecto de fabricación o mal funcionamiento del producto durante un mínimo de 1 año o hasta el agotamiento del tóner.

6. **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 cada aviso no emitido, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contratado vigente o, de ser el caso, del monto del ítem que debió ejecutarse, en concordancia con el artículo 132 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

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

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

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (01 aviso).

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (01 aviso).

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al contrato o ítem que debió ejecutarse o, en caso que éstos involucraran obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia de retraso.

Esta penalidad será deducida de los pagos parciales o del pago final; y cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, LA ENTIDAD podrá resolver el contrato por incumplimiento.

7. **PLAZO DE ENTREGA:** El plazo de entrega no deberá exceder los 10 días calendario, contados desde la fecha de recepción de la orden de compra.

8. **LUGAR DE ENTREGA**

El producto será entregado en la Unidad Ejecutora 408, Hospital Espinar, ubicado en la Calle Domingo Huarca Cruz S/N, conforme a las especificaciones indicadas por el área usuaria.


Lic. Isobel Porras