

SOLICITUD DE COTIZACIÓN CCMN N° 3615

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MOQUEGUA  
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 000884

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

ITEM	CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
532255710001	6	UNIDAD	<p><b>EQUIPO NEBULIZADOR</b></p> <p><b>A CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>            A01- DISEÑADO PARA CONTRIBUIR AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.</p> <p><b>B CARACTERISTICA GENERAL</b>            B01- EQUIPO DE SOBREMESA.            B02- PORTÁTIL, CON ASA PARA SU TRANSPORTE.            B03- DIMENSIONES FÍSICAS DEL NEBULIZADOR: 255 × 180 × 275 MM. PESO 4.7 KG.            B04 -CON INTERRUPTOR DE ON/OFF.            B05- CON MANÓMETRO ANALÓGICO UBICADO EN EL PANEL FRONTAL DEL EQUIPO.            B06- PRESIÓN DE NEBULIZACIÓN REGULABLE MEDIANTE PERILLA UBICADA EN EL PANEL FRONTAL DEL EQUIPO.            B07- FLUJO: 20 LITROS/MIN.            B08- RANGO DE PRESIÓN DE TRABAJO: 1.5 BAR HASTA 3.0 BAR.            B09- RANGO DE DIMENSIÓN DE PARTÍCULAS NEBULIZADAS: DESDE 0.5 µM HASTA 10 µM.            B10- DIÁMETRO AERODINÁMICO MEDIANO DE LA MASA - MMAD: 3 µM.            B11- TASA DE NEBULIZACIÓN: 0.50 ML/MIN.            B12- CON FILTRO DE AIRE EN LA ENTRADA.            B13 -PROTOCOLOS DE PROTECCIÓN ELÉCTRICA:            - TIPO DE PROTECCIÓN CONTRA DESCARGAS ELÉCTRICAS: CLASE II.            - CLASE DE PROTECCIÓN CONTRA DESCARGAS ELÉCTRICAS: BF.            - CLASE DE PROTECCIÓN CONTRA LA PENETRACIÓN DEL AGUA: IP21.</p>		

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN CCMN N°** **3615**

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MOQUEGUA  
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 000884

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

ITEM	CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
			<b>C MOTOR</b> C01- MOTOR ELÉCTRICO DEL COMPRESOR LIBRE DE ACEITE. C02- NIVEL DE RUIDO MENOR O IGUAL A 53 DB. C03- MOTOR ELÉCTRICO DEL COMPRESOR DE 0,134 HP. <b>D ACCESORIOS / CONSUMIBLES</b> D01 -UN (01) KIT DE NEBULIZACIÓN. D02- UN (01) FILTRO DE ENTRADA DE AIRE. D03 -UN (01) CABLE DE ALIMENTACIÓN CON TOMA A TIERRA. <b>E MARCO NORMATIVO:</b> E01- RED ELÉCTRICA DE 220/230 VAC / 60 HZ (CON TOLERANCIA SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD). AÑO DE FABRICACION: 2025		
				<b>TOTAL</b>	

EQUIPO NEBULIZADOR  
 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° Dias/ Ejecución del Servicio :
- Tipo de Moneda :
- Validez de la cotización :
- Indicar Marca de Procedencia
- Tipo de Cambio :

Atentamente,

## DECLARACION JURADA

El que suscribe ....., representante legal de

....., identificado con DNI N° .....

RUC N° ....., domicilio en .....

Declaro bajo juramento:

1.- No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el estado conforme al Artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.

2.- Conocer, Aceptar y Someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento en el presente.

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 acto de corrupción, así como respetar el principio de integridad.

5.- Comprometerse a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

6.- conocer las sanciones contenidas en la ley de contrataciones con el estado y su reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley n° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

(CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA)

.....

.....  
Firma, Nombres Y Apellidos del postor o  
representante legal, según corresponda



## Dirección Regional de Salud Moquegua

### CARTA DE AUTORIZACION

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

SEÑORES:

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA

PRESENTE:

ASUNTO: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, autorizo a usted el pago de abonos en cuenta a la siguiente  
Codigo de Cuenta Interbancario (CCI) en SOLES:

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL	
RUC	
BANCO	
CUENTA CCI	
CELULAR	
CORREO ELECTRONICO	

MOQUEGUA, ..... DE..... 202.....

\_\_\_\_\_  
Firma

NOMBRES Y APELLIDOS:

**DECLARACION JURADA  
DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

YO.....identificado (a) con

D.N.I. N° ..... declaro bajo juramento que:

(Marcar con una X según corresponda)

- Que **NO** tengo pariente o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento o Contratación de personal, así como tenga injerencia directa o indirecta en procesos de selección en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.
  
- Que **SI** tengo pariente o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento o Contratación de personal, así como tenga injerencia directa o indirecta en procesos de selección en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.

Si marco el recuadro correspondiente al SI (precisar su (s) nombres (s) y que es para usted)

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>GRADO DE PARENTESCO</u>	<u>CARGO O POSICION</u>
1.-.....	.....	.....
2.-.....	.....	.....
3.-.....	.....	.....

LO QUE DECLARO BAJO JURAMENTO, CONFORME A LA LEY 27444 – DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO LEY 26771 Y SU REGLAMENTO APROBADO POR D.S. 021-2000 PCM, MODIFICADO POR D.S. N° 017-2002-PCM Y D.S. 034-2005-PCM

Moquegua, ..... de ..... del .....

.....  
**FIRMA**

D.N.I. N° .....