

# SOLICITUD DE COTIZACIÓN

CM-N°026-2026-HRHD

UNIDAD EJECUTORA 402 REGION AREQUIPA - HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CONCEPTO		REQUERIMIENTO SOLICITADO POR EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA				
REFERENCIA		OFICIO N°0715-2026-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DF.				
ITEM	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CAMPO: PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR O POSTOR		
				MARCA	P/UNITARIO	TOTAL
<b>PAQUETE: INSUMOS Y REACTIVOS PARA DETECCION DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES</b>						
1.1	100	DETERMINACION	AUTOANTICUERPO ANTINUCLEAR (ANA) INMUNOFLUORESCENCIA (IFA)			
1.2	200	DETERMINACION	AUTOANTICUERPO ANTIANCA (IFA)			
1.3	100	DETERMINACION	ANTICUERPO ANTI ADN NATIVO INMUNOFLUORESCENCIA (IFA)			
1.4	2	UNIDAD	KIT FTA-ABS PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS X 50 DETERMINACIONES			
1.5	16	UNIDAD	ANTICUERPO Y ANTÍGENO NUCLEARES EXTRAIBLES (ENA) INMUNOBLOT X 16 DETERMINACIONES			
1.6	4	UNIDAD	PANEL DE ALERGIAS (27 ALERGENOS) X 16 DETERMINACIONES			
SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS						
ADJUNTAR: 1: COTIZACION, 2: DECLARACION JURADA, 3:FICHA RUC Y 4:RNP						
EL POSTOR DEBERA PRESENTAR FICHA TECNICA DE CADA ITEM.						
					TOTAL S/.	

## CAMPO: PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR O POSTOR

### DATOS DEL PROVEEDOR

RAZON SOCIAL : ..... N° RUC: .....  
 N° CELULAR : ..... CORREO ELECTRONICO: .....  
 DIRECCION ..... FECHA:.....

### CONDICIONES DE COMPRA OBLIGATORIA

PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN O SERVICIO EN DIAS CALENDARIO : .....	MARQUE SI LA COTIZACION DEBE INCLUIR EL IGV SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INDICAR PLAZO DE GARANTIA SEGÚN CORRESPONDA : .....	VALIDEZ DE LA COTIZACION NO MENOR A TREINTA (30) DIAS : .....

NOTA: LAS COTIZACIONES DEBEN PROVENIR DE PROVEEDORES CUYAS ACTIVIDADE PRINCIPAL Y/O SECUNDARIA ESTÉN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.

### DOCUMENTOS DE OBSERVANCIA OBLIGATORIA

- \*DECLARACION JURADA EMITIDA POR EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, DE ACUERDO AL FORMATO ADJUNTO
  - \*DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTOR
  - \*FICHA RUC
  - \*REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDOR
  - \*CONSTANCIA DE CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA - CCI
- NOTA: LA OMISION DE PRESENTACION DE DOCUMENTACION OBLIGATORIA SEÑALADA, SERA CAUSAL PARA NO ADMITIR SU PROPUESTA DE LA ORDEN DE COMPRA/SERVICIO**

1. El plazo de entrega será computado desde el día siguiente de la notificación la Orden de Compra/ Servicio, para efectos de cobro de penalidad.
2. La entrega de los bienes se realizara después de notificada la Orden de Compra o Servicio
3. La penalidad se aplicara de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Contrataciones Públicas - Ley N° 32069 (hasta el10% del monto total de la Orden de Compra/Servicio y/o de acuerdo a lo considerado en las especificaciones técnicas y/o términos de referencia)

### NOTA

NOTA: LA COTIZACION DEBERÁ CONTENER PRECIO UNITARIO, MARCA, MODELO, PROCEDENCIA, AÑO DE FABRICACIÓN, GARANTIA, VALIDEZ DE LA OFERTA Y OTROS ESPECIFICOS AL PRODUCTO OFERTADO O SERVICIO (SEGÚN CORRESPONDA) DEBIDAMENTE SELLADO Y FIRMADO

AREQUIPA, 18 DE JUNIO DE 2026

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
 HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
 OFICINA DE LOGISTICA

Lic. E. Alonso León Urquiza  
 JEFE EQUIPO DE LOGISTICA