

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN****CM-N° 90-2026-HRHD**

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

| CONCEPTO   |       | SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBIENTE (TECHOS) EMED DEL HRHD |                                                                       |                                                   |            |           |
|------------|-------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------|-----------|
| REFERENCIA |       | OFICIO N° 232 -2026-GRA/GRS-GR/HRHD-DG-OCG-PPR                          |                                                                       |                                                   |            |           |
| ITEM       | CANT. | UNIDAD DE MEDIDA                                                        | DESCRIPCIÓN                                                           | CAMPO: PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR O POSTOR |            |           |
|            |       |                                                                         |                                                                       | MARCA                                             | P/UNITARIO | TOTAL     |
| 1          | 1     | SERVICIO                                                                | MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBIENTE (TECHOS) DE MODULO EMED DEL HRHD |                                                   |            |           |
|            |       |                                                                         |                                                                       |                                                   |            |           |
|            |       |                                                                         |                                                                       |                                                   |            |           |
|            |       |                                                                         |                                                                       |                                                   |            |           |
|            |       |                                                                         | SEGÚN TERMINOS DE REFERENCIA                                          |                                                   |            |           |
|            |       |                                                                         | ADJUNTAR: 1: COTIZACION, 2: DECLARACION JURADA, 3:FICHA RUC Y 4:RNP   |                                                   |            |           |
|            |       |                                                                         | NOTA: EL POSTOR DEBERA PRESENTAR EXPERIENCIA CERTIFICADA EN EL TEMA   |                                                   |            |           |
|            |       |                                                                         |                                                                       |                                                   |            | TOTAL SI. |

**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 CONSIDERAR PRESENTAR COMO PARTE DE SU PROPUESTA LOS REQUISITOS DE CALIFICACION OBLIGATORIOS QUE SOLICITAN EN: 6. CARACTERISTICAS Y CONDICIONES , 7. PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACION PRINCIPAL DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD DEL SERVICIO (SEGÚN CORRESPONDA) DEBIDAMENTE SELLADO Y FIRMADO

AREQUIPA, 22 DE JULIO DE 2026

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
OFICINA DE LOGISTICA

Lic. E. Alonso Urquiza  
JEFE EQUIPO DE LOGISTICA