

| SOLICITUD DE COTIZACIÓN                                                                                                                                                                                                                   |       |                                                                                |                                                                     | CM - N° 84 -2026-HRHD                                   |            |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------|-------|
| UNIDAD EJECUTORA 402 REGION AREQUIPA - HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA                                                                                                                   |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                  |       | REQUERIMIENTO SOLICITADO POR LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO |                                                                     |                                                         |            |       |
| REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                |       | OFICIO N° -2026-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OEA-OSGM                                    |                                                                     |                                                         |            |       |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                      | CANT. | UNIDAD DE MEDIDA                                                               | DESCRIPCIÓN                                                         | CAMPO: PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR O POSTOR       |            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                |                                                                     | MARCA                                                   | P/UNITARIO | TOTAL |
| 1                                                                                                                                                                                                                                         | 2     | UNIDAD                                                                         | CABLE DE FIBRA OPTICA PARA LAPAROSCOPIO                             |                                                         |            |       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                         | 2     | UNIDAD                                                                         | CABLE DE FIBRA OPTICA 4.25MM X 3.00M PARA EQUIPO DE LAPAROSCOPIA    |                                                         |            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                | SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS                                     |                                                         |            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                | ADJUNTAR: 1: COTIZACION, 2: DECLARACION JURADA, 3:FICHA RUC Y 4:RNP |                                                         |            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                | NOTA: EL POSTOR DEBERA PRESENTAR FICHA TECNICA DE CADA ITEM.        |                                                         |            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                |                                                                     | TOTAL \$/.                                              |            |       |
| CAMPO: PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR O POSTOR                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| RAZON SOCIAL : .....                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                |                                                                     | N° RUC: .....                                           |            |       |
| N° CELULAR : .....                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| DIRECCION : .....                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                |                                                                     | FECHA:.....                                             |            |       |
| CONDICIONES DE COMPRA OBLIGATORIA                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN O SERVICIO EN DIAS                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |            |       |
| CALENDARIO                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| INDICAR PLAZO DE GARANTIA SEGÚN CORRESPONDA                                                                                                                                                                                               |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| NOTA: LAS COTIZACIONES DEBEN PROVENIR DE PROVEEDORES CUYAS ACTIVIDADE PRINCIPAL Y/O SECUNDARIA ESTEN DIRECTAMENTE                                                                                                                         |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| 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                                                                           |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |
| 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, 22 DE JULIO DE 2026                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                |                                                                     |                                                         |            |       |

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
OFICINA DE LOGISTICA

Lic. E. Alonso L. Arquiza