

**GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

RUC: 20564356116

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

ANEXO N° 04  
SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	093
08 de mayo de 2026	

FECHA:

RAZON SOCIAL : ..... RUC N° : .....

DIRECCION : ..... TELEFONO: .....

REFERENCIA : INFORME N° 039-2026-GR.CUSCO/GRSC/U.E.408/UM-HE/. PEDIDO SIGA. N°: 000082

META : 0124 FTE.FTO. : 2-09

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	607500070247	1	SERVICIO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE CAMIONETA				
				* Cambio general de las gomas-bujes de suspension, trapecio y direccion delanteras y posteriores. * Cambio general de las correas de distribucion del motor * Alineamiento de ruedas posteriores y delanteras del servicio de reemplazo de los 4 neumaticos * MARCA: Nissan * MODELO: Frontier NP300 * PLACA: V9F-920 * VIN: 3N6CD33B4HK814377 * MOTOR: YD25656370P				
				A) PERFIL:				
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.				
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)				
				* Declaración Jurada de Datos del Postor				
				B) PLAZO DE SERVICIO:				
				Plazo de ejecución del servicio será de 05 días calendarios, después de notificada la orden de servicio.				
				C) LUGAR DE SERVICIO:				
				El servicio se prestará en las instalaciones del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.				
NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTADO AL PRESENTE.								
						<b>TOTAL IMPORTE DE COTIZACION</b>		

FECHA DE COTIZACIÓN .....

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV ( 18 %)

\* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS CALENDARIOS.

\* TIEMPO DE GARANTIA.....

\* OTROS.....

\* FORMA DE PAGÓ.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

\* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los **TERMINOS DE REFERENCIA** y/o **ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimiento

\* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa .....

\* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (Oferta Economica Valida Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_)

\* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.

\* N° de cuenta interbancaria de abono CCI : .....

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

\* La cotizacion se entrega en SOBRE CERRADO o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logistica, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



PROVEEDOR  
Firma y Sello

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El (la) que suscribe....., identificado con DNI N°..... Representante Legal de la empresa..... con RUC N°..... activo y habido, con domicilio legal en .....correo electrónico ..... autorizado para notificaciones.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- c) Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que indico en la presente cotización.
- d) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en las Especificaciones Técnicas o Términos de Referencia, cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- e) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444 ley de Procedimiento Administrativo General.
- f) 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.
- g) 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 General de Contrataciones Públicas Ley N° 32069 y su Reglamento
- h) No cuento con inhabilitaciones vigente para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236° del TUO de la ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- i) No tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069" Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento"
- j) No me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- k) No percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del estado peruano (institución pública o empresa del estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos.
- l) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de legalidad.
- m) No cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- n) Conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- o) Me someto a las sanciones contenidas en la "Ley 32069 Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento" así como TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General. Ley N° 27444.
- p) 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.



Espinar:.....202...

.....  
Firma y sello del Proveedor

Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N - Barrio Túpac Amaru - Espinar

**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 el .....con 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:



**SERVICIO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVO DE GOMAS-BUJES Y CORREAS DE CAMIONETA DE MARCA NISSAN MODELO FRONTIER NP-300**

Meta: 124

Fuente de financiamiento: RDR.

**1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION**

Servicio de mantenimiento correctivo, de gomas-bujes y correas de camioneta de Marca Nissan de Placa V9F-920.

**2. FINALIDAD PÚBLICA**

El presente proceso busca mejorar el Servicio de Emergencia "referencias y contra referencias" y así poder contar con una unidad móvil en óptimas condiciones de estado de conservación para atender a los usuarios de la Provincia de Espinar.

**3. ANTECEDENTES**

La UPSS de Emergencia cuenta con una Unidad Móvil "CAMIONETA" para realizar las referencias y contra referencias de la Unidad Ejecutora 408 "Hospital de Espinar" hacia las Ciudades de Sicuani, Cusco y Arequipa, según la necesidad de la población usuaria de la Provincia de Espinar.

**4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION**

Objetivo general:

- 01 Servicios de Mantenimiento correctivo de gomas-bujes y correas de la Unidad Móvil Camioneta de Marca Nissan de Placa V9F-920.

**5. ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR**

El Hospital de Espinar requiere seleccionar a un proveedor que realice lo siguiente:

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	U/M
1	SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE CAMIONETA (A TODO COSTO)	01	SERVICIO

**5.1. ACTIVIDADES**

- Cambio general de las gomas-bujes de suspensión, trapecio y dirección delanteras y posteriores.
- Cambio general de las correas de distribución del motor.
- Alineamiento de ruedas posteriores y delanteras del servicio de reemplazo de los 4 neumáticos.

**Características De La Unidad Móvil Ambulancia**

Marca: Nissan

Modelo: Frontier NP300

Placa: V9F-920

VIN: 3N6CD33B4HK814377

Motor: YD25656370P

**NOTA: USAR GOMAS-BUJES Y CORREAS ORIGINALES PARA NISSAN FRONTIER NP300**

**5.2. REQUERIMIENTO DEL PROVEEDOR**

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente. (de corresponder).
- Declaración jurada de datos del postor. (de corresponder).
- Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia requeridos. (de corresponder).
- Declaración jurada de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. (de corresponder).

**5.3. REQUERIMIENTO DEL PERSONAL TECNICO**

- o Debe contar con estudio técnico superior en mantenimiento de vehículos livianos.
- o Con amplia experiencia en mantenimiento de vehículos livianos.

**5.4. MATERIALES EQUIPOS E INSTALACIONES**

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
TAP. Alexander J. Diaz Barrio de Mendoza  
RESP. SERV. MANTENIMIENTO

El proveedor debe contar un taller adecuado para realizar mantenimiento preventivo y correctivo de vehículos.

Debe contar con las herramientas mínimas para realizar una reparación correcta.

El proveedor correrá con el gasto de la adquisición de todos los repuestos, los cuales serán originales y para su respectiva instalación deben ser revisados por el área usuaria

#### 5.5. RESULTADOS ESPERADOS

Ambulancia operativa al 100% sin ningún tipo de fallas tanto en la conducción ni parte mecánica. Informe detallado con todas las acciones realizadas en las diferentes etapas del mantenimiento correctivo de la camioneta y entrega de panel fotográfico.

Todos los componentes reemplazados deben ser entregados a la oficina de logística o mantenimiento dando la certeza de haber realizado los cambios respectivos.

#### 5.6. FORMA DE PAGO

La entidad realizara el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en SEGÚN SERVICIO REALIZADO.

Para efectos de pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista la entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad del Órgano encargado de la Recepción (Área usuaria).
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada. (cuando corresponda).
- Comprobante de pago (Original, SUNAT y Copia)
- Notas Contables si fuera el caso (original y Copia)
- Guía de Remisión Entidad (si correspondiera)

#### 5.7. FORMULA DE REAJUSTE

No se aplica formula de reajuste.

#### 5.8. ADELANTOS

No se realiza ningún tipo de adelantos

#### 5.9. PENALIDADES APLICABLES

La entidad aplica automáticamente una penalidad por mora y por cada día retraso.

La penalidad se aplica automáticamente y se calcula según la siguiente formula.

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{Plazo en día}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a 60 días para bienes, servicios en general, consultoría y ejecución de obras:  $F=0.4$
- b) Para plazos mayores a 60 días
  - b.1) Para bienes, servicios en general y consultoría:  $F=0.25$ .
  - b.2) Para obras:  $F=0.15$ .

#### 5.10. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DE LA PRESTACION

El plazo de reparación será de 05 días desde el día siguiente de la suscripción del contrato y/o mano de obra.

El mantenimiento correctivo se realizará en los talleres del proveedor.

#### 5.11. CONFORMIDAD

La conformidad de la recepción de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 143 del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y será otorgada por el Responsable del área usuaria. De existir observaciones se consignarán en el acta respectiva, indicándose claramente el sentido de estas, dándose al contratista un plazo prudencial para subsanar Las observaciones.

#### 5.12. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de (03 meses) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente defectos o vicios ocultos.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOS  
ESPINAR

*Alexander J. Diaz Barrio de Mendoza*

**Alexander J. Diaz Barrio de Mendoza**  
RESP. SERV. MANTENIMIENTO