

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	157
30 de Julio de 2026	

FECHA:

RAZON SOCIAL :

RUC N° :

DIRECCION :

TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 205-2026-GR-CUSCO/GRSC/UE-408 HE/US-REFERENCIAS

PEDIDO SIGA. N°: 000054

INFORME N° 204-2026-GR-CUSCO/GRSC/UE-408 HE/US-REFERENCIAS

META : 0015

FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	607500070125	1	SERVICIO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA			
				SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA MARCA: MERCEDES BENZ MODELO: SPRINTER 415 CDMF 3665 PLACA EUF-143 TIPO II VIN: 8AC906633LE170514			
2	607500070125	1	SERVICIO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA			
				SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA MARCA: MERCEDES BENZ MODELO: SPRINTER 416 CDMF 3665 PLACA EUG-020 VIN: 8AC907643LE181070			
				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 03 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.							
TOTAL IMPORTE DE COTIZACION							

FECHA DE COTIZACIÓN :

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

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

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

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 encorreo 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 elcon 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:

TERMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVO DE AMBULANCIA TIPO III DE MARCA MERCEDEZ BENZ MODELO SPRINTER 416 CDMC3665 DE PLACA EUG-020

META: 015

ESPECIFICA DE GASTO: 2. 3. 2 4. 5 1

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RO

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Servicio de mantenimiento correctivo de ambulancia de Marca Mercedes Benz de Placa EUG – 020. Del Hospital de Espinar

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 UPS de Emergencia cuenta con una Unidad Móvil "AMBULANCIA" 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:

- Servicios de Mantenimiento correctivo de la Unidad Móvil Ambulancia de Marca Mercedes Benz de Placa EUG – 020 TIPO III.

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 AMBULANCIA	1	SERVICIO

5.1. ACTIVIDADES

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD MÓVIL AMBULANCIA

- Marca: Mercedes Benz
- Modelo: SPRINTER 416 CDMC3665
- Placa: EUG-020
- VIN: 8AC907643LE181070

MANO DE OBRA Y REPUESTOS DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Para dicho servicio se deberá de usar repuestos originales de la misma marca para garantizar la durabilidad de dicha unidad ambulancia, donde será verificado y fotografiado por el personal conductor de dicha unidad móvil además de la entrega de los repuestos reemplazados para retorno a la unidad de transportes.

REPUESTOS A REEMPLAZAR

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	CANTIDAD	SERVICIOS Y REPUESTOS
1	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INYECTORES	04 UNIDADES	Servicio y cambio de repuesto original

NOTA: Todas las actividades serán a TODO COSTO cubierto por el contratista, garantizando la operatividad de dicho vehículo, además del trabajo de escaneado para detectar errores posteriores a la actividad ADEMÁS de una garantía de uso por 6 meses posteriores al servicio como mínimo.

[Firma]
Judith R. Salazar Curi
05 SETIEMBRE
COP: 100-48



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

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

5.4. MATERIALES EQUIPOS E INSTALACIONES

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 como en la parte mecánica.

Informe detallado con todas las acciones realizadas en las diferentes etapas del mantenimiento preventivo de la ambulancia 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 realizará 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:

- c) Para plazos menores o iguales a 60 días para bienes, servicios en general, consultoría y ejecución de obras: $F=0.4$
- d) 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 03 días desde el día siguiente de la suscripción del contrato.

El mantenimiento preventivo 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.


Judith R. Salazar Cusi
OBSTETRA
CCP: 10046

TERMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVO DE AMBULANCIA TIPO II DE MARCA MERCEDEZ BENZ MODELO SPRINTER 415 CDMF3665 DE PLACA EUF-413

META: 015

ESPECIFICA DE GASTO: 2. 3. 2 4. 5 1

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RO

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Servicio de mantenimiento correctivo de ambulancia de Marca Mercedes Benz de Placa EUF – 413. Del Hospital de Espinar

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 UPS de Emergencia cuenta con una Unidad Móvil “AMBULANCIA” 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:

- Servicios de Mantenimiento correctivo de la Unidad Móvil Ambulancia de Marca Mercedes Benz de Placa EUF- 413 TIPO II.

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 AMBULANCIA	1	SERVICIO

5.1. ACTIVIDADES

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD MÓVIL AMBULANCIA

- Marca: Mercedes Benz
- Modelo: SPRINTER 415 CDMF3665
- Placa: EUF – 143 TIPO II
- VIN: 8AC906633LE170514

MANO DE OBRA Y REPUESTOS DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Para dicho servicio se deberá de usar repuestos originales de la misma marca para garantizar la durabilidad de dicha unidad ambulancia, donde será verificado y fotografiado por el personal conductor de dicha unidad móvil además de la entrega de los repuestos reemplazados para retorno a la unidad de transportes.

REPUESTOS A REEMPLAZAR

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	CANTIDAD	SERVICIOS Y REPUESTOS
1	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INYECTORES	04 UNIDADES	Servicio y cambio de repuesto original

NOTA: Todas las actividades serán a TODO COSTO cubierto por el contratista, garantizando la operatividad de dicho vehículo, además del trabajo de escaneado para detectar errores posteriores a la actividad ADEMÁS de una garantía de uso por 6 meses posteriores al servicio como mínimo.



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

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

5.4. MATERIALES EQUIPOS E INSTALACIONES

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 como en la parte mecánica.

Informe detallado con todas las acciones realizadas en las diferentes etapas del mantenimiento preventivo de la ambulancia 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:

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

5.10. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DE LA PRESTACION

El plazo de reparación será de 03 días desde el día siguiente de la suscripción del contrato.

El mantenimiento preventivo 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.