



GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"
SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	165
03 de noviembre del 2023	

RAZON SOCIAL : RUC N° :
DIRECCION : TELEFONO:
REFERENCIA : INFORME N° 143-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.408/UT-HE/. PEDIDO SIGA. N° : 1324
META : 125 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
							P.U.	TOTAL	
1	283400060330	2	UNIDAD	BATERIA DE LIBRE MANTENIMIENTO 70 AH 700 A 12 V					
				BATERIA (EUG-020)					
				VOLTIOS: 12					
				CCA: 420 Amp					
				amperios (ah): 50 Amp					
				Polaridad: derecha					
				# 13 placas					
2	283400060373	1	UNIDAD	BATERIA DE LIBRE MANTENIMIENTO 105 AH 570 A 12 V					
				BATERIA (EUG-413)					
				VOLTIOS: 12					
				CCA: 800 Amp					
				Capacidad de Arranque: 1050 Amp					
				CA: 940 Amp					
				Polaridad: derecha					
				# 17 placas					
				A) DOCUMENTACION:					
				* Registro Nacional de Proveedores Vigente					
				* RUC: Activo y Habido.					
				* Declaración Jurada de Datos del Postor					
				B) PLAZO DE ENTREGA:					
				Las baterias serán entregados en el almacén del Hospital Espinar. La Entrega deberá ser dentro de los 05 días calendarios a la notificación de la Orden de					
				C) LUGAR DE ENTREGA:					
				Deberán ser entregados en el Almacén del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco. Dentro del horario de trabajo, previa coordinación .					
NOTA: TENER EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTO AL PRESENTE.									
							TOTAL IMPORTE DE COTIZACION		

FECHA DE COTIZACION

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** 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.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Javier C. Quispe Huallpa
CPCC JAVIER C. QUISPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA
Firma y Sello

MINISTERIO DE SALUD DEL PERU
U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR

Lic. Adm. Jorge E. Cusi Ccolque
Lic. Adm. Jorge E. Cusi Ccolque
RESP. COTIZACION
Firma y Sello

PROVEEDOR
Firma y Sello