



**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	140
05 de octubre del 2023	

FECHA: ..... RUC N° .....

RAZON SOCIAL : ..... DIRECCION : ..... TELEFONO: .....  
 REFERENCIA : INFORME N° 0114-2023/U.E.H.E/P.P.C/GERESA-CUSCO PEDIDO SIGA. N° : 115, 101, 117, 116, 125  
 META : 042, 062, 084, 105, 017 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
							P.U.	TOTAL	
1	701000040002	1	SERVICIO	SERVICIO DE FOTOCOPIADO					
		1000	HOJAS	IMPRESIÓN FORMATO VISITA DOMICILIARIA FAMILIAS SALUDABLES TAMAÑO A4 A BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO					
		1000	HOJAS	IMPRESIÓN FORMATO VISITA DOMICILIARIA EN CANCER TAMAÑO A4 BLANCO Y NEGRO UNA SOLA CARA					
		1000	HOJAS	FORMATO HIS TAMAÑO A4 BLANCO Y NEGRO					
		1000	HOJAS	FORMATO DE RESULTADOS IVAA TAMAÑO A4 BLANCO Y NEGRO					
2	701000040003	1	SERVICIO	SERVICIO DE FOTOCOPIADO Y ANILLADO					
		2000	HOJAS	FOTOCOPIA SIMPLE, ANVERSO, PAPEL BOND 75GR 4A (+ 3 ANILLADOS)					
3	500100050561	1	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL					
				IMPRESIONES A FULL COLOR Y BRANCO Y NEGRO, PAPEL BOND 80GR A4, ANILLADO TRANSPARENTE,					
		1	ANILLADO X 40 HOJAS	NORMA TECNICA DE ETAPA DE VIDA A ADULTO (A COLOR)					
		1	ANILLADO X 45 HOJAS	NORMA TECNICA DE ETAPA DE VIDA JOVEN (A COLOR)					
		1	ANILLADO X 46 HOJAS	CONSULTA NUTRICIONAL DIABETES (A COLOR)					
		1	ANILLADO X 40 HOJAS	HIS - SALUD OCULAR (A COLOR)					
		1	ANILLADO X 196 HOJAS	NO TRANSMISIBLE - DOC TEC. (BLANCO Y NEGRO)					
		100	HOJAS	FICHA DE VIGILANCIA DIABETES (DOC. VIRTUAL)					
		100	HOJAS	FICHA DE SEGUIMIENTO DE DIABETES					
		1000	HOJAS	DOCUMENTOS DE DEMANDA QUE SERAN ENVIADOS DEL PLAZO DEL SERVICIO					
4	701000040034	1	SERVICIO	SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO ESPIRALADO					
		1000	HOJAS + ANILLADO	FOTOCOPIADO SIMPLE, ANVERSO, ANILLADO / ESPIRALADO, PAPEL BOND DE 75GR A4.					
				<b>A) DOCUMENTACION:</b>					
				* Registro Nacional de Proveedores Vigente					
				* RUC: Activo y Habido.					
				* Declaración Jurada de Datos del Postor					
				<b>B) PLAZO DE EJECUCION:</b>					
				Ef servicio se realizara hasta agotar las copias/impresión según lo requiera el area usuaria, dentro del presente ejercicio fiscal.					
<b>NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTO AL PRESENTE.</b>									
								<b>TOTAL IMPORTE DE COTIZACION</b>	

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.

**MINISTERIO DE SALUD DEL PERU**  
**U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR**  
 Lic. A. .....  
 Resp. COTIZACIONES  
 Firma y Sello

.....  
 JEFE DE LOGISTICA  
 Firma y Sello

.....  
 PROVEEDOR  
 Firma y Sello