



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.					
				A) DOCUMENTACION:					
				* Registro Nacional de Proveedores Vigente					
				* RUC: Activo y Habido.					
				* Declaración Jurada de Datos del Postor					
				B) PLAZO DE EJECUCION:					
				Ef servicio se realizara hasta agotar las copias/impresión según lo requiera el area usuaria, dentro del presente ejercicio fiscal.					
NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA 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.

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

Lic. A. Colque
RESP. COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
JEFE DE LOGISTICA
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello