



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

RUC: 20564356116

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	152
19 de octubre del 2023	

FECHA:

RAZON SOCIAL : ..... RUC N° : .....

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

REFERENCIA : INFORME N° 0138-2023/U.E.H.E/P.P.C/GERESA-CUSCO PEDIDO SIGA. N° : 1102, 1100, 995, 999, 1040, 1042, 1096, 998, 1001, 1099, 1097, 1103, 997, 996, 1000,

META : 13, 26, 46, 68, 69, 71, 82, 19, 30, 35, 40, 47, 54, 84 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	13920010090	47	UNIDAD	JABON GERMICIDA LIQUIDO X 1L JABON LIQUIDO DESINFECTANTE ANTIBACTERIAL, ENVASE DE PLASTICO CON TAPA DISPENSADORA				
2	139200160323	205	UNIDAD	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA INTERFOLIADO BLANCO X 200 HOJAS				
3	139200500001	51	UNIDAD	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1L ENVASE DE PLASTICO CON TAPA DISPENSADORA				
				<b>A) DOCUMENTACION:</b> * Registro Nacional de Proveedores Vigente * RUC: Activo y Habido. * Declaración Jurada de Datos del Postor				
				<b>B) PLAZO DE ENTREGA:</b> Los Insumos a adquirir serán entregados en un solo bloque en el almacén del hospital espinar. La Entrega deberá ser dentro de los 10 días calendarios a la notificación de la orden de compra.				
				<b>C) LUGAR DE ENTREGA:</b> 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 .				
<b>NOTA: TENER EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTADO AL PRESENTE.</b>								
							<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 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. Adm. Jorge Mancini Ccolque  
RESP. COTIZACION  
.....  
Firma y Sello

.....  
JEFE DE LOGISTICA  
Firma y Sello

.....  
PROVEEDOR  
Firma y Sello