



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	163
02 de noviembre 2023	

FECHA:
 RAZON SOCIAL : RUC N° :
 DIRECCION : TELEFONO:
 REFERENCIA : INFORME N° 098-2023/GRCUSCO/GRSC/U.E.408/H.E./PPSM/P.S/NDFL PEDIDO SIGA. N° : 1332
 META : 0089 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	767400063570	2	UNIDAD	TONER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD REF. TN 228K NEGRO				
2	767400063571	1	UNIDAD	TONER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD REF. TN 228C CIAN				
3	767400063572	1	UNIDAD	TONER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD REF. TN 228M MAGENTA				
4	767400063573	1	UNIDAD	TONER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD REF. TN 228Y AMARILLO				
				A) DOCUMENTACION:				
				* Registro Nacional de Proveedores Vigente				
				* RUC: Activo y Habido.				
				* Declaración Jurada de Datos del Postor				
				B) PLAZO DE ENTREGA:				
				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.				
				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 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** 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 cotización 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

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

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

Lic. Adm. Jorge E. Chau Ccolque
 (e) COTIZACION
 RESP. COTIZACIONES
 Firma y Sello

PROVEEDOR
 Firma y Sello