



**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	166
14 de noviembre del 2023	

FECHA:
 RUC N° :
 TELEFONO:
 PEDIDO SIGA. N° : 170
 FTE.FTO. : 2-09

RAZON SOCIAL :
 DIRECCION :
 REFERENCIA : INFORME N° 155-2023/GRCUSCO/GRSC/U.E.408/H.E/
 META : 125

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
							P.U.	TOTAL	
1	607500070125	1	SERVICIO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA					
			CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD		-Marca: Mercedes Benz -Modelo: Sprinter CDI 515/F3665 -Placa: EUF-413 -VIN: 651955W0095741				
			MANO DE OBRA		-Desmontar y montaje del turbocompresor por gase de escape -Desmontaje y montaje de Tubería de afluencia de aceite del turbocompresor por gases de escape, desmontar y montar estanqueizar				
			REPUESTOS A REEMPLAZAR		-02 uni. convertidor de presion -03 uni. Junta anular perfilada -01 uni. Oring manguera intercooler -01 uni turbo sprinter OM651 -01 uni junta de metal -01 uni junta de metal -01 uni junta anular -01 uni junta anular -01 uni junta				
					SERVICIO A TODO COSTO				
					A) DOCUMENTACION:				
					Registro Nacional de Proveedores vigente				
					RUC Activo y Habido.				
					Declaracion Jurada Datos del Postor				
					B) PLAZO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO				
					Se requiere que la prestacion sel servicio se realice en un plazo de 03 dias calendarios luego de la Notificacion de la Orden de Servicio.				
					NOTA: TENER EN CONSIDERACION LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNYOS AL PRESENTE.				
							TOTAL IMPORTE DE COTIZACION		

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS HABILESDIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

*** FORMA DE PAGO UNA VEZ DADO LA CONFORMIDAD DE SERVICIO**

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los **TERMINOS DE REFERENCIA y/o ESPECIFICACIONES TECNICAS** 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, 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 15:00 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 ESPINAR

Lic. Adm. Jorge E. Cuti Ccolque
JEFE DE COTIZACION

PROVEEDOR
Firma y Sello