



**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	151
18 de octubre del 2023	

RAZON SOCIAL : FECHA: RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 062-2023-DRSC/U.E.408/U.ECONOMIA PEDIDO SIGA. N° : 1241

META : 113 FTE FTO: 2-09

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	475100053331	1000	UNIDAD	FORMATO RECIBO DE INGRESO (ORIGINAL + 2 COPIAS) X 50 JUEGOS				
			DESCRIPCION	RECIBO DE INGRESO DE CAJA HOSPITAL DE ESPINAR				
			CANTIDAD	60,000 UNIDADES 1X2X50 (1,200 BLOCKS DE 50)				
			MATERIAL	PAPEL AUTOCOPIATIVO				
			MEDIDAS	ANCHO 15 CM X LARGO 10.5CM				
			COLOR	ORIGINAL COLOR BLANCO, COPIA 1 COLOR CELESTE, COPIA 2 COLOR ROSADO, LETRAS COLOR AZUL.				
			IMPRESIÓN	ANVERSO, NUMERACION INICIA 115001 Y TERMINA 165001				
			PRESENTACION	DESGLOSABLE CON LINEAS PUNTEADAS AL LADO IZQUIERDO, BLOCK X 50 JUEGOS				
				A) DOCUMENTACION:				
				* Registro Nacional de Proveedores Vigente				
				* RUC: Activo y Habido.				
				* Declaración Jurada de Datos del Postor				
				B) PLAZO DE ENTREGA:				
				serán entregados en el almacén del Hospital Espinar. La Entrega deberá ser dentro de los 15 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 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 DE ESPINAR**


 Lic. Adm. Jorge E. Van Ccoloque
 RESP. COTIZACIONES
 Firma y Sello

.....
JEFE DE LOGISTICA
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR

RUC: 20564356116

RECIBO

080801 N^o 114951

Espinar, _____ de _____ de 202_____

Recibi de: _____

Soles en letras: _____ S/ _____

DESCRIPCIÓN	P. UNIT:	IMPORTE
Consultas (Ext.) (Emerg.) (Od.) (Psic.)		
Certificados: (M.L.) B.S.) Constancias - Vización - Informe		
Curación: (Mayor) (Menor)		
Inyectables: (I.M. (E.V.) (Venoc.)		
Ecografía - RX		
Hospitalización (General) (Clínica)		
Sala de Operaciones		
Laboratorio		
Otros		
TOTAL S/		