



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	134
22 de setiembre del 2023	

FECHA:

RUC N°

TELEFONO:

PEDIDO SIGA. N° : 1152

FTE.FTO. : 4-13

RAZON SOCIAL :

DIRECCION :

REFERENCIA : INFORME N° 33-2023/DRSC/UE-408/HE/SOE/B

META : 50

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA/ PROCEDENC.	FECHA VENCIM. / VIGENCIA	COTIZACION		
							P.U.	TOTAL	
1	139200020054	280	UNIDAD	PASTA DENTRIFICA CON FLUOR 1000ppm - 1500ppm X 90g					
				A) DOCUMENTACION:					
				* Registro Nacional de Proveedores Vigente					
				* RUC: Activo y Habido.					
				* Declaración Jurada de Datos del Postor					
				* cumplir con los establecido en el D.S. N° 016-2011-SA Reglameto de control, vigilancia sanitaria de productos farmaceuticos - sanitarios.					
				B) EMBALAJE Y ROTULADO:					
				• El Embalaje de los productos deberán ser en cajas de carton resistentes que garanticen la integridad, el orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento, fácil apilamiento y precise el número de cajas apilables.					
				• Deberá de consignar en el envase nombre del producto, lote, fecha de vencimiento, nombre del proveedor, especificaciones de almacenamiento y conservación, la información puede ir en etiquetas aplica a caja master (caja completa del producto).					
				• En las caras laterales de las cajas debe indicar la palabra FRAGIL con letras visibles e indicar con flechas el sentido correcto de la caja para su transporte.					
				C) VIGENCIA DEL PRODUCTO:					
				La vigencia del producto deberá ser igual o mayor a 12 meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad.					
				D) PLAZO DE ENTREGA:					
				Los Insumos a adquirir serán entregados en un solo bloque en el Almacén del Hospital Espinar. La Entrega deberá ser dentro de los 20 días calendarios a la notificación de la orden de compra.					
				E) 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 cotizacion se entregará 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 Logística, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no será válida en cuenta.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 CUSCO
 CPOC JAVIER R. DELIGUANO ALPA
 JEFE DE LOGISTICA
 Firma y Sello

RESP. COTIZACIONES
 Firma y Sello

PROVEEDOR
 Firma y Sello