



**PERÚ**

**Gobierno Regional Puno**

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO**

**REDESS - LAMPA**  
UNIDAD DE LOGISTICA  
Jr. Antonio Barrionuevo N° 323-  
Lampa

**FORMATO DE COTIZACION - REDESS LAMPA**  
**UNIDAD DE LOGISTICA**

**Señores:**

REDESS LAMPA  
Presente. -

**Atención:** Unidad de Logística

**De mi consideración:**

En respuesta a la solicitud de cotización, y luego de haber revisado y analizado detalladamente las Especificaciones Técnicas y/o Términos De Referencia, manifestamos que nuestra representada acepta y cumple en todos sus extremos con las EE.TT. y/o TDR, condiciones comerciales y demás requerimientos establecidos.

En ese sentido, declaramos bajo responsabilidad que contamos con la capacidad técnica, operativa y logística necesaria para garantizar el suministro oportuno del bien requerido, conforme a los estándares de calidad y normativas vigentes aplicables.

ITEM N°	DESCRIPCION DEL ITEM	ESPECIFICACIONES TECNICAS / TDR	ENTREGABLES	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO INC. IGV S/.	MONTO TOTAL INC. IGV S/ (Hasta 2 decimales)
1	SERVICIO DE ENFERMERIA - 01	SE ADJUNTA EE.TT.	3 ENTREGABLES	SERVICIO		

**TOTAL:**

**Nota:**

La propuesta se emite considerando todos los términos señalados en el requerimiento e incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso, los costos laborales conforme la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien y/o servicio a contratar excepto la de aquellos proveedores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos. Asimismo declaro bajo juramento que mi persona y/o mi representada no cuenta con impedimentos para contratar con el Estado.

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REDESS LAMPA  
E-mail: [redesslampalogistica@gmail.com](mailto:redesslampalogistica@gmail.com)

DATOS DE LA EMPRESA		VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN
RAZON SOCIAL:		
RUC:		GARANTIA MINIMA
DIRECCION:		
TELEFONO y/o CEL:		TIPO DE MONEDA
E-MAIL:		
FORMA DE PAGO		PLAZO DE ENTREGA
FECHA DE EMISION		

Asimismo, Declaro que mi representada:

\*Cuenta con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores (RNP)

\* No tiene impedimento para contratar con el Estado.

\* Conoce, acepta y se somete a las condiciones establecidas en los TDR o EE.TT.

\* Es responsable de la veracidad de los documentos y/o información que presenta.

\*Tiene conocimiento de las sanciones establecidas en la Ley de Contrataciones Públicas, Ley N.º 32069 y su Reglamento, así como de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

.....  
(e) UNIDAD LOGISTICA

.....  
(e) ADQUISICIONES

.....  
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA