



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.

Table with 7 columns: ITEM N°, DESCRIPCION DEL ITEM, ESPECIFICACIONES TECNICAS / TDR, ENTREGABLES, UNIDAD DE MEDIDA, PRECIO UNITARIO INC. IGVS/, MONTO TOTAL INC. IGVS/ (Hasta 2 decimales). Row 1: 1, SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL - 01, SE ADJUNTA EE.TT., 3 ENTREGABLES, SERVICIO. Total row: 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

Table with 2 main sections: DATOS DE LA EMPRESA and VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN. Rows include: RAZON SOCIAL, RUC, DIRECCION, TELEFONO y/o CEL, E-MAIL, FORMA DE PAGO, N° CCI, FECHA DE EMISION, GARANTIA MINIMA, FORMA DE PAGO, PLAZO DE ENTREGA.

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 PROVEEDOR