



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

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	ATENCION ESPECIALIZADA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - TECNOLOGO MEDICO ESPECIALIDAD TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	SE ADJUNTA EE.TT.	03 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:		FORMA DE PAGO
E-MAIL:		
FORMA DE PAGO		PLAZO DE ENTREGA
N° CCI		
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