

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°:**

**2841**

UNIDAD EJECUTORA : DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA  
NRO. IDENTIFICACIÓN :884

Señores :		RUC:	
Dirección :			
Teléfono :		FAX:	
Email :		FECHA:	
Concepto :		MONEDA:	

ITEM	CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
283400420212	2	UNIDAD	BATERÍA RECARGABLE 12 V 7 Ah -PARA ESTACION METEREOLÓGICA		
513000090236	13	UNIDAD	FILTRO DE FIBRA DE CUARZO PARA MONITOR AMBIENTAL DE PARTICULAS MODELO HI-VOL PM-10 -FILTRO DE CUARZO 8IN X 10 IN X 25IN PARA EQUIPO MUESTREADOR DE CALIDAD DE AIRE MINI VOL PM10		
285400110036	3	UNIDAD	LINTERNA DE MANO CON LUZ LED RECARGABLE -LINTERNA PREMIUM PROFESIONAL TACTICA, LUZ BLANCA LASER POTENTE DE 60W, ZOOM TELESCOPICO, MODOS DE LUZ(FUERTE, MEDIO, BAJO, FLASH), COLOR DE LUZ BLANCA, POTENTE HAZ DE LUZ DE 2000MTS MINIMO, IMPERMEABLE Y RESISTENTE AL POLVO,4 BATERIAS DE 7600mAh, bateria incorporada de larga duracion de 4500Mah RECARGABLE VIA USB		
757400030118	3	UNIDAD	MOTOR PARA CONTROLADOR DE MUESTREADOR DE AIRE DE ALTO VOLUMEN DE FLUJO		
757400030120	5	UNIDAD	REGISTRADOR DE FLUJO PARA MUESTREADOR DE CONCENTRACION MASIVA DE PARTICULAS HIVOL		
513000090308	16	UNIDAD	SET DE CARBONES X 2 PIEZAS PARA MONITOR AMBIENTAL DE PARTICULAS MODELO HI-VOL		
TOTAL					

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a : .....  
en la siguiente dirección : ..... Teléfono :

**Condiciones de Compra :**

Forma de Pago:

Garantía:

La Cotización debe incluir el I.G.V. :

Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente :

## DECLARACION JURADA

El que suscribe ....., representante legal de

....., identificado con DNI N° .....

RUC N° ....., domicilio en .....

Declaro bajo juramento:

1.- No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el estado conforme al Artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.

2.- Conocer, Aceptar y Someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento en el presente.

3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.

4.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en acto de corrupción, así como respetar el principio de integridad.

5.- Comprometerse a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

6.- conocer las sanciones contenidas en la ley de contrataciones con el estado y su reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley n° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

(CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA)

.....

.....  
Firma, Nombres Y Apellidos del postor o  
representante legal, según corresponda



## Dirección Regional de Salud Moquegua

### CARTA DE AUTORIZACION

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

SEÑORES:

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA

PRESENTE:

ASUNTO: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, autorizo a usted el pago de abonos en cuenta a la siguiente  
Codigo de Cuenta Interbancario (CCI) en SOLES:

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL	
RUC	
BANCO	
CUENTA CCI	
CELULAR	
CORREO ELECTRONICO	

MOQUEGUA, ..... DE..... 202.....

\_\_\_\_\_  
Firma

NOMBRES Y APELLIDOS: