

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2715

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y CALIBRACION DE EQUIPOS DE LABORATORIO (UF.VF)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION			VALOR TOTAL
606500260471	SERVICIO	<b>MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS DE LABORATORIO</b>			
		<b>EQUIPO</b>	<b>MARCA</b>	<b>CODIGO PATRIMONIAL</b>	
	1	Muestreador de alto volumen par PM10 (Venturi)	THERMO SCIENTIFIC	15166-2024	
	2	Estación Metereológica con sensor de Temperatura, Humedad, Presión Atmosférica, Velocidad y Dirección de viento	CAMPBELL SCIENTIFIC DATALOGGER CR850	15167-2024	
606500260482	SERVICIO	<b>SERVICIO DE CALIBRACION DE EQUIPOS DE LABORATORIO</b>			
		<b>EQUIPO</b>	<b>MARCA</b>	<b>CODIGO PATRIMONIAL</b>	
	1	Muestreador de alto volumen par PM10 (Venturi)	THERMO SCIENTIFIC	15166-2024	
	2	Estación Metereológica con sensor de Temperatura, Humedad, Presión Atmosférica, Velocidad y Dirección de viento	CAMPBELL SCIENTIFIC DATALOGGER CR850	15167-2024	
		*Deberá coordinar con el responsable de la Unidad Funcional de Vigilancia y Fiscalización			
		LUGAR: EN LAS INSTALACIONES DEL LABORATORIO DE SALUD AMBIENTAL - DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL			
				<b>TOTAL</b>	

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 Nº 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: