

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°:

2575

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
419000010162	4	UNIDAD	JUEGO DE ALICATES PARA ELECTRICISTA X 5 PIEZAS SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS		
41540020068	3	UNIDAD	JUEGO DE DESARMADORES ESTRELLA X 8 PIEZAS SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS		
41540010085	3	UNIDAD	JUEGO DE DESARMADORES PLANOS X 8 PIEZAS SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS		
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:

**DECLARACION JURADA
DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

YO.....identificado (a) con

D.N.I. N° declaro bajo juramento que:

(Marcar con una X según corresponda)

- Que **NO** tengo pariente o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento o Contratación de personal, así como tenga injerencia directa o indirecta en procesos de selección en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.

- Que **SI** tengo pariente o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento o Contratación de personal, así como tenga injerencia directa o indirecta en procesos de selección en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.

Si marco el recuadro correspondiente al SI (precisar su (s) nombres (s) y que es para usted)

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>GRADO DE PARENTESCO</u>	<u>CARGO O POSICION</u>
1.-.....
2.-.....
3.-.....

LO QUE DECLARO BAJO JURAMENTO, CONFORME A LA LEY 27444 – DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO LEY 26771 Y SU REGLAMENTO APROBADO POR D.S. 021-2000 PCM, MODIFICADO POR D.S. N° 017-2002-PCM Y D.S. 034-2005-PCM

Moquegua, de del

.....
FIRMA

D.N.I. N°