



Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	003-2023		
		Fecha	28 DE FEBRERO DE 2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO		
		RUC	20147907487		
		Dirección	Jr. Colina N° 879 – Bellavista – Callao		
		Teléfono(s)	-----		
		Correo electrónico	cotizaciones.diresa.2023@gmail.com		
		Persona de contacto	Iván Achin		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	MACH IMPORT PERU S.A.C.		
		RUC	20492382311		
		Dirección	AV. LUIS BRAILLE N° 1313 – URB. LA TRINIDAD - LIMA		
		Teléfono(s)	947832379		
		Correo electrónico	ventasmachimport_19@hotmail.com		
		Representante o persona de contacto	CERVAN CRUZ JOSE LUIS		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO</p> </div> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p> <p>DR. ROSANA P. CORREA BRAVO Jefe de la Oficina de Logística (e)</p>				

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	002-2023			
		Fecha	28 DE FEBRERO DE 2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO			
		RUC	20147907487			
		Dirección	Jr. Colina N° 879 – Bellavista – Callao			
		Teléfono(s)	-----			
		Correo electrónico	cotizaciones.diresa.2023@gmail.com			
		Persona de contacto	Iván Achin			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	REAGENTS PERU EIRL			
		RUC	20601858879			
		Dirección	AV. LUIS BRAILLE N° 1313 – URB. LA TRINIDAD - LIMA			
		Teléfono(s)	7510244			
		Correo electrónico	reagentsperu@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	Yesenia Mamani Morales			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación				
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	 <p>GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO</p> <p><i>Dra. ROXANA E. CORREA BRAVO</i></p> <p>En la Oficina de Logística (e)</p> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p>					

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	001-2023			
		Fecha	28 DE FEBRERO DE 2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO			
		RUC	20147907487			
		Dirección	Jr. Colina N° 879 – Bellavista – Callao			
		Teléfono(s)	-----			
		Correo electrónico	cotizaciones.diresa.2023@gmail.com			
		Persona de contacto	Iván Achin			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BEAP MEDIC SAC			
		RUC	20601531071			
		Dirección	AV. BOLIVIA N° 643 - TRUJILLO			
		Teléfono(s)	926909495			
		Correo electrónico	ventas@beapmedic.com			
		Representante o persona de contacto	Margarita Benito			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación				
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO</p> <p><i>[Firma manuscrita]</i></p> <p>Dra. ROXANA E. CORREA BRAVO</p> </div> Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					