

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	004-2024-CP-IAFAS EP			
		Fecha	02/08/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME)			
		RUC	20508650451			
		Dirección	AV. PERSHING NRO. S/N (DENTRO HOSPITAL MILITAR			
		Teléfono(s)	014604791			
		Correo electrónico	Procesos1@iafasep.gob.pe			
		Persona de contacto	Jherson Quispe Rodríguez			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BRAYFER MEDICAL E.I.R.L.			
		RUC	20611258233			
		Dirección	OTR. ASOCIACION PROGRESO RESIDENCIAL LAS TORRES DE HUACHIPA MZA. F LOTE 4 OTR. RESIDENCIAL LAS TORRES DE HUACHIPA (2DA ETAPA) LIMA – LIMA - LURIGANCHO			
		Teléfono(s)	990523209			
		Correo electrónico	brayfermedical@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	Miguel Bedon			
		4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>
Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MEDICOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN LAS DISTINTAS AREAS MEDICAS DEL CSM EL MILAGRO AMAZONAS					
Se adjunta	Especificaciones técnicas			<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center">  <p>O-00073132679-AB+</p> <p>GABY DANIELA ZAMORA QUISPE</p> <p>TTEP</p> <p>JEFE DE LA SECCIÓN PROC. Y ADQUIS.</p> <p>DPTO. ABASTO IAFAS-EP</p> </div>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	004-2024-CP-IAFAS EP			
		Fecha	05/08/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME)			
		RUC	20508650451			
		Dirección	AV. PERSHING NRO. S/N (DENTRO HOSPITAL MILITAR			
		Teléfono(s)	014604791			
		Correo electrónico	Procesos1@iafasep.gob.pe			
		Persona de contacto	Jherson Quispe Rodríguez			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CORPORACION TECNOMEDICAL S.A.C.			
		RUC	20609542005			
		Dirección	CAL.LAS LILAS NRO. 391A LIMA – LIMA - LINCE			
		Teléfono(s)	931771250			
		Correo electrónico	corporaciontecnomedicalsac@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	José Montenegro			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MEDICOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN LAS DISTINTAS AREAS MEDICAS DEL CSM EL MILAGRO AMAZONAS			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center">  O-00078132679-AB+ GABY DANIELA ZAMORA QUISPE TTE EP JEFE DE LA SECCION PROC. Y ADQUIS. DPTO. ABASTO IAFAS-EP </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	004-2024-CP-IAFAS EP		
		Fecha	06/08/2024		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME)		
		RUC	20508650451		
		Dirección	AV. PERSHING NRO. S/N (DENTRO HOSPITAL MILITAR		
		Teléfono(s)	014604791		
		Correo electrónico	Procesos1@iafasep.gob.pe		
		Persona de contacto	Jherson Quispe Rodríguez		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	W Y L MEDIC S.A.C.		
		RUC	20611136120		
		Dirección	CAL. FRANCISCO ALVARIÑO NRO. 410 URB. EL RETABL ET. CUATRO LIMA – LIMA - COMAS		
		Teléfono(s)	-		
		Correo electrónico	Ventas.medicsac@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	Jhonson Cieza		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MEDICOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN LAS DISTINTAS AREAS MEDICAS DEL CSM EL MILAGRO AMAZONAS		
		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 align="center">  <p>O-00073132679-AB+ GABY DANIELA ZAMORA QUISPE TTEP JEFE DE LA SECCION PROC. Y ADQUIS. DPTO. ABASTO IAFAS-EP</p> </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones