

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	001-2023		
		Fecha	08 DE MAYO DEL 2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO		
		RUC	20147907487		
		Dirección	JR. COLINA N°879 – BELLAVISTA- CALLAO		
		Teléfono(s)	----		
		Correo electrónico	diresacallao.cotizaciones@hotmail.com		
		Persona de contacto	Roxana Correa Bravo		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CONSORCIO MEDICA PERUANA E.I.R.L.		
		RUC	20609836564		
		Dirección	A.H. VIRGEN DE CHAPI MZA. E-1 LOTE 01 SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA		
		Teléfono(s)	935640179		
		Correo electrónico	Consortio.peruana@hotmail.com		
		Representante o persona de contacto	Gerson Fernández Flores		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE ROPA DESCARTABLE PARA CIRUGIA TALLA L		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	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>Dra. ROXANA E. CORREA BRAVO Jefe de la Oficina de Logística (e)</p> </div>				
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	002-2023			
		Fecha	08 DE MAYO DEL 2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO			
		RUC	20147907487			
		Dirección	JR. COLINA N°879 – BELLAVISTA- CALLAO			
		Teléfono(s)	----			
		Correo electrónico	diresacallao.cotizaciones@hotmail.com			
		Persona de contacto	Roxana Correa Bravo			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CORPORACION CHEMICALS S.A.C.			
		RUC	20601595436			
		Dirección	JR. CHANCAY 631 – CERCADO DE LIMA - LIMA			
		Teléfono(s)	943752921			
		Correo electrónico	chemicalsglass@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	José Fernández Inga			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE ROPA DESCARTABLE PARA CIRUGIA TALLA L			
		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	 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  Dra. ROXANA E. CORREA BRAVO Jefe de la Oficina de Logística (e)					
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	003-2023		
		Fecha	08 DE MAYO DEL 2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO		
		RUC	20147907487		
		Dirección	JR. COLINA N°879 – BELLAVISTA- CALLAO		
		Teléfono(s)	----		
		Correo electrónico	diresacallao.cotizaciones@hotmail.com		
		Persona de contacto	Roxana Correa Bravo		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	RAFI MED E.I.R.L.		
		RUC	20606806079		
		Dirección	AV. COLECTORA VILLA CLUB 5 M.T. L 25 – CARABAYLLO - LIMA		
		Teléfono(s)	987109329		
		Correo electrónico	Ventas.rafimed@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	Eliana Fierro Melgar		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE ROPA DESCARTABLE PARA CIRUGIA TALLA L		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	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>[Firma manuscrita]</i></p> <p>Dra. ROXANA E. CORREA BRAVO Jefe de la Oficina de Logística (e)</p>				
	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	001-2023		
		Fecha	08 DE MAYO DEL 2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO		
		RUC	20147907487		
		Dirección	JR. COLINA N°879 – BELLAVISTA- CALLAO		
		Teléfono(s)	----		
		Correo electrónico	diresacallao.cotizaciones@hotmail.com		
		Persona de contacto	Roxana Correa Bravo		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CIENCIA MEDICA PERU S.A.C. - CIENCIMED S.A.C.		
		RUC	20604743380		
		Dirección	Urb. Miguel Grau, Calle Tambo Grande 191, Mz J Lote 25 – Ate – LIMA		
		Teléfono(s)	966 614 433		
		Correo electrónico	ventas@ciencimed.com		
		Representante o persona de contacto	Michael Cristian Miranda Mayhua		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE ROPA DESCARTABLE PARA CIRUGIA TALLA L		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	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 align="center"> Gobierno Regional del Callao Dirección Regional de Salud del Callao Dra. ROXANA E. CORREA BRAVO Jefe de la Oficina de Logística (e) </p>				
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				