

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	001-2023-CDP N°16			
		Fecha	23 DE AGOSTO DEL 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	programacion.log.diresa@gmail.com			
		Persona de contacto	Roxana Correa Bravo			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	PACIFICO SALUD SOCIEDAD ANONIMA CERRADA -			
		RUC	20523097271			
		Dirección	Mz Lt. 40 Urbanización COOPIP San Martín de Porres - Lima			
		Teléfono(s)	972 944 794			
		Correo electrónico	ventas@pacifico-salud.com			
		Representante o persona de contacto	Glays Mendoza Malca			
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 MANDIL DESCARTABLE NO ESTÉRIL TALLA M			
		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">  GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO Dra. ROXANA E. CORREA BRAVO Jefe de la Oficina de Logística (e) </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	002-2023-CDP N°16			
		Fecha	23 DE AGOSTO DEL 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	programacion.log.diresa@gmail.com			
		Persona de contacto	Roxana Correa Bravo			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	IMPORTACIONES GENERALES M & M S.A.C			
		RUC	20603366540			
		Dirección	Calle Reducto 825 Ofic 607 Miraflores Lima			
		Teléfono(s)	921-996-690			
		Correo electrónico	pmejia@importacionesgeneralesmyn.com			
		Representante o persona de contacto	Pamela Isabel Mejía Dulanto			
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 MANDIL DESCARTABLE NO ESTÉRIL TALLA M			
		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>GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO</p> <p>Dra. ROKANA 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						

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	003-2023-CDP N°14			
		Fecha	23 DE AGOSTO DEL 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	programacion.log.diresa@gmail.com			
		Persona de contacto	Roxana Correa Bravo			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DROGUERIA MÉDICA HOSPITALARIA S.A.C			
		RUC	20603700601			
		Dirección	Av. Husares de Junin 244-246- Chilca - Huancayo			
		Teléfono(s)	931 585 388			
		Correo electrónico	dmedicahospitalaria.sac@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	Daniela Cruz			
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 MANDIL DESCARTABLE NO ESTÉRIL TALLA M			
		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>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						

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