

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	001-2024-COMPRES-03			
		Fecha	25 DE ABRIL DEL 2024			
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	logisticadiresacallao@hotmail.com			
		Persona de contacto	Lizbeth Chávez Sánchez			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GRUPO MOZU IMPORT E.I.R.L.			
		RUC	20600173881			
		Dirección	JR. HUMBOLDT 1521 INT. 102 OF. 302 LA VICTORIA - LIMA			
		Teléfono(s)	912888403			
		Correo electrónico	ventasgrupomozu@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	MARIVEL ZUÑIGA HUAMANI			
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 HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL			
		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						
	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	002-2024-COMPRES-03		
		Fecha	25 DE ABRIL DEL 2024		
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	logisticadiresacallao@hotmail.com		
		Persona de contacto	Lizbeth Chávez Sánchez		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BIO CHEMICALSS S.A.C.		
		RUC	20607383422		
		Dirección	JR. CHANCAY NRO. 631 INT. 102 CERCADO DE LIMA LIMA		
		Teléfono(s)	912888403		
		Correo electrónico	ventasbiochemicalss@hotmail.com		
		Representante o persona de contacto	JOSE URIBE FERNANDEZ INGA		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL		
		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 align="center">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	003-2024-COMPRE-03		
		Fecha	25 DE ABRIL DEL 2024		
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	logisticadiresacallao@hotmail.com		
		Persona de contacto	Lizbeth Chávez Sánchez		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DALAB MEDIC S.A.C.		
		RUC	20608164902		
		Dirección	CAL. PROL. TUPAC AMARU NRO. 103 INDEPENDENCIA LIMA		
		Teléfono(s)	923146045		
		Correo electrónico	ventas@dalabmedic.com		
		Representante o persona de contacto	ROSA ERICKA MIÑOPE EFFIO		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL		
		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">  </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					