

Anexo N° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|--|---|---|---|--------|------------------------|--------|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 041-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 16 de diciembre del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DROGUERIA WEISER E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 20607123790 | | | |
| | | Dirección | CALLE CIRO ALEGRIA CDRA 02 JAEN – JAEN – CAJAMARCA | | | |
| | | Teléfono(s) | 901932585 | | | |
| | | Correo electrónico | drogueriaweiser@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | YAMIL CAMPOS NUÑEZ | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes | Bienes | Bienes |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE EQUIPO REQUERIDO PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI. | | | |
| | | 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 style="text-align: center;">GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI</p> <p style="text-align: center;"> WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> | | | | | |
| 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 | 040-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 16 de diciembre del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DROGUERIA TINKU MEDICAL E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 20608605020 | | | |
| | | Dirección | MZA B LOTE 01 H.U JESUS MARIA JAEN – JAEN – CAJAMARCA | | | |
| | | Teléfono(s) | 944393011 | | | |
| | | Correo electrónico | ventastinkymedical@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | MARY CARMEN GUERRA LABAN | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes | Bienes | Bienes |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE EQUIPO REQUERIDO PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI. | | | |
| | | 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 style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI </p>  <p style="text-align: center;"> WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGISTICA </p> | | | | | |
| 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 | 039-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 16 de diciembre del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | CORPORACION INSUMEDIC S.A.C. | | | |
| | | RUC | 20392996401 | | | |
| | | Dirección | JIRON MOQUEGUA 208 LIMA – LIMA | | | |
| | | Teléfono(s) | 920091225 | | | |
| | | Correo electrónico | corpinsumedicventas@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | GIOVANNI PAREDES CHAUCA | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes | Bienes | Bienes |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE EQUIPO REQUERIDO PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI. | | | |
| | | 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 style="text-align: center;">GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> <p style="text-align: center;">Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p> | | | | | |

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 | 038-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 16 de diciembre del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DISPOSITIVOS Y EQUIPAMIENTO MEDICO PERU E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 20603263422 | | | |
| | | Dirección | CALLE DIEGO PALOMINO N° 2069 SEC LOS CEREZOS JAEN – JAEN – CAJAMARCA | | | |
| | | Teléfono(s) | 952907806 | | | |
| | | Correo electrónico | bonne.sante8285@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | ANA CORDOVA TARIFEÑO | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes | Bienes | Bienes |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE EQUIPO REQUERIDO PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI. | | | |
| | | 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 style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI </p> <p style="text-align: center;">  WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGISTICA </p> <p style="text-align: center;">Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p> | | | | | |

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 | 037-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 16 de diciembre del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DEL TALAB PERU S.A.C. | | | |
| | | RUC | 20537139120 | | | |
| | | Dirección | CALLE MARCOS NICOLINI 207 URB SANTA CATALINA / LA VICTORIA - LIMA | | | |
| | | Teléfono(s) | 999914760 | | | |
| | | Correo electrónico | atencionalcliente@deltalabperu.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | MAGDA OSORIO DAVILA | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | X | Servicios | |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE EQUIPO REQUERIDO PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI. | | | |
| | | 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 style="text-align: center;"> <small>GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI</small> </p>  <p style="text-align: center;"> <small>WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</small> </p> | | | | | |
| | 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 |

SOLICITUD DE COTIZACION Y RESPUESTA DE ANEXO 03

1 mensaje

RED SALUD CONDORCANQUI <logisticaredsaludrsc@gmail.com>
Para: ventastinkumedical@gmail.com

16 de diciembre de 2024, 14:30

MEDIANTE LA PRESENTE LOS SALUDAMOS A NOMBRE DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI, ENTIDAD LA CUAL ESTÁ REALIZANDO LOS ACTUADOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE SELECCION: **COMPARACION DE PRECIOS N° 012-2024-DRSC/OEC-1**, PARA LA ADQUISICIÓN DEL SIGUIENTE BIEN:

- **EQUIPO SEMIAUTOMATIZADO**
- **04 UNIDADES.**

POR LO QUE RECURRIMOS A SU REPRESENTADA ADJUNTANDO EL **ANEXO N° 02** (SOLICITUD DE COTIZACIÓN), AL MISMO TIEMPO SE ADJUNTA EL **ANEXO N° 03** (COTIZACION Y DECLARACIÓN JURADA DEL POSTOR), EL CUAL DEBE SER FIRMADO Y REMITIDO POR ESTE MEDIO PARA SEGUIR CON TRÁMITE.

ESPERANDO CONTAR CON LO SOLICITADO A LA BREVEDAD POR SER PROCEDIMIENTO DE SELECCION, NOS DESPEDIMOS DE USTED AGRADECIENDO SU ATENCIÓN.

ATTE. UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI.

2 adjuntos

 **ANEXO N° 2 DROGUERIA TINKU MEDICAL.pdf**
314K

 **ANEXO 3 DROGUERIA TINKU MEDICAL.docx**
18K

SOLICITUD DE COTIZACION Y RESPUESTA DE ANEXO 0

1 mensaje

RED SALUD CONDORCANQUI <logisticaredsaludrsc@gmail.com>
Para: drogueriaweiser@gmail.com

16 de diciembre de 2024, 14:26

MEDIANTE LA PRESENTE LOS SALUDAMOS A NOMBRE DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI, ENTIDAD LA CUAL ESTÁ REALIZANDO LOS ACTUADOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE SELECCION: **COMPARACION DE PRECIOS N° 012-2024-DRSC/OEC-1**, PARA LA ADQUISICIÓN DEL SIGUIENTE BIEN:

- **EQUIPO SEMIAUTOMATIZADO**
- **04 UNIDADES.**

POR LO QUE RECURRIMOS A SU REPRESENTADA ADJUNTANDO EL **ANEXO N° 02** (SOLICITUD DE COTIZACIÓN), AL MISMO TIEMPO SE ADJUNTA EL **ANEXO N° 03** (COTIZACION Y DECLARACIÓN JURADA DEL POSTOR), EL CUAL DEBE SER FIRMADO Y REMITIDO POR ESTE MEDIO PARA SEGUIR CON TRÁMITE.

ESPERANDO CONTAR CON LO SOLICITADO A LA BREVEDAD POR SER PROCEDIMIENTO DE SELECCION, NOS DESPEDIMOS DE USTED AGRADECIENDO SU ATENCIÓN.

ATTE. UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI.

2 adjuntos

 **ANEXO N° 2 DROGUERIA WEISER.pdf**
313K

 **ANEXO 3 DROGUERIA WEISER.docx**
18K

SOLICITUD DE COTIZACION Y RESPUESTA DE ANEXO 03

1 mensaje

RED SALUD CONDORCANQUI <logisticaredsaludrsc@gmail.com>
Para: corpinsumedicventas@gmail.com

16 de diciembre de 2024, 14:29

MEDIANTE LA PRESENTE LOS SALUDAMOS A NOMBRE DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI, ENTIDAD LA CUAL ESTÁ REALIZANDO LOS ACTUADOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE SELECCION: **COMPARACION DE PRECIOS N° 012-2024-DRSC/OEC-1**, PARA LA ADQUISICIÓN DEL SIGUIENTE BIEN:

- **EQUIPO SEMIAUTOMATIZADO**
- **04 UNIDADES.**

POR LO QUE RECURRIMOS A SU REPRESENTADA ADJUNTANDO EL **ANEXO N° 02** (SOLICITUD DE COTIZACIÓN), AL MISMO TIEMPO SE ADJUNTA EL **ANEXO N° 03** (COTIZACION Y DECLARACIÓN JURADA DEL POSTOR), EL CUAL DEBE SER FIRMADO Y REMITIDO POR ESTE MEDIO PARA SEGUIR CON TRÁMITE.

ESPERANDO CONTAR CON LO SOLICITADO A LA BREVEDAD POR SER PROCEDIMIENTO DE SELECCION, NOS DESPEDIMOS DE USTED AGRADECIENDO SU ATENCIÓN.

ATTE. UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI.

2 adjuntos

 **ANEXO N° 2 CORPORACION INSUMEDIC.pdf**
314K

 **ANEXO 3 CORPORACION INSUMEDIC.docx**
18K

SOLICITUD DE COTIZACION Y RESPUESTA DE ANEXO 0

1 mensaje

RED SALUD CONDORCANQUI <logisticaredsaludrsc@gmail.com>
Para: ventasdmedicperu@gmail.com

16 de diciembre de 2024, 14:28

MEDIANTE LA PRESENTE LOS SALUDAMOS A NOMBRE DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI, ENTIDAD LA CUAL ESTÁ REALIZANDO LOS ACTUADOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE SELECCION: **COMPARACION DE PRECIOS N° 012-2024-DRSC/OEC-1**, PARA LA ADQUISICIÓN DEL SIGUIENTE BIEN:

- **EQUIPO SEMIAUTOMATIZADO**
- **04 UNIDADES.**

POR LO QUE RECURRIMOS A SU REPRESENTADA ADJUNTANDO EL **ANEXO N° 02** (SOLICITUD DE COTIZACIÓN), AL MISMO TIEMPO SE ADJUNTA EL **ANEXO N° 03** (COTIZACION Y DECLARACIÓN JURADA DEL POSTOR), EL CUAL DEBE SER FIRMADO Y REMITIDO POR ESTE MEDIO PARA SEGUIR CON TRÁMITE.

ESPERANDO CONTAR CON LO SOLICITADO A LA BREVEDAD POR SER PROCEDIMIENTO DE SELECCION, NOS DESPEDIMOS DE USTED AGRADECIENDO SU ATENCIÓN.

ATTE. UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI.

2 adjuntos

 **ANEXO N° 2 DISPOSITIVOS Y EQUIPAMIENTO.pdf**
317K

 **ANEXO 3 DISPOSITIVOS Y EQUIPAMIENTO.docx**
18K

SOLICITUD DE COTIZACION Y RESPUESTA DE ANEXO 03

1 mensaje

RED SALUD CONDORCANQUI <logisticaredsaludrsc@gmail.com>

16 de diciembre de 2024, 14:27

Para: atencionalcliente@deltalabperu.com

MEDIANTE LA PRESENTE LOS SALUDAMOS A NOMBRE DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI, ENTIDAD LA CUAL ESTÁ REALIZANDO LOS ACTUADOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE SELECCION: **COMPARACION DE PRECIOS N° 012-2024-DRSC/OEC-1**, PARA LA ADQUISICIÓN DEL SIGUIENTE BIEN:

- **EQUIPO SEMIAUTOMATIZADO**
- **04 UNIDADES.**

POR LO QUE RECURRIMOS A SU REPRESENTADA ADJUNTANDO EL **ANEXO N° 02** (SOLICITUD DE COTIZACIÓN), AL MISMO TIEMPO SE ADJUNTA EL **ANEXO N° 03** (COTIZACION Y DECLARACIÓN JURADA DEL POSTOR), EL CUAL DEBE SER FIRMADO Y REMITIDO POR ESTE MEDIO PARA SEGUIR CON TRÁMITE.

ESPERANDO CONTAR CON LO SOLICITADO A LA BREVEDAD POR SER PROCEDIMIENTO DE SELECCION, NOS DESPEDIMOS DE USTED AGRADECIENDO SU ATENCIÓN.

ATTE. UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI.

2 adjuntos

 **ANEXO N° 2 DEL TALAB PERU.pdf**
313K

 **ANEXO 3 DROGUERIA DEL TALAB PERU.docx**
18K