



**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**  
**DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA**

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN (SERVICIOS)**

**Declaración Jurada**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Razón Social       |  |
| Nro RUC            |  |
| Dirección          |  |
| Nro Celular        |  |
| Correo electrónico |  |

|       |  |
|-------|--|
| Fecha |  |
|-------|--|

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| CUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA DEL REQUERIMIENTO<br>(Indicar Si o No) | <b>Si</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|

|               |                |
|---------------|----------------|
| Forma de Pago | <b>CRÉDITO</b> |
|---------------|----------------|

| DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO |             | PROPUESTA ECONÓMICA |                           |
|-------------------------------|-------------|---------------------|---------------------------|
| Nº                            | DESCRIPCIÓN | U.M.                | TOTAL S/<br>(Incluye IGV) |
| 1                             |             | Servicio            |                           |
| 2                             |             |                     |                           |
| 3                             |             |                     |                           |
| 4                             |             |                     |                           |
| 5                             |             |                     |                           |
| 6                             |             |                     |                           |
| 7                             |             |                     |                           |
| 8                             |             |                     |                           |
| 9                             |             |                     |                           |
| 10                            |             |                     |                           |
|                               |             | Total S/            |                           |

|                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------|--|
| PLAZO DE PRESTACIÓN<br>DEL SERVICIO EN DÍAS<br>CALENDARIO |  |
| LUGAR DE PRESTACIÓN                                       |  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| TIEMPO DE<br>GARANTÍA |  |
|-----------------------|--|

*Nota: Considerar que todos los precios deben incluir todos los impuestos de ley incluido el IGV.*

\_\_\_\_\_  
Firma y post firma del Proveedor