

ANEXO 01

COTIZACION

Señores:
OFICINA DE ABASTECIMIENTO
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION JUNIN
Presente:

Ref. Solicitud de cotización – Descripción de la prestación.

Estimados Señores:

Por medio de la presente, en calidad de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad los Términos de Referencias proporcionadas por la **DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN JUNÍN**, me comprometo con la presente a la ejecución de la prestación, cumpliendo con la integridad de vuestro requerimiento (especificaciones técnicas / términos de referencia) conforme a las condiciones y plazos establecidos, adjuntos para tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN	MARCA	CANTIDAD	UNID. MED.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye IGV)
1	SIMULADOR ANATOMICO EN GENERAL (MAYOR A ¼ DE LA UIT) – SIMULADOR PEDIATRICO DE 5 AÑOS		UNIDAD	01	5900.00	5900.00

- Plazo de ejecución : 10 días calendarios
- Garantía : 01 año
- Forma de pago : Al credito
- Teléfono de contacto : 991268680
- Correo Electrónico : Calidad Medical sac@gmail.com.
- Dirección : Jirón Puno 895
- RUC : 20601532248
- RAZÓN SOCIAL : CALIDAD MEDICAL S.A.C

La oferta indicada, incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien ofertado, en tal sentido la **DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN JUNÍN** no realizara pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta será válida y firme por un periodo de quince (15) días calendarios a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la **DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN JUNÍN** en cualquier momento antes de que expire el periodo indicado.

Huancayo, 20 de Julio del 2026

FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRES:

Diana Pamela González Ularde