ANEXO N° 06

MDSR – GAF - SGL	FORMATO DE SOLICITUD DE COTIZACION	Versión	
		Fecha de Aprobación	12/05/2025

Señor(es)
PROVEEDORES VARIOS

Presente. -

De nuestra consideración:

Nos es grato dirigirnos a usted, a fin de solicitarle se sirva enviarnos su cotización para el INFORME N°103-2026-SGRH/MDSR - *SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO SCTR - SALUD*, de acuerdo al cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, detalladas en el archivo adjunto.

En ese sentido, la cotización a presentar deberá de indicar expresamente que se someten en su integridad al requerimiento por la Municipalidad Distrital de Santa Rosa, a fin de ser validadas.

CONDICIONES GENERALES
Del Postor:

- No estar impedido de contratar con el Estado.
- Encontrarse con condición de RUC Activo y Habido.

De la Cotización:

- Dirigida a nombre de: MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA ROSA (RUC N° 20135890112).
- Especificar nombre de la persona natural o jurídica y Número de RUC.
- Los precios deben estar expresados en soles, incluir impuestos y cualquier otro concepto que pueda incidir en el costo del bien, servicio o consultoría.
- Indicar plazo de entrega en días calendarios.
- Indicar cuenta de detracción de ser el caso.
- Garantía si corresponde.
- Registro Nacional de Proveedores – RNP (de corresponder).
- Llenar correctamente los anexos Nº 07 al 14.

Entrega: Mediante correo electrónico dirigido a *logisticamdsr@munisantarosa-lima.gob.pe* , o en mesa de partes sito en la Av. Alejandro Bertello Nº S/N, Balneario Santa Rosa (Panam. Norte Km. 42.5) – Lima.

Plazo de entrega de la cotización: **Hasta** 02 días calendario o cumplir el requisito mínimo de cotizaciones*,* **hasta las** *17:00 hrs.*
Agradeciendo de antemano la atención que se sirva dar al presente.

Lic. Mary Cruz Sobrado Trujillo
Subgerencia de Logística