GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
CARAVELI

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Atico, 19 de Noviembre del 2020

OFICIO MULTIPLE N° 084-2020-GRA-GREA-UGEL.CAR/DIR

Señores:

.....

.....

.....

Presente.-

ASUNTO: ADQUISICIÓN DE KIT DE BIOSEGURIDAD (CARETA PROTECTORA DE POLICARBONATO, OVEROL IMPERMEABLE DESCARTABLE CON CAPUCHA, MASCARILLAS DESCARTABLE QUIRURGICA DE 3 PLIEGUES TIPO I) de NIVEL RIESGO MEDIANA EXPOSICIÓN PARA LAS II.EE. FOCALIZADAS del NIVEL INICIAL PpR 0090 DE LA UGEL CARAVELI.

Mediante el presente me dirijo a usted, a fin de saludarlo (a) cordialmente a nombre de la dirección de la UGEL CARAVELI, asimismo se les invita para que participen en la cotización de ADQUISICIÓN DE KIT DE BIOSEGURIDAD (CARETA PROTECTORA DE POLICARBONATO, OVEROL IMPERMEABLE DESCARTABLE CON CAPUCHA, MASCARILLAS DESCARTABLE QUIRURGICA DE 3 PLIEGUES TIPO I) de NIVEL RIESGO MEDIANA EXPOSICIÓN PARA LAS II.EE. FOCALIZADAS del NIVEL INICIAL PpR 0090 DE LA UGEL CARAVELI.

Sus ofertas económicas serán alcanzadas por la Oficina de Mesa de parte virtual (mesadepartes.ugelcaraveli@gmail.com) en el horario de oficina 7:30.am hasta las 4.00pm(19.11.2020 al 23.11.2020).

Sin otro particular, es propicia la oportunidad de reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Anexo: Memorándum N°1716-2020-GRA/GRE-OAD y ANEXO.
Formato de CCI
Formato de Declaración Jurada

Atentamente,

REGION AREQUIPA UGEL CARAVELI DIRECCION GERENCIA REGIONAL DE EDUCACION

Lic. Alberto Leopoldo Acosta Salas
Director del Programa Sectorial III
UGEL CARAVELI

ALAS/mml
c.c. archivo
Adjunto:
Folios:

PpR:0090
META : 046

ANEXO N.01 - NIVEL INCIAL

ID	CLASIFICADOR	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	23.18.21	MASCARILLAS DESCARTABLE QUIRURGICA DE 3 PLIEGUES	2,628.00
2	23.16.14	OVEROL IMPERMEABLE DESCARTABLE CON CAPUCHA TALLA L(110),XL(28)	138.00
3	23.16.14	CARETA PROTECTORA DE POLICARBONATO	139.00

FIRMA

REGIÓN AREQUIPA - U.E. 305 UGEL CARAVELI - JEFATURA DE GESTIÓN PEDAGÓGICA - GERENCIA REGIONAL DE EDUCACIÓN

Prof. Lida Verónica Villanueva Paredes
JEFE DE GESTIÓN PEDAGÓGICA
UGEL CARAVELI

PERÚ

UGEL CARAVELI

Gobierno Regional De Arequipa
Gerencia Regional De Educación

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

N°	DIA	MES	AÑO

SOLICITUD DE COTIZACION

REFERENCIA
RAZON SOCIAL
DIRECCION ***RUC*** ……
SIRVA(N)SE
COTIZAMOS LO
SIGUIENTE:

MATERIAL				
CANTIDAD	**UNIDAD**	**DESCRIPCION**	**UNITARIO**	**TOTAL**
			TOTAL	

a) Si por cualquier causa no está en condiciones de cotizar, sirva(n) se firmar y devolver este documento.
b) En casos especiales la confirmación de la compra y/o servicio puede hacerse vía correo electrónico o fax.
Información Complementaria:
Plazo de Ejecución:
Garantía:
Validez de la Oferta:
Observaciones:

En tal sentido, solicitamos se sirva remitir su cotización debidamente firmadas y selladas (todas las hojas) de propuesta técnica y económica, las que será remitidas

Garcilazo de la Vega S/N La florida – Atico - Caraveli- Arequipa *Telef.054-296928*
Ugelcaraveli@grearequipa.gob.pe/mesadepartes.ugelcaraveli@gmail.com

FORMATO N°007-ABAST

DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

Señores:
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL CARAVELI
Presente:

De mi consideración:

Quien suscribe,.....(*), con Documento Nacional de Identidad N°....., con RUC..... Con domicilio en ....., y declara baja juramento que:

1. No haber sido inhabilitado(a) para contratar con el estado :
2. No tener participación en personas jurídicas que contraten con el estado
3. Conoce y acepta y se somete a las condiciones y procedimientos del proceso de selección para la contratación administrativa de servicios, regulados por la Ley N°20225 y Reglamento, probado mediante el Decreto Supremo N°350-2015-EF.
4. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta.

Atico, ...

(Firma Del Representante Legal)

FORMATO N°007-ABAST

DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

Atico,.....del.....

Señores:
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL CARAVELI
Presente:

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a usted que el número de código de cuenta interbancaria (CCI) que consta de (20 NÚMEROS) es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

PROVEEDOR:

(Indicar el nombre o razón social del proveedor titular de la cuenta)

RUC N°

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la **cuenta de ahorros en SOLES del BANCO:**

NOMBRE DE BANCO:

Asimismo, dejo constancia que la factura a ser emitida por el suscrito (o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente:

Atentamente,

Nombre en caso de
Representante legal:

NOTA: EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC

OPERACIÓN SUJETA AL SPOT CUENTA DE DETRACCION CUENTA BANCO CDE LA NACION N°										