

**SOLICITUD DE COTIZACION (SC)**

Fecha Solicitada	DA	MES	AÑO
	24	MARZO	2014

LA CORPORACIÓN GABRIEL GONZALEZ VIDELA, SOLICITA A USTED TENGÁ BIEN A COTIZAR EN EL SIGUIENTE FORMATO, LOS SIGUIENTES BIENES Y/O SERVICIOS QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

**BIENES, INSUMOS O SERVICIOS REQUERIDOS**

ITEM N°	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES, INSUMOS O SERVICIOS REQUERIDOS <small>El oferente deberá incorporar TODAS las características técnicas de los bienes y/o servicios solicitados, adjuntando de corresponder, fichas técnicas que aporten mayores detalles de lo ofertado.</small>	Valor Unitario Neto	Valor Total Neto
1	30	Anestalcon, anestésico ocular, colirio de 15 ml		\$ 0
2	30	Mydrifecyl, colirio de 15 ml		\$ 0
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml		\$ 0
4	200	Timolol 0.5 % (antiglucomatoso) 20 x mes	\$ 855	\$ 172.000
5	200	Lauten (latanoprost, antiglucomatoso) 20 x mes		\$ 0
6	200	Travalan (travoprost, antiglucomatoso) 20 x mes		\$ 0
7	100	Tobramicina ungüento		\$ 0
8	100	Tobramicina colirio		\$ 0
9	100	Tobramicina mas dexametasona ungüento, marca tobradex o similar		\$ 0
10	100	Tobramicina mas dexametasona colirio, marca tobradex o similar		\$ 0

FORMA DE PAGO	<small>                 TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS SE CANCELARAN CONTRA FACTURA A 30 DIAS, PREVIA RECEPCION CONFORME DE LOS BIENES, INSUMOS Y/O SERVICIOS SOLICITADOS POR LA UNIDAD SOLICITANTE. EL ENVIO DE LA COTIZACION IMPLICA LA ACEPTACION DE LAS CONDICIONES DE COMPRA.             </small>	Valor Total Neto	\$ 172.000
		IVA	\$ 34.610
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 206.610</b>

**CONDICIONES Y OBSERVACIONES:**

LA COTIZACION DEBE SER ENTREGADA A MAS TARDAR EL PROXIMO JUEVES 27 DE MARZO DEL 2014

UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERENTE(S) Y ADQUIRIDO LOS PRODUCTOS, EL LUJAN DE DESPACHO ES PLAZA ESPAÑA S/N LA SERENA

EL CONTACTO PARA LA ENTREGA DE LAS COTIZACIONES Y POSTERIOR ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERENTE(S) ES LA SRA. LILIAN CORTES CAROCA, ENCARGADA DE FARMACOS E INSUMOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FONDO 5512-844117, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGVJL

**EL PROVEEDOR DEBERA ESPECIFICAR Y DETALLAR LOS SIGUIENTES PUNTOS DE SU COTIZACION**

PLAZO DE ENTREGA	48 hrs
GARANTIA (EXPRESADA EN DIAS DE CORRIDO)	3 dias
DETALLE DE GARANTIA (QUE INCLUYE Y SINO DEBE CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	

**DATOS DEL OFERENTE COTIZANTE**

Nombre oferente cotizante	Laboratorio Chile S.A
Rut oferente cotizante	778940-7
Nombre del contacto (vendedor o quien envía la cotización)	Rosa Araya Trujillo
Fono oferente cotizante	8-4310511
E-mail oferente cotizante	

**SOLICITUD DE COTIZACION (SC)**

Fecha Solicito:	DIA	MES	AÑO
	24	MARZO	2014

LA CORPORACION GABRIEL GONZALEZ VIDELA, SOLICITA A USTED TENGA BIEN A COTIZAR EN EL SIGUIENTE FORMATO, LOS SIGUIENTES BIENES Y/O SERVICIOS QUE SE DETALLAN A CONTINUACION:

**BIENES, INSUMOS O SERVICIOS REQUERIDOS**

ITEM N°	CANTIDAD	DESCRIPCION DE LOS BIENES, INSUMOS O SERVICIOS REQUERIDOS <small>El oferente deberá incorporar YDDAS las características técnicas de los bienes y/o servicios ofertados, adjuntando de corresponder, fichas técnicas que aporten mayores detalles de lo ofertado</small>	Valor Unitario Neto	Valor Total Neto
1	30	Anestacion, anestésico ocular, colirio de 15 ml LAB. ALCON	\$ 14.678	\$ 440.100
2	30	Mydracyl, colirio de 15 ml		\$ 0
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml		\$ 0
4	200	Timofof 0.5 % (antiglucomatoso) 20 x mes	\$ 1.040	\$ 212.600
5	200	Lauten (latanoprost, antiglucomatoso) 20 x mes LATOF SOL. OFTALMICA LAB. SAVAL	\$ 7.970	\$ 1.654.000
6	200	Travatan (travoprost, antiglucomatoso) 20 x mes LAB. ALCON	\$ 17.656	\$ 3.531.200
7	100	Tobramicina unguento XOLOF UNG. OFTAL. LAB. SAVAL	\$ 8.980	\$ 898.000
8	100	Tobramicina colirio XOLOF COLIRIO LAB. SAVAL	\$ 8.676	\$ 867.600
9	100	Tobramicina mas dexametasona unguento, marca tobradex o similar TOBRADEX UNG. OFTAL. LAB. ALCON	\$ 12.610	\$ 1.261.000
10	100	Tobramicina mas dexametasona colirio, marca tobradex o similar		\$ 0

FORMA DE PAGO	TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS SE CANCELARAN CONTRA FACTURA A 30 DIAS, PREVIA RECEPCION CONFORME DE LOS BIENES, INSUMOS Y/O SERVICIOS SOLICITADOS POR LA UNIDAD SOLICITANTE. EL ENVIO DE LA COTIZACION IMPLICA LA ACEPTACION DE LAS CONDICIONES DE COMPRA.	Valor Total Neto	\$ 8.735.600
		I/A	\$ 1.659.764
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 10.395.364</b>

**OBSERVACIONES**

LA COTIZACION DEBE SER ENVIADA A MAS TARDAR EL PROXIMO JUEVES 27 DE MARZO DEL 2014

UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERENTE(S) Y ADSCRIBIDO LOS PRODUCTOS, EL LUGAR DE DESPACHO ES PLAZA ESPAÑA S/N LA SERENA

EL CONTACTO PARA LA ENTREGA DE LAS COTIZACIONES Y POSTERIOR ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERENTE(S) ES LA SRA. LILIAN CORTES CAROZA, ENCARGADA DE FARMACOS E INSUMOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FON0 6912-844117, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGVCL

EL PROVEEDOR DEBERA ESPECIFICAR Y DETALLAR LOS SIGUIENTES PUNTOS DE SU COTIZACION

PLAZO DE ENTREGA	48, 72 FECHA ENVIO OC
GARANTIA (EXPRESADA EN DIAS DE BOMBO)	
DETALLE DE GARANTIA (QUE INCLUYE Y BASTA SUS CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	Vencimiento no menor a 12 Meses

**DATOS DEL OFERENTE COTIZANTE**

Nombre oferente cotizante	SOCOFAR SA
Rut oferente cotizante	92.875.000-1
Nombre del contacto (vendedor o quien envía la cotización)	Carlos Roberto Duran Fernandez
Fono oferente cotizante	8-4286582
E-mail oferente cotizante	serena@socofar.cl

**SOLICITUD DE COTIZACION (SC)**

Fecha Bolsada	DIA	MES	AÑO
	24	MARZO	2014

LA CORPORACIÓN GABRIEL GONZALEZ VIDELA, SOLICITA A USTED TENGA BIEN A COTIZAR EN EL SIGUIENTE FORMATO, LOS SIGUIENTES BIENES Y/O SERVICIOS QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

**BIENES, INSUMOS O SERVICIOS REQUERIDOS**

ITEM N°	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES, INSUMOS O SERVICIOS REQUERIDOS <small>El oferente deberá incorporar TODAS las características técnicas de los bienes y/o servicios ofertados, adjuntando de corresponder, fichas técnicas que aporten mayores detalles de lo ofertado</small>	Valor Unitario Neto	Valor Total Neto
1	30	Aneslacion, anestésico ocular, colirio de 15 ml	\$ 8.261	\$ 277.830
2	30	Mydracyl, colirio de 15 ml	\$ 16.651	\$ 499.530
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml	\$ 13.616	\$ 817.000
4	200	Timolol 0,5 % (antiglaucomatoso) 20 x mes		\$ 0
5	200	Lauten (latanoprost, anti-glaucomatoso) 20 x mes		\$ 0
6	200	Travatan (travoprost, anti-glaucomatoso) 20 x mes	\$ 11.140	\$ 2.228.000
7	100	Tobramicina unguento	\$ 8.624	\$ 862.400
8	100	Tobramicina colirio	\$ 8.455	\$ 840.500
9	100	Tobramicina mas dexametasona unguento, marca tobradex o similar	\$ 7.936	\$ 799.600
10	100	Tobramicina mas dexametasona colirio, marca tobradex o similar	\$ 6.568	\$ 656.800

FORMA DE PAGO	TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS SE CANCELARAN CONTRA FACTURA A 30 DIAS, PREVIA RECEPCION CONFORME DE LOS BIENES, INSUMOS Y/O SERVICIOS SOLICITADOS POR LA UNIDAD SOLICITANTE. EL ENVIO DE LA COTIZACION IMPLICA LA ACEPTACION DE LAS CONDICIONES DE COMPRA.	Valor Total Neto	\$ 7.603.740
		I.V.A.	\$ 1.330.711
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 8.934.451</b>

**OBSERVACIONES**

LA COTIZACION DEBE SER ENVIADA A MAS TARDAR EL PROXIMO JUEVES 27 DE MARZO DEL 2014

UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERENTE(S) Y ADQUIRIDO LOS PRODUCTOS, EL LUGAR DE DESPACHO ES PLAZA ESPAÑA EN LA SERENA

EL CONTACTO PARA LA ENTREGA DE LAS COTIZACIONES Y POSTERIOR ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERENTE(S) ES LA SRA. ELIAN CORTES CAROZA, EN: BOGUSA DE FARMACOS E INSUMOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FON0 9512-944117, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGOV.CL

**EL PROVEEDOR DEBERA ESPECIFICAR Y DETALLAR LOS SIGUIENTES PUNTOS DE SU COTIZACION**

PLAZO DE ENTREGA	48 Hrs desde que es Aceptada O.C en el Portal
GARANTIA PRESTADA EN DIAS DE CUANTOS	
DETALLE DE GARANTIA (QUE INCLUYE Y BASTA QUE CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	Políticas de Cambio: Producto deteriorado en su envase a la entrega, Pronta vencimiento al momento del despacho y Producto no corresponde.

**DATOS DEL OFERTANTE COTIZANTE**

Nombre oferente cotizante	ALCON LABORATORIOS CHILE LTDA
Rut oferente cotizante	86.937.600-6
Nombre del contacto (vendedor o quien envía la cotización)	CRISTIAN NKO
Fono oferente cotizante	2 4104472
E-mail oferente cotizante	