

SOLICITUD DE COTIZACION (SC)

Fecha Solicitud	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	Anestalcon, anestésico ocular, colirio de 15 ml	\$ 9.261	\$ 277.830
2	30	Mydrilacyl, colirio de 15 ml	\$ 16.651	\$ 499.530
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml	\$ 13.618	\$ 817.080
4	200	Timolol 0,5 % (antiglaucomatoso) 20 x mes		\$ 0
5	200	Lauten (latanoprost, antiglaucomatoso) 20 x mes		\$ 0
6	200	Travatan (travoprost, antiglaucomatoso) 20 x mes	\$ 11.140	\$ 2.228.000
7	100	Tobramicina unguento	\$ 8.624	\$ 862.400
8	100	Tobramicina colirio	\$ 8.496	\$ 849.600
9	100	Tobramicina mas dexametasona unguento, marca tobradex o similar	\$ 7.996	\$ 799.600
10	100	Tobramicina mas dexametasona colirio, marca tobradex o similar	\$ 6.868	\$ 686.800

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	\$ 7.003.740
		I.V.A.	\$ 1.330.211
		TOTAL	\$ 8.334.451

OBSERVACIONES:

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

UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OPERANTE(S) Y ADQUIRIDO 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 OPERANTES(S) ES LA SRA. LILIAN CONTRERAS CANOCHA, ENCARGADA DE PAQUETOS E INGRESOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FONDO 6612-641117, CORREO ELECTRONICO LCORTERAS@CORPORACIONGOV.CL

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

PLAZO DE ENTREGA	10 Hrs desde que es Aceptada O.C en el Portal
GARANTIA (EXPRESADA EN DIAS DE CORRIDOS)	
DETALLE DE GARANTIA (QUE INCLUYE Y ALIADO SUS CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	Políticas de Cargo: Producto deteriorado en su empaque a la entrega, Fracaso vinculando al momento del despacho y Producto no corresponde.

DATOS DEL OFERTANTE COTIZANTE

Nombre oferente cotizante	ALCON LABORATORIOS CHILE LTDA
Rut oferente cotizante	88.837.600-6
Nombre del contacto (vendedor o quien envía la cotización)	CRISTIAN NILO
Fono oferente cotizante	2 4166472
Email oferente cotizante	

SOLICITUD DE COTIZACION (SC)

Fecha Solicita	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 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.	Valor Unitario Neto	Valor Total Neto
1	30	Anestalcon, anestésico ocular, colirio de 15 ml		\$ 0
2	30	Mydracyl, colirio de 15 ml		\$ 0
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml		\$ 0
4	200	Timolol 0.5 % (antiglucomatoso) 20 x mes	\$ 890	\$ 178.000
5	200	Lauten (latanoprost, antiglucomatoso) 20 x mes		\$ 0
6	200	Travatan (travoprost, antiglucomatoso) 20 x mes		\$ 0
7	100	Tobramicina unguento		\$ 0
8	100	Tobramicina colirio		\$ 0
9	100	Tobramicina mas dexametasona unguento, marca tobradex o similar		\$ 0
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	\$ 178.000
		IVA	\$ 34.810
		TOTAL	\$ 212.810

OBSERVACIONES

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

UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERTANTES 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 OFERTANTES ES LA SNA, SEAN CORTES CANCHA, ENC. BOGOTIA DE FARMACOS E INSUMOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FON0 6512441117, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGVCL

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

PLAZO DE ENTREGA	48 hrs
GARANTIA (EXPRESADA EN DIAS DE ESPERA)	2 dias
DETALLE DE GARANTIA (SUS EXCEPCIONES Y LAS CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	

DATOS DEL OFERENTE COTIZANTE

Nombre oferente cotizante	Laboratorio Cely SA
Rut oferente cotizante	7799610-7
Nombre del contacto (vendedor o quien envia la cotización)	Rosa Araya Trujillo
Fono oferente cotizante	94310611
E-mail oferente cotizante	Rosa.araya@laboratoriocey.cl

SOLICITUD DE COTIZACION (SC)

Fecha Recibida:	DA	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	Anestalcon, anestésico ocular, colirio de 15 ml LAB. ALCON	\$ 14.670	\$ 440.100
2	30	Mydrilacyl, colirio de 15 ml		\$ 0
3	50	Mydrin, colirio de 5 ml		\$ 0
4	200	Timolol 0.5 % (antiglucomatoso) 20 x mes	\$ 1.010	\$ 202.000
5	200	Lauten (latanoprost, antiglucomatoso) 20 x mes LATOF SOL. OFTALMICA LAB. SAVAL	\$ 7.970	\$ 1.594.000
6	200	Travatan (travoprost, antiglucomatoso) 20 x mes LAB. ALCON	\$ 17.665	\$ 3.533.000
7	100	Tobramicina ungüento XOLOF UNG. OFTAL. LAB. SAVAL	\$ 8.600	\$ 860.000
8	100	Tobramicina colirio XOLOF COLIRIO LAB. SAVAL	\$ 8.675	\$ 867.500
9	100	Tobramicina mas dexametasona ungüento, 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.V.A.	\$ 1.669.744
		TOTAL	\$ 10.405.344

OBSERVACIONES

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

UNA VEZ SELECCIONADO EL O LOS OFERENTES 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 OFERENTES ES LA SRA. LILIAN CORTES ENRICA, ENCARGADA DE FARMACOS E INSUMOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FONDO 4617-44117, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGOV.CL

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

PLAZO DE ENTREGA	44, 77 FECHA ENVIO OC
GARANTIA (ESPECIFICAR EN CASO DE COMPRA)	
DETALLE DE GARANTIA (POR INCIDENTE Y BAJO QUE CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	Vencimiento no mayor a 12 Meses

DATOS DEL OFERENTE COTIZANTE

Nombre oferente cotizante	SOCOFAR SA
Rut oferente cotizante	82.878.005-1
Nombre del contacto (vendedor o quien envía la cotización)	Carlos Roberto Duran Fernandez
Fono oferente cotizante	8-4284689
E-mail oferente cotizante	