

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 <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	\$ 14.878	\$ 446.340
2	30	Mydrilacyl, colirio de 15 ml		\$ 0
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml		\$ 0
4	200	Timolol 0.5 % (antiglucomatoso) 20 x mes	\$ 1.600	\$ 320.000
5	200	Lauten (latanoprost, antiglucomatoso) 20 x mes LATOF SOL. OFTALMICA LAB. SAVAL	\$ 7.870	\$ 1.574.000
6	200	Travatan (travoprost, antiglucomatoso) 20 x mes LAB. ALCON	\$ 17.865	\$ 3.573.000
7	100	Tobramicina ungüento XOLOF UNG. OFTAL. LAB. SAVAL	\$ 8.650	\$ 865.000
8	100	Tobramicina colirio XOLOF COLIRIO LAB. SAVAL	\$ 8.876	\$ 887.600
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 90 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	\$ 8.735.800
		IVA	\$ 1.659.764
		TOTAL	\$ 10.395.564

CONSERVACIONES

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. LILIAN CORTES CARDOZA, ENCABOVEDA DE FARMACOS E INSUMOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FONDO 0517544111, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGOVCL

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

PLAZO DE ENTREGA	45, 75 FECHA ENVIO OC
GARANTIA (EXPRESADA EN DIAS DE GARANTIA)	
DETALLE DE GARANTIA (QUE INCLUYE Y BAJO QUE CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	Vincimiento no menor a 12 Meses

DATOS DEL OFERENTE COTIZANTE	
Nombre oferente cotizante	SOCOPAR SA
Rut oferente cotizante	80.875.560-1
Nombre del contacto (vendedor o quien envía la cotización)	Carlos Roberto Duran Fernandez
Fono oferente cotizante	8-2285272
Email oferente cotizante	carlos.duran@socopar.cl

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 ofrecidos, 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	\$ 9.261	\$ 277.830
2	30	Mydracyl, colirio de 15 ml	\$ 16.651	\$ 499.530
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml	\$ 13.616	\$ 817.080
4	200	Timolol 0,5 % (antiglaucomatoso) 20 x mes		\$ 0
5	200	Lauten (latanoprost, antiglaucomatoso) 20 x mes		\$ 0
6	200	Travaten (travoprost, antiglaucomatoso) 20 x mes	\$ 11.140	\$ 2.228.000
7	100	Tobramicina ungüento	\$ 8.624	\$ 862.400
8	100	Tobramicina colirio	\$ 8.405	\$ 840.500
9	100	Tobramicina mas dexametasona ungüento, marca tobradex o similar	\$ 7.556	\$ 755.600
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	\$ 7.633.740
		IVA	\$ 1.329.711
		TOTAL	\$ 8.963.451

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 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, FONO 6612-64111, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGVZL

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

PLAZO DE ENTREGA	48 Hrs días de que se Aceptada O.C en el Portal
GANANTIA (EXPRESADA EN DIAS DE GARANTIA)	
DETALLE DE GARANTIA (QUE INCLUYE Y BAJO QUE CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	Políticas de Cartera: Producto deteriorado en su envase a la entrega, Pronto vencimiento al momento del despacho y Producto no corresponde.

DATOS DEL OFERENTE COTIZANTE

Nombre oferente cotizante	ALCON LABORATORIOS CHILE LTDA
Rut oferente cotizante	86.637.600-6
Nombre del contacto (vendedor o quien envía la cotización)	CRISTIAN NILO
Fono oferente cotizante	2.4166472
E-mail oferente cotizante	

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 ofrecidos; adjuntando de corresponder, fichas técnicas que aporten mayores detalles de lo ofrecido.</small>	Valor Unitario Neto	Valor Total Neto
1	30	Anestalcon, anestésico ocular, colirio de 15 ml		\$ 0
2	30	Mydrilacyl, colirio de 15 ml		\$ 0
3	60	Mydrin, colirio de 5 ml		\$ 0
4	200	Timolol 0.5 % (antiglaucosomoso) 20 x mes	\$ 815	\$ 179.600
5	200	Lauten (latanoprost, antiglaucosomoso) 20 x mes		\$ 0
6	200	Travatan (travoprost, antiglaucosomoso) 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	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	\$ 179.600
		IVA	\$ 34.010
		TOTAL	\$ 213.610

LA COTIZACION DEBE SER ENVIADA A MAS TARDEAR 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 SAN 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 CAROCCA, ENC. BODEGA DE FARMACOS E INSUMOS DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE LA SERENA, FONDO 6612-64117, CORREO ELECTRONICO LCORTES@CORPORACIONGVZL

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

PLAZO DE ENTREGA	48 hrs
GARANTIA (EXPRESADA EN DIAS DE COBANGA)	365 d
DETALLE DE GARANTIA (QUE INCLUYE Y BAJO QUE CONDICIONES)	
OTROS DETALLES RELEVANTES	

DATOS DEL OFERENTE COTIZANTE

Nombre oferente cotizante	Laboratorio CNU S.A
RUT oferente cotizante	7789145-7
Nombre del contacto (vendedor o quien envió la cotización)	Rosa Azaya Trujillo
Fono oferente cotizante	5-4310511
E-mail oferente cotizante	