



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES Y OFERTAS -EAS-

F1.G10.PP 24/10/2018

Versión 1 Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

REGIONAL: CESAR

20-488-2018

No. CONVENIO / CONTRATO DE APOORTE / RESOLUCIÓN:

OBJETO PRESTAR EL SERVICIO DE HCB FAMI Y HCB FAMILIARES DE CONFORMIDAD CON LAS DIRECTRICES, LINEAMIENTOS Y PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ICBF EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE

NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR: GLENIS PAOLA GALVIS RAMOS

ÍTE M	DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ELEMENTO (marca, referencia, serial y modelo)	CANTIDAD (Escribir sólo números)	UNIDAD DE MEDIDA (Ej: Docena, Juego, Set o Kit, otros)	PROVEEDOR NO. 1		PROVEEDOR NO. 2		PROVEEDOR NO. 3	
				PRECIO UNITARIO (\$)	TOTAL (\$)	PRECIO UNITARIO (\$)	TOTAL (\$)	PRECIO UNITARIO (\$)	TOTAL (\$)
1	Ventilador Samurai de pared	2		\$ 130 000	\$ 260 000	\$ 138 000	\$ 276 000	\$ 135 000	\$ 270 000
2	Sillas Vanillas	12		\$ 18 000	\$ 216 000	\$ 12 500	\$ 150 000	\$ 20 000	\$ 240 000
3	papelera punto ecologico	3		\$ 38 000	\$ 114 000	\$ 40 000	\$ 120 000		
4	Mesas Rimax Infantil	3		\$ 50 000	\$ 150 000	\$ 48 000	\$ 144 000	\$ 54 000	\$ 162 000
5	Tanque 160 litros	1		\$ 48 000	\$ 48 000	\$ 48 000	\$ 48 000	\$ 50 000	\$ 50 000
6	Colchonetas 100*14	3		\$ 90 000	\$ 270 000	\$ 98 000	\$ 294 000	\$ 95 000	\$ 285 000
7	Gabetero Colpias *3	1		\$ 98 000	\$ 98 000				
8									
9									
SUBTOTAL:				\$ 1.168.000		\$ 1.032.000		\$ 1.007.000	
IVA:									
TOTAL:				\$ 1.168.000		\$ 1.032.000		\$ 1.007.000	

DATOS DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR (Escriba conforme al Certificado de Existencia y Representación Legal o Certificado de la Cámara de Comercio)	Cacharrería el Almendro	Muebles y Cacharrería	Cacharrería la Fortuna
NIT DEL PROVEEDOR (Escriba el número sin dígito de verificación, ni comas u otros caracteres especiales e intermedios o entre números)	1065886727-5		5696353-1
TELÉFONO DEL PROVEEDOR (Escriba el número conmutador, PBX de la empresa y el número celular corporativo del Representante Legal)	3163747068		5659862
FECHA DE COTIZACIÓN (Escribir en formato DD/MM/AAAA)	23/01/2019	24/01/2019	23/01/2019
VIGENCIA DE COTIZACIÓN (Días)	5	4	5
TIEMPO DE ENTREGA (Días)	2	2	2
CONDICIONES DE ENTREGA:			
SERVICIO POSVENTA (cambios, garantías, devoluciones, etc)			
FORMA DE PAGO	Efectivo	Efectivo	Efectivo

NOTAS O ACLARACIONES:

Entrega:
Fecha Entrega:

REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS

Nombre Dr. LSA Castro A
Cédula: 99.668.687
Cel: 3167611519

Recibe:
Fecha de recibido

FIRMA DEL SUPERVISOR (A)

Nombre Glenys Paola Galvis Ramos
Cédula: 3321463
Cel: 315 304 14 12

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es transmitida como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012