**FORMATO DE COTIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la institución** | Contacto | No. Proceso |
| **Ente Regulador de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento (ERSAPS)** | Lic. Suyapa Aguilar, Administradora Ing. Reina García, Jefe de SVA | CM-GC-001-2023 |
| Dirección | Correo Electrónico | Teléfono |
| Centro Cívico Gubernamental José Cecilio del Valle, Torre 1, Piso 10Bulevar Juan Pablo II, Esquina República de Corea Tegucigalpa, Honduras C. A | administracion@ersaps.hn, saguilar@ersaps.hn | 2242-8586 Ext.35110 |
| **Lugar y fecha:** | **Tegucigalpa, MDC 08 de mayo 2023** |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA/PROVEEDOR** |
|  |
| RTN:  |  |
| Dirección Exacta: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Persona Contacto: |  |
| Teléfono: |  |

**DETALLE DE LO REQUERIDO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ítem/****Producto** | **Cantidad** | **Unidad de Medida** | **Tiempo de entrega** | **Descripción** | **Valor en Lempiras** |
| **Precio Unitario**  | **Sub Total** | **Total** |
| **1** | **16** | Habitaciones |  | 16 habitaciones dobles con desayuno incluido, número de días dos (2) para un total de 32 |  |  |  |
| **2** | **3** | Habitaciones  |  | 3 habitaciones sencillas con desayuno incluido número de días dos (2) para un total de 6 |  |  |  |
| **3** | **40** | Almuerzos |  | 40 almuerzos (una carne, 2 complementos, refresco) número de días 3 para un total de 120. |  |  |  |
| **4** | **40** | Coffe Break(tarde) |  | 40 Coffe Break(tarde), número de días 2, para un total de 80. |  |  |  |
| **5** | **40** | Coffe Break (Mañana) |  | 40 Coffe Break (Mañana), número de días 2, para un total de 80. |  |  |  |
| **6** | **35** | Cenas |  | 35 cenas, número de días 2, para un total de 70. |  |  |  |
| **7** | **1** | Salón |  | 1 salón de conferencias, con equipo de audio días 3. |  |  |  |
|  |  |  |  | **Nota: A realizarse en el municipio de Siguatepeque, departamento de Comayagua, del día miércoles 21 al viernes 23 de junio 2023.** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **Condiciones de Venta** |
| **Validez de la cotización:** 30 días calendario |
| **Entrega:** En Coordinación con la Institución  |
| **Garantía del Producto:**  |
| **Forma de Pago:** Tramite de Pago y transferencia bancaria a través del SIAFI. |

**Nota: Esta cotización no es válida sin firma y sello**

**Firma y sello de la empresa**

F-001-COT

c.c. Archivo