



**SOLICITUD DE COOPERACION TECNICA PARA  
ADQUISICIONES  
OPS/OMS PERU**

Fecha: \_\_\_\_\_

(Esta sección debe ser completada por la OPS)  
STC No. \_\_\_\_\_

Representante OPS/OMS

Nos permitimos solicitar la cooperación técnica de la OPS/OMS para llevar a cabo lo siguiente:

Tarea:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona responsable de ejecutar la tarea: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Unidad/Dpto.: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Teléf.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Representante de  
Institución Nacional

\_\_\_\_\_  
Firma/Sello

(Esta sección debe ser completada por la OPS)	
Consultor OPS Responsable: _____	Costo de la tarea en: _____
No. Resultado Esperado BPB: _____	No. Actividad: _____ No. Tarea: _____
Comentarios del Representante OPS/OMS: _____	
_____	_____
Fecha	Firma



## SOLICITUD DE ADQUISICIONES

1. Tipo de compra: Local (\*) ( ) Internacional ( ) Vacuna PAI ( ) País miembro ( )

2. Nombre y dirección del posible proveedor: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Nombre y posición de la persona que recibirá la mercancía: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Dirección de envío de la mercancía: \_\_\_\_\_

5. Pago asumido por: OPS ( ) Institución solicitante ( ) 6. Fecha: \_\_\_\_\_

7. Artículos requeridos:

Item No.	DESCRIPCION	REFERENCIA DE CATÁLOGO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO ESTIMADO DE LA UNIDAD (**)	PRECIO ESTIMADO TOTAL

8. Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Nombre de la persona que solicita la mercancía: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

(\*) **NOTA IMPORTANTE:** Toda compra local debe incluir tres (3) cotizaciones junto con la solicitud.  
 (\*\*) Mencione la moneda: US\$ o

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo del Representante de  
 Institución Nacional

\_\_\_\_\_  
 Firma/Sello