**FORMATO DE COTIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la institución** | Contacto | No. Proceso |
| **Ente Regulador de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento (ERSAPS)** | RAMONA SUYAPA AGUILAR QUIÑONEZ  | CM-GC-006-2025 |
| 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.hnyreyes@ersaps.hn | 2242-8586 Ext.35110 |
| **Lugar y fecha:** | **Tegucigalpa, MDC 23 de junio 2025** |

|  |
| --- |
| **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** | **28** | Habitaciones |  | 28 habitaciones sencillas con aire acondicionado y desayuno incluido, número de días dos (2) para un total de 56. |  |  |  |
| **2** | **35** | Almuerzos |  | 35 almuerzos (una carne, 2 complementos, refresco) número de días 3 para un total de 105. |  |  |  |
| **3** | **35** | Coffe Break (Mañana) |  | 35 Coffe Break(mañana), número de días 2, para un total de 70. |  |  |  |
| **4** | **35** | Coffe Break(tarde) |  | 35 Coffe Break(tarde), número de días 2, para un total de 70. |  |  |  |
| **5** | **28** | Cenas |  | 28 cenas, número de días 2, para un total de 56. |  |  |  |
| **6** | **1** | Salón |  | 1 salón de conferencias, con equipo de audio días 3. |  |  |  |
|  |  |  |  | **Nota: A realizarse en el municipio de Santa Cruz de Yojoa, departamento de Cortes, del día miércoles 23 al viernes 25 de julio 2025.****Contar con estacionamiento vehicular para 20 vehículos como mínimo.****Lugar ubicado en zona segura.****Higiénico sin insectos, con servicio de agua disponible.** |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **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