**FORMATO DE SOLICITUD DE COTIZACION DE BIENES Y SERVICIOS**
**FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE USME**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA:** | FEDERACIÓN NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA | **NIT:** | 860528224-0 | **FECHA:** | 19.04.2023 |
| **CONTACTO:** | DANIELA ACEVEDO | **CARGO:** | Coordinadora de Equipo-Asesorías Técnicas para la Accesibilidad y la Inclusión | **TEL. CELULAR :** | 3212277424 |
| **E-MAIL:** | asesortecnico@fenascol.org.co | **DIRECCIÓN:** | Carrera 26A #39B - 15 Barrio La Soledad | **TEL. FIJO:** | 601-3689869 |

**Instrucciones para el diligenciamiento del formato de cotización**

• Por favor diligenciar solo las celdas en AZUL. Se deben llenar todas las casillas.
• Revisar todos los requerimientos que se exponen en la columna "Descripción de producto y/o servicio" y formular su cotización en concordancia con este.
• Asignar en la casilla G el **"Valor Unitario"** (Precio que el proponente oferta para el bien)
• Asignar en la casilla H la **"tarifa IVA"** que corresponda, en caso de estar excento de IVA colocar cero(0).
• No modificar, agregar o quitar ningún ítem o sub-ítem.

| Ítem | ID interno | Item | Descripción de producto y/o servicio | Unidad de medida | Imagen de Referencia | Valor Unitario | Tarifa IVA (no aplica 0) | Valor Unitario IVA incluido | Cantidad | Valor Total IVA incluido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 182 | INTERPRETE DE SEÑAS | 2 Interpretes de señas (Certificado de experiencia en eventos con población en condición de discapacidad auditiva, mínimo un (1) año, para lo cual el ejecutor certificará su idoneidad. Jornada de seis (6) horas. (por norma de salud ocupacional un intérprete en periodos de más de una hora, debe ser relevado cada 20-30 minutos durante el servicio.) | 6 Horas | Imagen No Disponible<br>Imagen de Referencia | $ 1.411.770 | 19% | $ 268.236 | | $ 0 |
| | | | | | **SUBTOTAL** | **$ 1.411.770** | | **$ 268.236** | **0** | **$ 0** |