

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	001-2024-GOREMAD-DIRESA/OEA-OAYSG			
		Fecha	12/08/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS			
		RUC	20170258054			
		Dirección	AV. ERNESTO RIVERO N°475 - PUERTO MALDONADO			
		Teléfono(s)	(082) 571126			
		Correo electrónico	logisticamdddiresa@gmail.com			
		Persona de contacto	ALEXANDER MARURI TTITO			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DROGUERIA LUAMED S.A.C.			
		RUC	20604470383			
		Dirección	CAL.PISCIS MZA. 102 LOTE. 28 INT. PIS2 A.H. LOS NORTEÑOS			
		Teléfono(s)	948010868			
		Correo electrónico	administracion@droguerialuamed.com			
		Representante o persona de contacto	ELMER JULCA QUISPE			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 30 EQUIPO HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL PARA EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES TRAZADORES Y DETECCION TEMPRANA DE NIÑOS CON ANEMIA EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA REGION MADRE DE DIOS			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center"> <p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN</p>  <p>Lic. Adm. GERRY LEONEL VELA QUISPE JEFE DE LA OFICINA DE MANEJO DE PROCESOS Y SERVICIOS GENERALES</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	002-2024-GOREMAD-DIRESA/OEA-OAYSG			
		Fecha	12/08/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS			
		RUC	20170258054			
		Dirección	AV. ERNESTO RIVERO N°475 - PUERTO MALDONADO			
		Teléfono(s)	(082) 571126			
		Correo electrónico	logisticamdddiresa@gmail.com			
		Persona de contacto	ALEXANDER MARURI TTITO			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GS EQUIPOS ESPECIALES S.A.C.			
		RUC	20552763158			
		Dirección	CAL.LAS LILAS NRO. 485 URB. SAN EUGENIO – LIMA – LIMA – LINCE			
		Teléfono(s)	951969645			
		Correo electrónico	gsequipossac2019@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	MIGUEL ANGEL RIVERA RORIGUEZ			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 30 EQUIPO HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL PARA EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES TRAZADORES Y DETECCION TEMPRANA DE NIÑOS CON ANEMIA EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA REGION MADRE DE DIOS			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<p align="center"> GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  Lic. Adm. GERRI LEONEL VELA QUISPE JEFE DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES </p>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	003-2024-GOREMAD-DIRESA/OEA-OAYSG			
		Fecha	12/08/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS			
		RUC	20170258054			
		Dirección	AV. ERNESTO RIVERO N°475 - PUERTO MALDONADO			
		Teléfono(s)	(082) 571126			
		Correo electrónico	logisticamdddiresa@gmail.com			
		Persona de contacto	ALEXANDER MARURI TTITO			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	FARVALTHI E.I.R.L.			
		RUC	20605925902			
		Dirección	AV. COLECTORA VILLA CLUB 5 MZA. V LOTE. 8 LIMA - LIMA - CARABAYLLO			
		Teléfono(s)	931892314			
		Correo electrónico	FARVALTHI@GMAIL.COM			
		Representante o persona de contacto	ELENA RAMOS BECERRA			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 30 EQUIPO HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL PARA EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES TRAZADORES Y DETECCION TEMPRANA DE NIÑOS CON ANEMIA EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA REGION MADRE DE DIOS			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN Lic. Adm. GERRY LEONEL VELA QUISPE JEFE DE LA OFICINA DE DESARROLLO Y SERVICIOS GENERALES</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	004-2024-GOREMAD-DIRESA/OEA-OAYSG		
		Fecha	12/08/2024		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS		
		RUC	20170258054		
		Dirección	AV. ERNESTO RIVERO N°475 - PUERTO MALDONADO		
		Teléfono(s)	(082) 571126		
		Correo electrónico	logisticamdddiresa@gmail.com		
		Persona de contacto	ALEXANDER MARURI TTITO		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BAYOMED HEALTH PERU SAC		
		RUC	20480981775		
		Dirección	CAL.LONDRES NRO. 210 URB. SAN NICOLAS LA LIBERTAD - TRUJILLO - TRUJILLO		
		Teléfono(s)	948993100		
		Correo electrónico	ventas@bayomed.com		
		Representante o persona de contacto	PIERINA RODRIGUEZ		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 30 EQUIPO HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL PARA EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES TRAZADORES Y DETECCION TEMPRANA DE NIÑOS CON ANEMIA EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA REGION MADRE DE DIOS		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<p align="center"> GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  Lic. Adm. GERRY LEONEL VELA QUISPE JEFE DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES </p>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	05-2024-GOREMAD-DIRESA/OEA-OAYSG			
		Fecha	12/08/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS			
		RUC	20170258054			
		Dirección	AV. ERNESTO RIVERO N°475 - PUERTO MALDONADO			
		Teléfono(s)	(082) 571126			
		Correo electrónico	logisticamdddiresa@gmail.com			
		Persona de contacto	ALEXANDER MARURI TTITO			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BIOTECNOLOGIC IMPORT S.A.C.			
		RUC	20493132416			
		Dirección	CAL.SIHUAS NRO. 992 URB. COVIDA ET. UNO LIMA - LIMA - LOS OLIVOS			
		Teléfono(s)	974655291			
		Correo electrónico	biotecnologic.import@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	VASQUEZ COTRINA PACO DAVI			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 30 EQUIPO HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL PARA EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES TRAZADORES Y DETECCION TEMPRANA DE NIÑOS CON ANEMIA EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA REGION MADRE DE DIOS			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Lic. Adm. GERALD LEONEL VELAQUISPE JEFE DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						