

PROVINCIA SANTA
DISTRITO CHIMBOTE
PEDIDO DE COMPRA N°
META: RUBIO:
RAZON SOCIAL:
RUC 2096928837

DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE



CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES

N°	DESCRIPCION	CANT	UNIDAD MEDIDA	COTIZACION DE				COTIZACION DE				COTIZACION DE			
				RUC	20045444	RUC	6 MEDICAL DIAGNOSTICA S.A.C	RUC	200771715	RUC	2061084315	ANGEL MEDICAL	TOTAL	VALOR	VALOR
1	TRIGLICERIDOS 10 X25M + ESTANDAR	60	UNIDAD	57,600.4	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00	57,793.00

LA MEJOR OFERTA ES DE: LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C. CON 20904626693, POR EL MONTO DE S/ 53,793.6

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD PACIFICO NORTE

CPC C. Adila Calderon Alberth Antony
RESPONSABLE (E) DE ADQUISICIONES

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE

CPC C. Adila Calderon Alberth Antony
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

Anexo N° 1

Informe sustentado torio para emplear la comparación de precios									
1	Datos del documento		Fecha de informe		17de marzo del 2023				
2	Objeto de la contratación		Objeto de la contratación		Bienes				
	<p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que SEGÚN MEMORANDUM N°385-2023 -DRSPN-CH-ODI/US, con fecha 09 de marzo del 2023, quienes solicitan la adquisición de insumos para abastecer a los IPRESS de la jurisdicción de la dirección de la red de salud pacífico norte, adjunto el pedido siga y especificaciones técnicas requeridas. • que de acuerdo a lo establecido en el artículo 25 del texto único ordenado de la ley 30225, ley de contrataciones del estado, la comparación de precios puede utilizarse para la contratación de bienes y servicios de disponibilidad inmediata, distintos a los consultoría, que no sean fabricantes o prestados siguiendo las especificaciones o indicaciones de contratante siempre que sean fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado , conforme a lo señalado • No corresponde utilizar el procedimiento de comparación de precios para la contratación de bienes y servicios que son fabricados o prestados siguiendo la Descripción particular o instrucciones de la Entidad tales como el mantenimiento de carreteras; la contratación de profesionales o personal especializado; el suministro periódico de bienes o los servicios de ejecución periódica tales como la mensajería; la toma de inventario físico de bienes; la adquisición de vehículos; la recolección y disposición final de residuos sólidos; el acondicionamiento, mantenimiento y/o reparación de infraestructura; entre otros supuestos. Tampoco corresponde utilizar dicho procedimiento para la contratación de bienes o servicios incluidos en el Listado de bienes y servicios comunes y en el Catálogo Electrónico, los que se contratan a través del procedimiento de Subasta Inversa Electrónica y Acuerdo Marco, así como para la adquisición de productos alimenticios para el Programa de Vaso de Leche u otros programas sociales que cuentan con regulación especial. • Que, habiendo verificado el cumplimiento de dichas condiciones, se determinado que dicho requerimiento cumple con los requisitos para utilizar el proceso de selección de comparación de precios. 		<p>Descripción del objeto de la contratación</p> <p>ADQUISICIÓN DE TRIPLICADOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE</p>						
	<p>Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general</p> <p>a. Disponibilidad inmediata</p> <p>Si Cumple No Cumple</p>		<p>b. Fáciles de obtener en el mercado</p> <p>Si Cumple No Cumple</p>		<p>c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado</p> <p>Si Cumple No Cumple</p>				

6	 GOBIERNO REGIONAL DE ANTIOQUIA Dirección Regional de Salud Bucal Dirección de Salud Bucal y Odontología		CPCC Avila Calderón Alberth Anthony JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA		Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones
5	Observaciones				
6	Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.				
	La adquisición solicitada por el área usuaria se verificada que en el estudio realizado de advierte que existe pluralidad de potenciales proveedores, capaces de abastecer el bien requerido.				
d.	Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad		X	La adquisición solicitada por el área usuaria se verificada que en el estudio realizado de advierte que existe pluralidad de potenciales proveedores, capaces de abastecer el bien requerido.	
	contratante			La adquisición solicitada por el área usuaria se verificada que en el estudio realizado de advierte que existe pluralidad de potenciales proveedores, capaces de abastecer el bien requerido.	

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 1

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión del informe sustentatorio para emplear la comparación de precios. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios, describiendo además el objeto de la contratación.
3	Registrar los antecedentes que la Entidad considere conveniente.
4	Analizar el cumplimiento de cada una de las condiciones para emplear la comparación de precios. En tal sentido, la Entidad debe indicar si cumple o no cumple cada una de dichas condiciones y, de ser afirmativa la respuesta, consignar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de cada una de las condiciones. Para tales efectos, la Entidad debe tomar en cuenta las definiciones consignadas en el numeral 6.1 de la Directiva, así como el listado de supuestos en que no corresponde emplear la comparación de precios mencionados en el numeral 6.2 de la Directiva.
5	Registrar las observaciones que la Entidad estime conveniente.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones


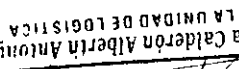
Solicitud de cotización

1	Número y fecha del documento	Número	08/05/2023
		Fecha	

2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE
		RUC	20569238537
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I
		Teléfono(s)	
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe

3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	LINAS HOSPITALARIAS S.A.C
		RUC	RUC: 20604626693
		Dirección	AV. CIRCUNVALACIÓN MZA. K LOTE. 8C2 INT. 3 URB. LA CAPITANA CPM SANTA LURIGANCHO
		Teléfono(s)	977691779
		Correo electrónico	LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM
		Representante o persona de contacto	

4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	
			Servicios		
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE TRIGLICERIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE		
5	Información complementaria	Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
					X

6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones	 GOBIERNO REGIONAL DE ANCAH Dirección Regional de Salud Ancash Dirección de Red de Salud Pacífico Norte  CPCC Avila Calderón JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	08/05/2023
----------	----------------------------	------------

2	Cotización			
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE TRIGLICERIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE		
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X	
		No cumple		
2.3	Monto total cotizado			
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO COTIZACION		

3	Declaración jurada del proveedor	<p> Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar. </p> <p> Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. </p>
----------	---	---

4	<p align="center"> LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C. Lucia Martinez Mezones GERENTE GENERAL RUC 20604626693 </p> <p align="center">Nombre, firma y sello del proveedor</p>
----------	--

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

Declaración jurada del proveedor	
1	Fecha del documento 08/05/2023

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE TRIGLICÉRIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE
	2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 56,313.60
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	ADJUNTO PROFORMA

3	<p>Declaración jurada del proveedor</p> <p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>
---	--

4	<p>LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.</p> <p>..... Lucia Martinez Mezones GERENTE GENERAL RUC 20604626693</p> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>
---	---

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.
RUC: 20604626693
AV. CIRCUNVALACIÓN MZA. K LOTE. 8C2 INT. 3 URB. LA CAPITANA CPM SANTA /
LURIGANCHO
TELÉFONO: 977691779
CORREO: LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM


SEÑORES: RED DE SALUD PACIFICO NORTE
RUC: 20569238537
RESPONSABLE: DPT. LOGISTICA
DIRECCION: CHIMBOTE
FECHA: 02/05/2023
COTIZACION: 566

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MARCA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
--------------------------	-------	----------	-----------------	--------------

TRIGLICERIDOS 10 X25M + ESTÁNDAR / FV: 30/11/2024	VALTEX	84	670.40	56313.60
---	--------	----	--------	----------

SUB TOTAL:	47723.39
I.G.V.:	8590.21
TOTAL:	56,313.60

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.
RUC: 20604626693
GENTE GENERAL



OBSERVACIONES:
GARANTIA: 12 MESES
CONDICIONES: CREDITO COMERCIAL
ENTREGA: 25 DIAS CALENDARIO
VALIDEZ COTIZACION: 07 DIAS CALENDARIO

Solicitud de cotización


Número y fecha del documento	Número	Fecha
1		03/05/2023

Entidad	Nombre de la Entidad	RUC	Dirección	Teléfono(s)	Correo electrónico	Persona de contacto
2	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE	20569238537	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I		adquisiciones@rspnorte.gob.pe	adquisiciones@rspnorte.gob.pe

Datos del proveedor	Nombre o razón social	RUC	Dirección	Teléfono(s)	Correo electrónico	Representante o persona de contacto
3	G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.	20607711713	AV. LOS PINOS NRO. 1793 INT. A URB. EL PINAR LIMA - LIMA - COMAS	961810261	gmedicalm@gmail.com	

Objeto de la contratación	Descripción del objeto de la contratación	Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
4	ADQUISICIÓN DE TRIGLICERIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE			X	

5	Información complementaria	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.

6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones
6	 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA Dirección Regional de Salud Ambiental CPCC Avila Calderón Alberth Antony JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

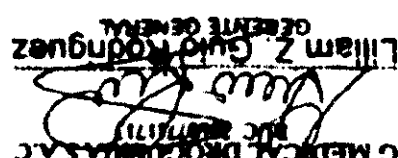
Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	08/05/2023
----------	----------------------------	------------

2	Cotización	
	2.1	Descripción del objeto de la contratación
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda
	2.3	Monto total cotizado
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso
		ADJUNTO COTIZACION

3	Declaración jurada del proveedor	<p> Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar. </p> <p> Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. </p>
----------	---	---

4	<div align="center">  </div>	Nombre, firma y sello del proveedor
----------	---	--

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

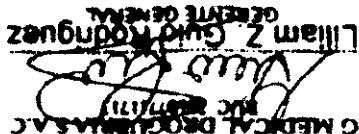
Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

Declaración jurada del proveedor	
----------------------------------	--

1	Fecha del documento	08/05/2023
---	---------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE TRIGLICÉRIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACÍFICO NORTE
	2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 56,473.20
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	ADJUNTO PROFORMA

3	Declaración jurada del proveedor	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>
---	----------------------------------	---

4	<p>Nombre, firma y sello del proveedor</p> <p>  </p>
---	--

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



gmedicalm@gmail.com

Av: Los Pinos 1793 Urb. El Pinar Comas - Lima Telef. 961810261

RUC: 20607711713

CIEN	CUENTE	CONTACTO	FECHA	Ciudad
RED DE SALUD PACIFICO NORTE	Sres. LOGISTICA	02/05/2023	HUARAZ	
RUC	DIRECCION	DESCUENTO (%)	T. Pago	
20569238537	CHIMBOTE	S/	56,473.20	

Item	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Precio Total
1	TRIGLICERIDOS 10 X25M + ESTÁNDAR / VALTEX	84	UND	S/ 672.30	56,473.20

Condiciones

Precio expresado en soles. Incluye IGV y gastos de envío
Plazo de entrega: 10 días calendario
Validez de oferta: 15 días calendario



G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.
RUC: 20607711713
William Z. Quiroga
Gerente General

Subtotal	S/	47,858.64
IGV(18%)	S/	8,614.56
Valor total	S/	56,473.20

Solicitud de cotización


1	Número y fecha del documento	Número	
		Fecha	08/05/2023

2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE
		RUC	20569238537
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I
		Teléfono(s)	
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe

3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	ANGLOMED E.I.R.L.
		RUC	20610306315
		Dirección	CAL. ALFREDO MALDONADO NRO. 654 LIMA - LIMA - PUEBLO LIBRE (MAGDALENA VIEJA)
		Teléfono(s)	951590652
		Correo electrónico	ventas@ciencimed.com
		Representante o persona de contacto	

4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE TRIGLICERIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE		
		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	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones	 <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Jefe de la Unidad de Logística CPCC Avila Calderon Alberth Antony</p>
---	--	---

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones.

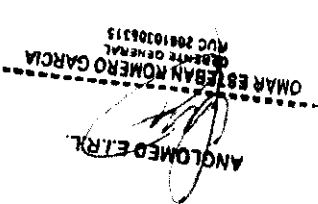
Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	08/05/2023
----------	----------------------------	------------

2		Cotización	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE TRIGLICÉRIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado		
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO COTIZACION	

3	<p>Declaración jurada del proveedor</p> <p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>
----------	--

4	<p align="center">Nombre, firma y sello del proveedor</p> 
----------	---

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

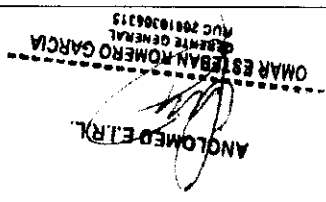
Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

Declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	08/05/2023
---	---------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE TRIGLICERIDOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO PARA EL ABASTECIMIENTOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SALUD PACIFICO NORTE	
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 56,632-80	
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	ADJUNTO PROFORMA	

3	Declaración jurada del proveedor	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>
---	----------------------------------	---

4	Nombre, firma y sello del proveedor	 <p>OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA AGENTE GENERAL RUC 20810366315 ANGLOMED E.I.R.L.</p>
---	-------------------------------------	--

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



PROFORMA

Nº 000016

ANGLOMED E.I.R.L.

DIRECCIÓN: CAL. ALFREDO MALDONADO 654
CIUDAD: LIMA
DISTRITO: PUEBLO LIBRE
TELÉFONO: 951590652
FECHA VENCIMIENTO: 10/05/2023
FECHA ENTREGA: 15 DÍAS DESPUÉS DE ENVIADA LA OC
GARANTÍA: 1 AÑO

FECHA: 02/05/2023
FORMA DE PAGO: CRÉDITO
EMAIL: aplicacion@anglomed.com
RUC: 20610306315
RUC: 20569238537
RAZÓN SOCIAL: RED DE SALUD PACIFICO NORTE
DIRECCIÓN: CHIMBOTE

ID	MARCA	PRODUCTO O SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO	SUB TOTAL
1	VALTEX	TRIGLICERIDOS 10 X25M + ESTÁNDAR	84	S/ 674,20	S/ 56.632,80
					S/ 56.632,80
					S/ 47.993,90
					S/ 8.638,90
					S/ 56.632,80

CONDICIONES GENERALES: La oferta es en efectivo y no incluye todos los impuestos y traslado hasta el destino. La vigencia de nuestra oferta es válida hasta a 30 días. La oferta es por un monto de S/ 500.00.

ANGLOMED E.I.R.L.
OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA
GERENTE GENERAL
RUC 20810306315