

Anexo N° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|---|---|---|---|---|------------------------|--|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 011-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 17 de Agosto del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DISPOSITIVOS Y EQUIPAMIENTO MEDICO PERU E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 20603263422 | | | |
| | | Dirección | CALLE DIEGO PALOMINO Nº 2069 SEC LOS CEREZOS JAEN – JAEN - CAJAMARCA | | | |
| | | Teléfono(s) | 952907806 | | | |
| | | Correo electrónico | ventasdmedicperu@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | ANA DORDOVA TARIFEÑO | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | X | Servicios | |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL MEDICO (TAMBOR DE ACERO) REQUERIDO PARA LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | 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 style="text-align: center;">GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI</p> <p style="text-align: center;"> WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</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° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|--------|------------------------|--------|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 012-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 17 de Agosto del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DROGUERIA WEISER E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 20607123790 | | | |
| | | Dirección | CALLE CIRO ALEGRIA CDRA 02 JAEN – JAEN – CAJAMARCA | | | |
| | | Teléfono(s) | 901932585 | | | |
| | | Correo electrónico | drogueriaweiser@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | YAMIL CAMPOS NUÑEZ | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes | Bienes | Bienes |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL MEDICO (TAMBOR DE ACERO) REQUERIDO PARA LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | 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 style="text-align: center;">GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI</p> <p style="text-align: center;">WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</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° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|---------------------------|------------------------|--------|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 013-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 17 de Agosto del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DROGUERIA TINKU MEDICAL E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 20608605020 | | | |
| | | Dirección | MZA B LOTE 01 H.U JESUS MARIA JAEN – JAEN – CAJAMARCA | | | |
| | | Teléfono(s) | 944393011 | | | |
| | | Correo electrónico | ventastinkvmedical@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | MARY CARMEN GUERRA LABAN | | | |
| | | 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes |
| Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL MEDICO (TAMBOR DE ACERO) REQUERIDO PARA LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI | | | | | |
| 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 style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI  WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LÓGISTICA </p> | | | | | |
| Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones | | | | | | |

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° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|---------------------------|------------------------|--------|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 014-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 17 de Agosto del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | CORPORACION INSUMEDIC S.A.C. | | | |
| | | RUC | 20392996401 | | | |
| | | Dirección | JIRON MOQUEGUA 208 LIMA – LIMA | | | |
| | | Teléfono(s) | 920091225 | | | |
| | | Correo electrónico | corpinsumedicventas@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | GIOVANNI PAREDES CHAUCA | | | |
| | | 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes |
| Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL MEDICO (TAMBOR DE ACERO) REQUERIDO PARA LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI | | | | | |
| 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">   WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGISTICA </div> | | | | | |
| Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones | | | | | | |

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° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|--|---|---|---|--------|------------------------|--------|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 015-2024-G.R.AMAZONAS/DRSA/DRSC/OA&UL | | | |
| | | Fecha | 17 de Agosto del 2024 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | DIRECCION DE RED SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | RUC | 20487671097 | | | |
| | | Dirección | NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) | | | |
| | | Teléfono(s) | 910159875 | | | |
| | | Correo electrónico | logistica@saludcondorcanqui.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | WILLIAM PIZARRO PANDURO | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | DONILA PRADO CABANILLAS | | | |
| | | RUC | 10164556986 | | | |
| | | Dirección | VICENTE DE LA VEGA N° 1087 CHICLAYO - LAMBAYEQUE | | | |
| | | Teléfono(s) | 959286235 | | | |
| | | Correo electrónico | doniperu@hotmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | GIOVANNI PAREDES CHAUCA | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | Bienes | Bienes | Bienes |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL MEDICO (TAMBOR DE ACERO) REQUERIDO PARA LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI | | | |
| | | 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 style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS DIRECCION DE RED DE SALUD CONDORCANQUI  WILLIAM M. PIZARRO PANDURO ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LOGISTICA </p> | | | | | |
| Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones | | | | | | |

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 |