



COTIZACION N° 215-EMP-2023

Señores: RED SALUD HUANUCO

Atención: UNIDAD DE LOGISTICA Y ADQUISICIONES

Por el presente, le saludamos a nombre de nuestra representada a la vez hacemos llegar nuestra propuesta técnica y económica según solicitud de requerimiento.

RAZON SOCIAL	EXIMPORT MULTIMEDICA PERUANA E.I.R. L	RUC.	20607399906
DIRECCION	Jr. CRESPO CASTILLO N° 386	CCI	00236500977395306358
TELEFONO	940917801	FECHA	24 de noviembre del 2023
EMAIL	ventas@eximportmultimedica.com	MONEDA	NUEVOS SOLES
RESPONSABLE	HUGO EUGENIO JIMENEZ		
CONDICIONES GENERALES DE VENTA			
FORMA DE PAGO	Al contado comercial incluidos impuestos de ley.	Tiempo de entrega:	10 días de haber recibido la orden de compra.
Garantía:	12 MESES	Valides de oferta:	15 días calendarios.

CANT	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
03	UND	UNIDADES DENTALES MARCA: PREZ MODELO: 1026 CARACTERISTICAS TECNICAS: <ul style="list-style-type: none">Presión del agua: > 10 i/minAlimentación de Energía: ac 220v + 22 v, 50 hz 4 hzCondiciones: temperatura de 5 °C - 40 °Chumedad relativa: 80%Peso Total del equipo: 210 Kg SILLÓN DENTAL: <ul style="list-style-type: none">Sistema Eléctrico de elevación y bajada del sillónMotor reductor de Base 8000N de respaldo 4000N de potenciaMovimientos del sillón de Pedal multifunción y caja de controlPunto cero y elevación automáticaCabecera con movimientos multiarticuladaTapizado Anatómico sin costuras (importado)Voltaje de Trabajo Power: 220 Y 50HzVoltaje de Trabajo de Motor: 24 Y DCCapacidad de carga 150 KgCaja de Abastos para conexiones.	S/.16,000.00	S/. 48,000.00



administracion@eximportmultimedica.com



ventas@eximportmultimedica.com



940 917 801



990 686 877

- Calle La Libertad 150MZ A LT 2 URB Monte Mar – La Perla – Callao.
- Jr. Crespo Castillo 386 Huánuco
- Jr. Junín 25 Dep. 3 Guadalupe – La Libertad



MULTIMEDICA PERUANA
EXIMPORT
Equipamientos Médico Hospitalario



	<ul style="list-style-type: none">• Sillón ajustable: 420mm-680mm• Respaldo ajustable: 105 * - 170 * <p>CAJA DE CONTROL:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acoplado al sillón dental• Brazo compensado con Freno neumático (soporta mayor peso) - 12 memorias digitales• Comando Digital ubicado en tablero de caja de control• Control de agua Fría y Caliente en el posavasos• Control de agua fría en la Salivadera• Regulador de presión de aire independiente• 04 soportes automáticos• 01 terminal para scaler neumático• 01 terminal con Jeringa triple• 02 terminales para alta rotación con refrigeración por spray• 01 terminal para baja rotación para Micromotor• Negatoscopio Led articulable <p>LÁMPARA DE LUZ:</p> <ul style="list-style-type: none">• Luminosidad de 15.000 a 25.000 Lux• Activación• Doble Tirador lateral• Lámpara Led dental de 4 focos - luz blanca• Brazo Articulado y compensado <p>UNIDAD DE AGUA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Abatible a 90°• Surtidor para Salivadera y para Posa vaso• Abastecimiento de agua de botella y de Suministro de vivienda• Escupidera translúcida de Cristal templado• Terma para agua caliente en el posavasos <p>MÓDULO PARA ASISTENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jeringa triple 01 eyector de saliva de baja potencia• 01 eyector de saliva de alta potencia• Curing Light• Jeringa Triple <p>TABURETE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sistema Neumático de elevación y de bajada• Base de 05 aspas con ruedas giratorias• Respaldo con protector lumbar• Tapizado anatómico, plastificado sin costuras		
			TOTAL: S/. 48,000.00



administracion@eximportmultimedica.com



ventas@eximportmultimedica.com



940 917 801

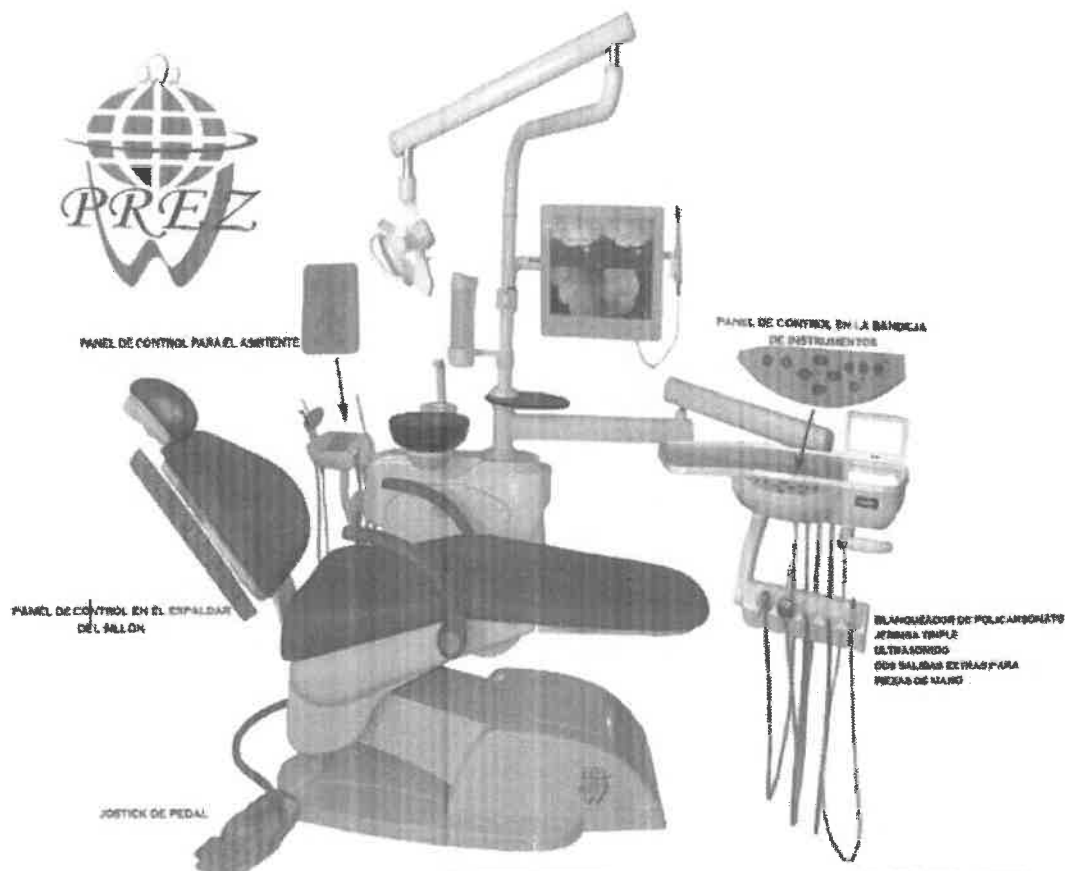


990 686 877

- Calle La Libertad 150MZ A LT 2 URB Monte Mar – La Perla – Callao.
- Jr. Crespo Castillo 386 Huánuco
- Jr. Junín 25 Dep. 3 Guadalupe – La Libertad



MULTIMÉDICA PERUANA
EXIMPORT
Equipamientos Médico Hospitalario



Atentamente,

MULTIMÉDICA PERUANA
eximimport
Equipamientos Médico Hospitalario
Erick's Roger Abad Jimenez
GERENTE GENERAL

✉ administracion@eximportmultimedica.com

✉ ventas@eximportmultimedica.com

☎ 940 917 801

☎ 990 686 877

- Calle La Libertad 150MZ A LT 2 URB Monte Mar – La Perla – Callao.
- Jr. Crespo Castillo 386 Huánuco
- Jr. Junín 25 Dep. 3 Guadalupe – La Libertad

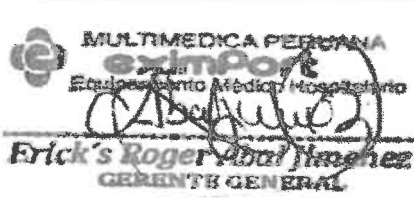
Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	24/11/2023
2	Cotización	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 03 UNIDADES DENTALES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
	2.2 Cumplimiento de las especificaciones técnicas y términos de referencia, según Monto total cotizado	Si cumple X
	2.3 Monto total cotizado	S/. 48,000.00
	2.4 Detallar documentación adjunta, de ser el caso	SE ADJUNTA LA COTIZACION N° 215 DE 03 UNIDADES DENTALES
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">  <p>Ericks Roger Abad Jimenez GERENTE GENERAL</p> </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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	Numero:	215-EMP-2023
		Fecha:	24/11/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	BIEN ADQUISICION DE 03 UNIDADES DENTALES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Se adjunta ESPECIFICACIONES TECNICAS
	2.2	Monto total según informe de indagación	S/. 48,000.00
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	SE ADJUNTA LA COTIZACION N° 215 DE 03 UNIDADES DENTALES
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			

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

COTIZACION N° 90-2023/MMF

Huánuco, 24 de noviembre del 2023

Sr: RED SALUD HUANUCO

Atención: UNIDAD FUNCIONAL DE ADQUISICIONES Y SERVICIOS

De nuestra mayor consideración, por medio de la presente le hacemos llegar nuestra propuesta económica para el producto que se detalla a continuación:

CAN T.	UND.	DESCRIPCION	MARCA	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
03	UND	UNIDADES DENTALES CARACTERISTICAS TECNICAS: <ul style="list-style-type: none"> Presión del agua: > 10 i/min Alimentación de Energía: ac 220v + 22 v, 50 hz 4 hz Condiciones: temperatura de 5 °C - 40 °C humedad relativa: 80% Peso Total del equipo: 210 Kg SILLÓN DENTAL: <ul style="list-style-type: none"> Sistema Eléctrico de elevación y bajada del sillón Motor reductor de Base 8000N de respaldo 4000N de potencia Movimientos del sillón de Pedal multifunción y caja de control Punto cero y elevación automática Cabecera con movimientos multiarticulada Tapizado Anatómico sin costuras (importado) Voltaje de Trabajo Power: 220 Y 50Hz Voltaje de Trabajo de Motor: 24 Y DC Capacidad de carga 150 Kg Caja de Abastos para conexiones. Sillón ajustable: 420mm-680mm Respaldo ajustable: 105 * - 170 * CAJA DE CONTROL: <ul style="list-style-type: none"> Acoplado al sillón dental Brazo compensado con Freno neumático (soporta mayor peso) - 12 memorias digitales Comando Digital ubicado en tablero de caja de control Control de agua Fría y Caliente en el posavasos Control de agua fría en la Salivadera Regulador de presión de aire independiente 04 soportes automáticos 01 terminal para scaler neumático 	MARCA: PREZ MODELO: PREZ1026	19,800.00	59,400.00



Jr. Daniel Alcides Carrion Mz. B Lt 9 - Pillco Marca - Huánuco

	<ul style="list-style-type: none">• 01 terminal con Jeringa triple• 02 terminales para alta rotación con refrigeración por espray• 01 terminal para baja rotación para Micromotor• Negatoscopio Led articulable <p>LÁMPARA DE LUZ:</p> <ul style="list-style-type: none">• Luminosidad de 15.000 a 18.000 Lux• Activación• Doble Tirador lateral• Lámpara Led dental de 4 focos - luz blanca• Brazo Articulado y compensado <p>UNIDAD DE AGUA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Abatible a 90°• Surtidor para Salivadera y para Posa vaso• Abastecimiento de agua de botella y de Suministro de vivienda• Escupidera translúcida de Cristal templado• Terma para agua caliente en el posavasos <p>MÓDULO PARA ASISTENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jeringa triple 01 eyector de saliva de baja potencia• 01 eyector de saliva de alta potencia• Curing Light• Jeringa Triple <p>TABURETE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sistema Neumático de elevación y de bajada• Base de 05 aspas con ruedas giratorias• Respaldo con protector lumbar• Tapizado anatómico, plastificado sin costuras			
PRECIO TOTAL:				S/. 59,400.00

CONDICIONES GENERALES DE VENTA:

Forma de pago: crédito comercial **NO INCLUYE IGV**

Tiempo de entrega: 20 días calendarios

Garantía: 12 meses.

Valides de oferta: 25 días calendarios.

Tipo de moneda: Soles

Atentamente,



Jr. Daniel Alcides Carrion Mz. B Lt 9 - Pillco Marca - Huánuco


Israel William Alvarado Ortiz

RUC: 10224683044

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	24-11-2023	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	03 UNIDADES DENTALES
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple X
			No cumple
	2.3	Monto total cotizado	S/. 59,400.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	SE ADJUNTA LA COTIZACION N°90 UNIDADES DENTALES RED
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">  Israel William Alvarado Ortiz RUC: 10224683044 </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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	24-11-2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 03 UNIDADES DENTALES PARA LA RED SALUD
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/. 59,400.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	SE ADJUNTA LA COTIZACION N°90 UNIDADES DENTALES RED
3	Declaración jurada del proveedor 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. 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.	
4	<div align="center">  Israel William Alvarado Ortiz RUC: 10224683044 </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

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



COTIZACION N° 085-2023

De:

Proveedor: BYSAR SAC

RUC: 20546554954

Para:

Cliente: RED DE SALUD HUANUCO

RUC: 20172383531-DIRECCION: Huánuco

Referencia: requerimiento

MONEDA: SOLES

CONDICION DE PAGO: CONTADO

VALIDEZ DE LA OFERTA: 15 DIAS

TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS CALENDARIOS

GARANTIA: 12 MESES

FECHA: 24/11/2023

CANT.	MED.	DESCRIPCION	VAL. UNIT. S/	VAL. TOTAL S/
03	UND	UNIDADES DENTALES MARCA: PREZ MODELO: PREZ 1026 CARACTERISTICAS TECNICAS: <ul style="list-style-type: none"> • Presión del agua: > 10 i/min • Alimentación de Energía: ac 220v + 22 v, 50 hz 4 hz • Condiciones: temperatura de 5 °C - 40 °C • humedad relativa: 80% • Peso Total del equipo: 210 Kg SILLÓN DENTAL: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Eléctrico de elevación y bajada del sillón • Motor reductor de Base 8000N de respaldo 4000N de potencia • Movimientos del sillón de Pedal multifunción y caja de control • Punto cero y elevación automática • Cabecera con movimientos multiarticulada • Tapizado Anatómico sin costuras (importado) • Voltaje de Trabajo Power: 220 Y 50Hz • Voltaje de Trabajo de Motor: 24 Y DC • Capacidad de carga 150 Kg • Caja de Abastos para conexiones. • Sillón ajustable: 420mm-680mm • Respaldo ajustable: 105 * - 170 * CAJA DE CONTROL: <ul style="list-style-type: none"> • Acoplado al sillón dental • Brazo compensado con Freno neumático (soporta mayor peso) - 12 memorias digitales 	20,500.00	61,500.00


Domiciliado en: Cal. Alfa Centauro Nro. 234 dpto. 102 Urb. la Calera de Monterrico Lima - Lima - Surquillo
 Cel: 948923443 - 921818941 - E-mail: ventasbysar@gmail.com



	<ul style="list-style-type: none"> • Comando Digital ubicado en tablero de caja de control • Control de agua Fría y Caliente en el posavasos • Control de agua fría en la Salivadera • Regulador de presión de aire independiente • 04 soportes automáticos • 01 terminal para scaler neumático • 01 terminal con Jeringa triple • 02 terminales para alta rotación con refrigeración por espray • 01 terminal para baja rotación para Micromotor • Negatoscopio Led articulable <p>LÁMPARA DE LUZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luminosidad de 15.000 a 18.000 Lux • Activación • Doble Tirador lateral • Lámpara Led dental de 4 focos - luz blanca • Brazo Articulado y compensado <p>UNIDAD DE AGUA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abatible a 90° • Surtidor para Salivadera y para Posa vaso • Abastecimiento de agua de botella y de Suministro de vivienda • Escupidera translúcida de Cristal templado • Terma para agua caliente en el posavasos <p>MÓDULO PARA ASISTENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeringa triple 01 eyector de saliva de baja potencia • 01 eyector de saliva de alta potencia • Curing Light • Jeringa Triple <p>TABURETE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Neumático de elevación y de bajada • Base de 05 aspas con ruedas giratorias • Respaldo con protector lumbar • Tapizado anatómico, plastificado sin costuras 		
			Total S/. 61,500.00

& PRECIOS INCLUYEN IGV

atte.


BYSAR SAC
 Edwin A. Alvarado Ortiz
 GERENTE GENERAL

Domiciliado en: Cal. Alfa Centauro Nro. 234 dpto. 102 Urb. la Calera de Monterrico Lima - Lima – Surquillo
 Cel: 948923443 - 921818941 - E-mail: ventasbysar@gmail.com



Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	24-11-2023	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	03 UNIDADES DENTALES	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 61,500.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION N° 085 03 UNIDADES DENTALES - BYSAR	
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">   Edwin A. Alvarado Ortiz GERENTE GENERAL </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

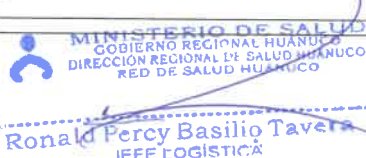
Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	24-11-2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	03 UNIDADES DENTALES
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/. 61,500.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION N° 085 03 UNIDADES DENTALES - BYSAR
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">  BYSAR SAC  Edwin A. Alvarado Ortiz GERENTE GENERAL </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

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

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	12-2023-RSH			
		Fecha	22/11/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUANUCO			
		RUC	20489498783			
		Dirección	Carr. central N°266 Llicua baja – Amarilis - Huánuco			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	rbasilio.redsaludhuanuco@gmail.com			
		Persona de contacto	OEC			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	ALVARADO ORTIZ ISRAEL WILIAM			
		RUC	10224683044			
		Dirección				
		Teléfono(s)	941696817			
		Correo electrónico	ventas@medicmontflorida.com			
		Representante o persona de contacto	ALVARADO ORTIZ ISRAEL WILIAM			
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 03 UNIDADES DENTALES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
		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	 <p>Ronald Percy Basilio Tavera JEFE LOGÍSTICA</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	13-2023-RSH			
		Fecha	22/11/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUANUCO			
		RUC	20489498783			
		Dirección	Carr. central N°266 Llicua baja – Amarilis - Huánuco			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	rbasilio.redsaludhuanuco@gmail.com			
		Persona de contacto	OEC			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BYSAR S.A.C.			
		RUC	20546554954			
		Dirección	CAL.ALFA CENTAURO NRO. 234 DPTO. 102 URB. LA			
		Teléfono(s)	940406226			
		Correo electrónico	Ventas.bysar@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	ALVARADO ORTIZ EDWIN AMADOR			
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 03 UNIDADES DENTALES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
		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	  Ronald Percy Basilio Tavera <small>JEFE LOGISTICA</small>					
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

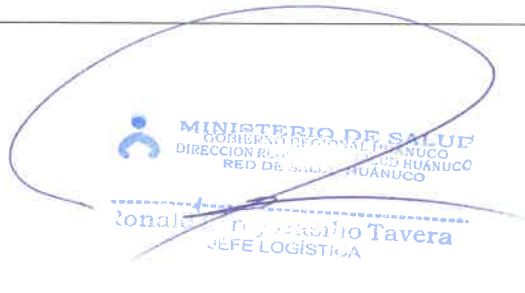
Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	14-2023-RSH		
		Fecha	22/11/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUANUCO		
		RUC	20489498783		
		Dirección	Carr. central N°266 Llicua baja – Amarilis - Huánuco		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico	rbasilio.redsaludhuanuco@gmail.com		
		Persona de contacto	OEC		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	EXIMPORT MULTIMEDICA PERUANA EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD LIMITADA		
		RUC	20607399906		
		Dirección	JR. CRESPO CASTILLO NRO. 360 (A MEDIA CUADRA DE METRO HUANUCO, HUANUCO, HUANUCO)		
		Teléfono(s)	940917801		
		Correo electrónico	ventas@eximportmultimedica.com		
		Representante o persona de contacto	ABAL JIMENEZ ERICK'S ROGER		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 03 UNIDADES DENTALES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
		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	  Ronald Percy Basilio Tavera <small>JEFE LOGÍSTICA</small>				
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° 1

Informe sustenta torio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe		001-2023-RSH/CP	
		Fecha de informe		03/11/2023	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE 03 UNIDADES DENTALES PARA LOS DISTINTOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
3	Antecedentes				
MEMORANDUM N°02768-2023-GRH-DRSH-DIREDHCO/ODI					
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general			¿Cumple con la condición?	
				Sí Cumple	No Cumple
	a. Disponibilidad inmediata.			X	
	<i>Si, se puede evidenciar de las cotizaciones recibidas, que se cuenta en el mercado con stock suficiente, para poder abastecer la necesidad presentada por la entidad, con un plazo no mayor de 05 días.</i>				
	b. Cumplan con las especificaciones técnicas o términos de referencia sin necesidad de ser fabricados, producidos, modificados, suministrados o prestados siguiendo la descripción particular de la Entidad.			X	
	<i>Los bienes requeridos son de fabricación estándar, por lo que la adquisición de los mismos no se realiza bajo descripción particular por la entidad.</i>				
	c. Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado.			X	
	<i>Son bienes fáciles de obtener en el mercado, ya que dentro de la jurisdicción se dispone con empresas que comercializan los bienes requeridos por la entidad.</i>				
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.					
5	Observaciones				
6					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

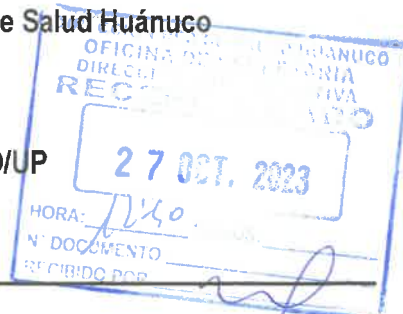
MEMORANDUM N° 369 -2023-GRH-DRSH-DIREDHCO/OPE

A : Econ. Marco Antonio Ortega Puchuri
Director de la Oficina de Administración de la Red de Salud Huánuco

ASUNTO : CERTIFICACIÓN PRESUPUESTAL

REF. : INFORME N°0191-2023-GRH-GRDS-DIRESA-RS HCO/UP

FECHA : Amarilis, 27 de octubre del 2023



Por medio del presente, me dirijo a usted, para hacerle de su conocimiento con respecto al documento de la referencia emitido por la Unidad de Presupuesto en atención, se aprobó en el módulo del sistema SIAF-SP/MPP las notas de Certificación de Crédito Presupuestario N°2675 y 2659.

Por lo tanto, se remite el reporte de la nota de certificación de crédito presupuestario para efectuar el trámite correspondiente, recordándole que la presente certificación, no convalida actos administrativos que se haya realizado o se realice, que no se ciñan a las Normas Legales Vigentes para tal efecto.

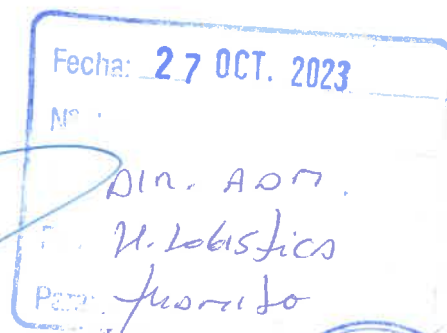
Para mayor detalle adjunto, el documento de la referencia en originales (41) folios incluido el presente

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y demás fines.

Atentamente:



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD HUANUCO
Econ. Juri Piquito Troncos
DIRECTOR DE PLANEAMIENTO
ESTRATEGICO



AMARILIS: 31 OCT 2023

VISTO: U. Logística

PASE A: Adquisición

PARA: Trámite



JTT/emh.
C.C. archivo

Reg. Doc.	04302421
Reg. Exp.	02566745

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

INFORME N° 191-2023- GRH-GRDS-DIRESA-RS HCO/UP

A : Econ. Juri TAQUIO TRONCOS
Director de la Oficina de Planeamiento Estratégico

DE : Lic. Adm. Sharol Estefani ROMERO AQUINO
Jefe (e) de la Unidad de Presupuesto

ASUNTO : CERTIFICACIÓN PRESUPUESTAL

REFERENCIA : MEMORANDUM N°0690-2023-GR-HCO-DRS/DIREDHCO/DA
INFORME N° 481-2023-GRHCO-DRSH-RSHCO/UL

FECHA : Amarilis, 27 de Octubre del 2023

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informarle, que en atención a los documentos de la referencia y en observancia a la normatividad vigente relacionado a la ejecución de gastos se aprobó en el módulo del sistema SIAF-SP/MPP las notas de Certificación de Crédito Presupuestario **N°2659 Y 2675**, a fin de que se realice el proceso de selección; Comparación de precios “Adquisición de Unidad Dental”, con cargo a la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias, detallado en el documento solicitante.

Por lo tanto, se remite el reporte de la nota de certificación de crédito presupuestario para efectuar el trámite correspondiente, recordándole que la presente certificación, no convalida actos administrativos que se haya realizado o se realice, que no se ciñan a las Normas Legales Vigentes para tal efecto.

En tal sentido, se recomienda derivar el presente documento a la Oficina de Dirección Administrativa con atención a la Unidad de Logística para la continuación de las acciones administrativas a fin de garantizar el cumplimiento de los compromisos de esta Unidad Ejecutora.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y demás fines.

Atentamente:


GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
U. G. de Planeamiento y Presupuesto
Lic. Adm. Sharol Estefani Romero Aquino
JEFE (e) DE LA UNIDAD DE PRESUPUESTO

JTT/sera
C.c. Archivo

Reg. Doc.	04302159
Reg. Exp.	02566745

CERTIFICACIÓN DE CREDITO PRESUPUESTARIO
NOTA N° 0000002659
(EN SOLES)



PLIEGO : 448 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO
EJECUTORA : 404 REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO [001247]

MES : AGOSTO
FECHA DE DOCUMENTO : 29/08/2023
TIPO DOCUMENTO : MEMORANDUM
JUSTIFICACIÓN : CCMN-002837: ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA EL C.S MARGOS..META 046 - N° TRANSF. 388

FECHA APROBACION : 31/08/2023
ESTADO CERTIFICACION : APROBADO

DETALLE DEL GASTO

SECUENCIA PRG PROD/PRY ACT/AIOBR FN. DIVF GRPF META FF RB CGTT G SG SGD ESPSPD	MONTO
0001 INICIAL	
0018 3000680 5006275 20 044 0096 ATENCION ESTOMATOLOGICA PREVENTIVA BASICA	16,000.00
0046 ATENCION ESTOMATOLOGICA PREVENTIVA BASICA	16,000.00
4 13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	16,000.00
6 GASTOS DE CAPITAL	16,000.00
2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	16,000.00
2.6.3 ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINARIAS Y OTROS	16,000.00
2.6.3.2 ADQUISICION DE MAQUINARIAS, EQUIPO Y MOBILIARIO	16,000.00
2.6.3.2.4 ADQUISICION DE MOBILIARIO, EQUIPOS Y APARATOS MEDICOS	16,000.00
2.6.3.2.4.2 EQUIPOS	16,000.00
TOTAL	16,000.00
TOTAL CERTIFICACION	16,000.00
TOTAL NOTA	16,000.00

**GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
U.E. ASISTENTE DE SALUD HUÁNUCO

Lic. Adm. Skaro Estefani Romero Aquino
JEFE (e) DE LA UNIDAD DE PRESUPUESTO
Presupuesto y Planificación
Sello Y Firma

CERTIFICACIÓN DE CREDITO PRESUPUESTARIO
NOTA N° 0000002675
(EN SOLES)

PLIEGO : 448 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO
EJECUTORA : 404 REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO [001247]

MES : AGOSTO
FECHA DE DOCUMENTO : 31/08/2023
TIPO DOCUMENTO : MEMORANDUM
JUSTIFICACIÓN : CCMN-002838: ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA EL P.S PUENTE DURAND..META 135 - N° TRANSF. 127

FECHA APROBACION : 31/08/2023
ESTADO CERTIFICACION : APROBADO

DETALLE DEL GASTO

SECUENCIA PRG PROD/PRY ACT/IOBR FN. DIVF GRPF META FF RB CGTT G SG SGD ESFESPD	MONTO
0001 INICIAL	
9002 3999999 5002166 20 044 0096 OTRAS ATENCIONES DE SALUD BASICAS	32,000.00
0135 BRINDAR ATENCION BASICA DE SALUD	32,000.00
4 13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	32,000.00
6 GASTOS DE CAPITAL	32,000.00
2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	32,000.00
2.6.3 ADQUISICION DE VEHICULOS, MAQUINARIAS Y OTROS	32,000.00
2.6.3.2 ADQUISICION DE MAQUINARIAS, EQUIPO Y MOBILIARIO	32,000.00
2.6.3.2.4 ADQUISICION DE MOBILIARIO, EQUIPOS Y APARATOS MEDICOS	32,000.00
2.6.3.2.4.2 EQUIPOS	32,000.00
TOTAL	32,000.00
TOTAL CERTIFICACION	32,000.00
TOTAL NOTA	32,000.00

 **GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
U.E. REGION DE SALUD HUÁNUCO


Lic. Adán Sharo Esteveza Romero Aguirre
JEFE (a) DE LA UNIDAD DE PRESUPUESTO

Presupuesto y Planificación
Sello Y Firma

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

MEMORÁNDUM N° 0690-2023-GR-HCO-DRS/DIREDHCO-DA.

DE : **ECON. MARCO ANTONIO ORTEGA PUCHURI**
Director de la Oficina de Administración de la Red de Salud Huánuco

A : **ECON. JURI TAQUIO TRONCOS**
Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

ASUNTO : **SOLICITO APROBACION DE CERTIFICACION
PRESUPUESTAL**

REF. : **Informe N° 481-2023-GRH-DIRESA-RSH/UL**

FECHA : **Amarilis, 26 de OCTUBRE de 2023**

Mediante el presente, se le comunica que en atención al documentode la referencia, solicito **APROBACION DE CERTIFICACION PRESUPUESTAL**, para atender el requerimiento de Bienes y Servicios, para el desarrollo de las actividades de control de las estrategias de los diferentes Establecimientos de la Red Salud Huanuco, sobre **“ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL”**, por el importe de **S/. 48,000.00 soles**, en merito a lo dispuesto segun Art. N° 13, numeral 133 y 134 de la Directiva N° 005-2010-EF/76.01 – Directiva para la Ejecucion Presupuestal, según documento adjunto la misma que consta (37) Folios.

Atentamente;


MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANO
C/O DE SALUD HUANO

[Firma]
Econ. Marco Antonio Ortega Puchuri
Director Administrativo

Fecha **27 OCT 2023**
N° de Registro: **1442**
OPE
U-PRESU PUEST
CATEG: **APROBACIÓN**

c.c.
Archivo

REG. DOC.	04299293
REG. EXP.	2566745



Carretera Central N° 266 - Lúcia - Amarilis - Huánuco



<https://redsaludhuanuco.gob.pe>

S/N

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

INFORME N° 481 -2023 -GRHCO-DRSH-RSHCO/UL

A : ECO. MARCO ANTONIO ORTEGA PUCHURI
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA RED DE SALUD HUÁNUCO

ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DE CERTIFICACIÓN PRESUPUESTAL

FECHA : Amarilis 26 de octubre del 2023



Es grato dirigirme a usted y la vez infórmele en relación al asunto sobre, para atender los requerimientos de bienes y servicios, para el desarrollo de actividades de control de las estrategias de los diferentes establecimientos de la Red de Salud Huánuco, acción que conlleva la respectiva certificación presupuestal, en mérito a lo dispuesto según Art. N° 13 numeral 133 y 134 de la Directiva N° 005-2010-EF/76.01 (Directiva para la Ejecución Presupuestal); el detalle siguiente:

1) REQUERIMIENTO: CONTRATACIONES DE BIENES Y/O SERVICIOS, PARA EE.SS - RED DE SALUD HUÁNUCO	2) TIPO DE PROCESO DE SELECCION	3) FTE.FTO	4) META	5) ESPECIFICA	6) VALOR ESTIMADO S/.
ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL	COMPARACION DE PRECIOS	4 - 13	0046	26.3 2. 4 2	16,000.00
ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL	COMPARACION DE PRECIOS	4 - 13	0135	26.3 2. 4 2	32,000.00

TOTAL	48,000.00
--------------	------------------

Por lo tanto, solicito a su despacho para que tenga a bien proseguir con el trámite en la Oficina de Planeamiento Estratégico - Unidad de Presupuesto, para realizar la Priorización y Aprobación de la Certificación Presupuestal.

Es todo cuanto informo a usted para los fines que crea por conveniente.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD HUÁNUCO

Ronald Percy Basilio Tavera
JEFE LOGÍSTICA

Fecha: 26 OCT. 2023
N° de Registro:
Por: DIK. ADM
Pasa: OPe
Para: [Firma]



REG.	04298446
EXP	02566745

CERTIFICACION DE CREDITO PRESUPUESTARIO Nro.: 002666

N° CCP SIAF: 0000002659

1.-Información del Proc.

Tipo de Proc. de Selección : ADJUDICACION SIN PROCEDIMIENTO
Objeto del Proc. : BIEN
Síntesis de Especificación Técnica : ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA EL C.S MARGOS..META 046 - N° TRANSF. 388
Nro. de Ref. en el PAC :
Incluido en el PAC mediante Resolución:
Base Legal : Artículo 5° de la Ley de Contrataciones del Estado

2.-Contenido del Expediente de Contratación

Requerimiento :
Informado con Documento N° :
Valor Referencial : S/ 16,000.00 Soles

Fecha 29/08/2023

Firma del Responsable de Logística

3.- Disponibilidad Presupuestal

FF/Rb	Meta / MNEMONIO	Cadena Funcional	Centro de Costo	Clasificador Gasto	Valor Ref. S/
2023					
4-13	0046	20.044.0096.0018.3000680.5006275	0901 C.S. MARGOS	2.6.3 2.4 2	16,000.00
Sub Total					16,000.00
Total					16,000.00

Resumen Presupuestal por Producto / Proyecto

FF/Rb	Producto / Proyecto	Valor Ref. S/
4-13	3000680 ATENCION ESTOMATOLOGICA PREVENTIVA	16,000.00
Total		16,000.00

Visto el expediente de: ADJUDICACION SIN PROCEDIMIENTO

cuyo contenido se detalla en los numerales 2 y 3 del presente documento y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 19° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y al Artículo 41° del Decreto Legislativo N°1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, se aprueba la presente certificación para que se continúe con el trámite respectivo.

Fecha

Firma del Responsable de Presupuesto

CERTIFICACION DE CREDITO PRESUPUESTARIO Nro.: 002684

Nº CCP SIAF: 0000002675

1.-Información del Proc.

Tipo de Proc. de Selección : ADJUDICACION SIN PROCEDIMIENTO
Objeto del Proc. : BIEN
Síntesis de Especificación Técnica : ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA EL P.S PUENTE DURAND..META 135 - N° TRANSF. 127
Nro. de Ref. en el PAC :
Incluido en el PAC mediante Resolución:
Base Legal : Artículo 5° de la Ley de Contrataciones del Estado

2.-Contenido del Expediente de Contratación

Requerimiento :
Informado con Documento N° :
Valor Referencial : S/ 32,000.00 Soles

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD HUÁNUCO
Ronald Percy Basilio Tavera
JEFE LOGÍSTICA

Fecha 31/08/2023

Firma del Responsable de Logística

3.- Disponibilidad Presupuestal

FF/Rb	Meta / MNEMO	Cadena Funcional	Centro de Costo	Clasificador Gasto	Valor Ref. S/
2023					
4-13	0135	20.044.0096.9002.3999999.5002166	0801 CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES	2.6.3 2.4 2	16,000.00
4-13	0135	20.044.0096.9002.3999999.5002166	1204 PUENTE DURAND	2.6.3 2.4 2	16,000.00
Sub Total					32,000.00
Total					32,000.00

Resumen Presupuestal por Producto / Proyecto

FF/Rb	Producto / Proyecto	Valor Ref. S/
4-13	3999999 SIN PRODUCTO	32,000.00
Total		32,000.00

Visto el expediente de: ADJUDICACION SIN PROCEDIMIENTO
cuyo contenido se detalla en los numerales 2 y 3 del presente documento y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 19° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y al Artículo 41° del Decreto Legislativo N°1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, se aprueba la presente certificación para que se continúe con el trámite respectivo.

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD HUÁNUCO

Enon. Juri Pachio Troncos
DIRECTOR DE PLANEAMIENTO
ESTRATÉGICO

Fecha

Firma del Responsable de Presupuesto

ÁREA USUARIA:	UNIDAD DE SEGUROS	CUADRO
TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN:	COMPARACIO DE PRECIOS	
DETALLE DE LA CONTRATACIÓN:	UNIDAD DENTAL	

FECHA DE ELABORACIÓN: 26/10/2023

NO.	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	RAZON SOCIAL RUC No. REPRESENTANTE LEGAL:	FUENTE No. 01: COTIZACIONES RECIBIDAS					
				PROVEEDOR 1			PROVEEDOR 2		
				EQUISALUD			PERFECT ENTERPRISE DEL PERU S.A.C		
				PRECIO UNITARIO	MARCA	IMPORTE	PRECIO UNITARIO	MARCA	IMPORTE
1	UNIDAD DENTAL - Nº TRANSFERENCIA 388	1	UNIDAD	16,000.00	INNOVA	16,000.00	19,000.00	RIESTER/ ALEMANA	19,000.00
1	UNIDAD DENTAL - Nº TRANSFERENCIA 127	2	UNIDAD	16,000.00	INNOVA	32,000.00	19,000.00	RIESTER/ ALEMANA	38,000.00

PROVEEDOR(ES) SELECCIONADO(S)	
EQUISALUD	
15 DIAS	
IMPUESTO (IGV o RENT. 4TA.)	48,000.00
TOTAL	0.00
TIPO DE MONEDA	48,000.00
TIPO DE CAMBIO	SOLES
	0.00

CRITERIOS BASE PARA LA SELECCION DEL(LOS) PROVEEDOR(ES)	
SE DETERMINO EN FUNCION A LOS COSTOS MAS BAJOS Y PLAZO DE ENTREGA DE LAS COTIZACIONES RECIBIDAS	

NOTA: SE REALIZARA SEGUN DIRECTIVA Nº 002-2017-GRH-GR	
---	--

GGR, *DISPOSICIONES GENERALES Y ESPECIFICAS	
---	--

CONDICIONES	
CONDICIONES DE PAGO	CREDITO
PLAZO DE GARANTIA	12 MESES
NÚMERO DE COTIZACIÓN	15/09/2023
FECHA DE COTIZACIÓN	30 DIAS
VIGENCIA DE COTIZACIÓN	15 DIAS
PLAZO DE EJECUCION	15 DIAS

MINISTERIO DE SALUD
COMANDO EN JEFE
UNIDAD DE LOGISTICA
RED DE SALUD HUÁNUCO

JEFE DE ADQUISICIONES

JEFE DE LOGISTICA

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

INFORME N° 1023 -2023-GRH-DIRESA-RSH-ODI/US.

A : C.D CESAR JANDAO DIAZ SANDI
DIRECTOR DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DE : LIC. ENF. ENDIRA E. FANO URETA
JEFA DE LA UNIDAD DE SEGUROS.

ASUNTO : REMITO REQUERIMIENTO DE ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA
LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD
HUANUCO – FTE FTO DyT – ESPECIFICA 26.32.42.

ATENCION : DIRECCION ADMINISTRATIVA – UNIDAD DE LOGISTICA

REFERENCIA : OFICIO N° 172-2023-GR-HCO-DRSH/RHCO-JMRM-RRHH
OFICIO N° 010-2023/PSPD/MRCH/UE-404-RSH/DRS-HCO
OFICIO N° 897-2023-GRH-DRSH-RSH-MRAP.CSAP-C.UDS

FECHA : Amarilis, 25 de agosto del 2023.



Por medio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar el requerimiento de Unidad dental para los diferentes establecimientos de la Red de Salud Huánuco, para su debida programación y pago de acuerdo a la meta y N° de transferencia designada, por lo que se solicita ordene a quien corresponda realice las acciones pertinentes, las cuales detallo a continuación:

META	Nº TRANSF	FTE FTO	ESPECIFIC A DE GASTO	DESCRIPCION	CANTI DAD	PRECIO UNITARIO REF.	VALOR TOTAL REF.
046	388	DyT	26.32.42	Requerimiento de Unidad Dental, la cual detallamos a continuación: - UNIDAD DENTAL	01	S/. 16,000.00	S/. 16,000.00
135	127	DyT	26.32.42	- UNIDAD DENTAL	02	S/. 16,000.00	S/. 32,000.00
TOTAL							S/. 48,000.00

Se adjunta requerimiento respectivo

Es todo cuanto informo para los fines que usted crea pertinente.

Atentamente.



Lic. Enf. Endira Fano Ureta
JEFA DE LA UNIDAD DE SEGUROS

EEFU
Cc. Archivo
25/08/2023

Unidad de Seguros
Jr. Carretera Central N°266 - Llicua Baja - Amarilis
uei@redsaludhuanuco.gob.pe

www.reddesaludhuanuco.org.pe

Una gestión responsable

REG. DOC.	4143215
REG. EXP.	2566745

CUADRO DE DISTRIBUCION

META: 46
 N° TRANSFERENCIA 388
 ESPECIFICA: 26.32.42

EQUIPOS MEDICOS - 26.32.42 - ESTABLECIMIENTOS

ESTABLECIMIENTO	AREA	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERENCIAL	PRECIO TOTAL
C.S MARGOS	ODONTOLOGIA	UNIDAD DENTAL	1	16,000.00 S/	16,000.00
TOTAL			1		S/ 16,000.00


 GOBIERNO REGIONAL
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HUANCAYO

Lic. Enfi Endira Fano Ureta
 CEP. 63108
 JEFE UNIDAD DE SEGUROS

PEDIDO DE COMPRA N°

009066

UNIDAD EJECUTORA : 404 REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001247

Meta Física : 16

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : C.S. MARGOS
Entregar a Sr(a) : ACEVEDO LAGUNA HELEN NALDA
Fecha : 25/08/2023
Actividad Operativa : E0317 0018-5006275-5000601-APLICACION DE SELLANTES
Motivo : ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA EL C.S MARGOS
META 046 - N° TRANSF. 388

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Aii/Obr
4-13	0046	20	044	0096	0018	3000680	5006275

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
532298200001	UNIDAD DENTAL	2.6.3 2.4 2	1.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD HUANUCO

Lic. Enf. Endira Fano Ureta
COP. 33109

Firma del Solicitante

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD HUANUCO

Mag. César Jandao Díaz Sandi
COP. 39016
DIRECTOR DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Firma Autorizada



GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
UNIDAD EJECUTORA 404-RED DE SALUD HUÁNUCO



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Puente Durand, 06 de Febrero del 2023

OFICIO N° 0010 -2023/ PSPD/ MRCH/ UE-404-RSH/DRS-HCO

A : SR. WILMER ESPINOZA TORRES
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD DE HUANUCO

DE : Med. Cir. NICOLE MELANIE CRESPO RAYA
JEFE DEL P.S. PUENTE DURAND

ASUNTO: REQUERIMIENTO DE UNIDAD DENTAL

ATENCIÓN: OFICINA DE SEGUROS DE LA DIRESA HUANUCO

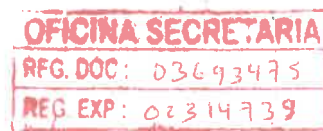
Por intermedio de la presente me es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez comunicarle que el puesto de salud de Puente Durand no cuenta con unidad dental y el personal de odontología no puede realizar sus actividades de manera adecuada tanto en el tratamiento preventivo y recuperativo. Viene realizando curaciones manuales y extracciones sencillas las cuales no son las adecuadas para brindar a los pacientes, considerando que es importante mantener este servicio ya que atendemos pacientes tanto de la jurisdicción de la posta de Puente Durand, puesto de apoyo Monterrey y puesto de salud de Chinchao, por lo que se necesita URGENTE la adquisición de una Unidad dental para el servicio el cual permita brindar una atención de calidad a nuestros pacientes, así como la cobertura de las metas.

Sin otro particular, hago propicio la oportunidad para manifestarle mi especial consideración.

Atentamente,



Nicole M. Crespo Raya
Dra. Nicole M. Crespo Raya
MEDICO CIRUJANO
CMP. 098316



NICOLE MELANIE CRESPO RAYA
Médico Cirujano
CMP 098316
Médico Jefe del Puesto de Salud Puente Durand

CUADRO DE DISTRIBUCION

META: 135
N° TRANSFERENCIA 127
ESPECIFICA: 26.32.42

EQUIPOS MEDICOS - 26.32.42 - ESTABLECIMIENTOS

ESTABLECIMIENTO	AREA	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERENCIAL	PRECIO TOTAL
P.S PUENTE DURAND	ODONTOLOGIA	UNIDAD DENTAL	1	16,000.00 S/	16,000.00
C.S APARICIO POMARES	ODONTOLOGIA	UNIDAD DENTAL	1	16,000.00 S/	16,000.00
TOTAL			2		S/ 32,000.00


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 Lic. Enfi. Endira Fang Urtiza
 C.E.P. 63308
 JESSIE LINDA VASQUEZ

PEDIDO DE COMPRA N°

009067

UNIDAD EJECUTORA : 404 REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001247

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : PUENTE DURAND
Entregar a Sr(a) : MORALES QUISPE YESENIA JACKELINE
Fecha : 25/08/2023
Actividad Operativa : C0028 OTRAS ATENCIONES DE SALUD BASICAS
Motivo : ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA EL P.S PUENTE DURAND
META 135 - N° TRANSF. 127

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0135	20	044	0096	9002	3999999	5002166

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
532298200001	UNIDAD DENTAL	2.6.3 2.4 2	1.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD HUANUCO
Luc. Gen. Eudora Fano Urela
Firma del Solicitante

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD HUANUCO
Mag. César Jandao Díaz Sandi
COP. 39016
DIRECTOR DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Firma Autorizada

2038

28
76
21

PEDIDO DE COMPRA N°

009068

UNIDAD EJECUTORA : 404 REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001247

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES
Entregar a Sr(a) : ROJAS ESTELA MIRTHA ROSALIA
Fecha : 25/08/2023
Actividad Operativa : C0028 OTRAS ATENCIONES DE SALUD BASICAS
Motivo : ADQUISICION DE UNIDAD DENTAL PARA EL C.S APARICIO POMARES
META 0135 - N° TRANSF. 127

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0135	20	044	0096	9002	3999999	5002166

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
532298200001	UNIDAD DENTAL	2.6.3 2.4 2	1.00	UNIDAD


GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD HUANUCO
Dr. Enf. Ender Fano Ureta
COP. 03108
JEFE
Firma del Solicitante


MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD HUANUCO
Mag. César Jandao Díaz Sandi
COP. 39016
DIRECTOR DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Firma Autorizada