




Anexo N° 2

+Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	01			
		Fecha	15/03/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS NORTE			
		RUC	20146925686			
		Dirección	JR. JOSE DE SUCRE N° 1258 - CARAZ			
		Teléfono(s)	*****			
		Correo electrónico	Rshnlogistica@gmail.com			
		Persona de contacto	OWEN GUERRERO ITA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.			
		RUC	20604626693			
		Dirección	AV. CIRCUNVALACION MZA. K LOTE8 C2 - LURIGANCHO			
		Teléfono(s)	977691779			
		Correo electrónico	LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM			
		Representante o persona de contacto	LUCIA MARTINEZ MEZONES			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO RESINA FOTOCURABLE KIT (AC. GRABADORA + COMPONENTE) 4 JERINGAS / 4G PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE			
		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>GOBIERNO REGIONAL ANCASH DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH RED DE SALUD HUAYLAS NORTE</p> <p><i>Augusto Chacon Basagorta</i> C.F.C. Augusto Chacon Basagorta JEFE DE LA UNIDAD LOGISTICA</p>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	03		
		Fecha	15/03/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS NORTE		
		RUC	20146925686		
		Dirección	JR. JOSE DE SUCRE N° 1258 - CARAZ		
		Teléfono(s)	*****		
		Correo electrónico	Rshnlogistica@gmail.com		
		Persona de contacto	OWEN GUERRERO ITA		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.		
		RUC	20607711713		
		Dirección	AV. LOS PINOS NRO. 1793 INT. A URB. EL PINAR LIMA -		
		Teléfono(s)	961810261		
		Correo electrónico	GMEDICALM@GMAIL.COM		
		Representante o persona de contacto	LILIAM GUI RODRIGUEZ		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO RESINA FOTOCURABLE KIT (AC. GRABADORA + COMPONENTE) 4 JERINGAS / 4G PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS 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	 <p>Gobierno Regional Ancash Rección de Salud Ancash Red de Salud Huaylas Norte</p> <p><i>Augusto</i> C.M.C. Augusto Edén Chacon Basagoitia JEFE DE LA UNIDAD LOGÍSTICA</p>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	02			
		Fecha	15/03/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS NORTE			
		RUC	20146925686			
		Dirección	JR. JOSE DE SUCRE N° 1258 - CARAZ			
		Teléfono(s)	*****			
		Correo electrónico	Rshnlogistica@gmail.com			
		Persona de contacto	OWEN GUERRERO ITA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C.			
		RUC	20602734740			
		Dirección	AV. DEL EJERCITO NRO. 1117 INT. 301 URB. SANTA CRUZ			
		Teléfono(s)	958459202			
		Correo electrónico	VENTASGLASSGOW@GMAIL.COM			
		Representante o persona de contacto	DIANA ROMERO RODRIGUEZ			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO RESINA FOTOCURABLE KIT (AC. GRABADORA + COMPONENTE) 4 JERINGAS / 4G PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE			
		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>GOBIERNO REGIONAL ANCASH DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH RED DE SALUD HUAYLAS NORTE</p> <p><i>Augusto</i> C.P.C. Augusto F. Chacon Basagoitia JEFE DE LA UNIDAD LOGÍSTICA</p>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						