



# Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios						
1	Datos del documento	Número de informe			004-2024	
		Fecha de informe			21/11/2024	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.			
3	<b>Antecedentes</b>					
	<p>MEDIANTE NOTA DE COORDINACION N° 1945-2024-DIRESA/OGESS-AH/DGS/SFC, DE FECHA 31/10/2024, LA DIRECTORA DE GESTION SANITARIA, PRESENTA LA EE.TT PARA LA ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA. SE HA VERIFICADO QUE EL BIEN A CONTRATAR NO SE ENCUENTRA EN EL CATALOGO ELECTRONICO DE ACUERDO MARCO; POR TAL MOTIVO ES VIABLE LA ADQUISICION, MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN <b>COMPARACION DE PRECIOS</b>.</p> <p>SE HA VERIFICADO EN EL SEACE QUE EXISTE ANTECEDENTES DE ADQUISICION DE BIENES IGUALES Y SIMILARES EN OTRAS ENTIDADES DEL ESTADO.</p>					
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	
	EL ESTUDIO DE MERCADO REALIZADO POR EL OEC, DIO COMO RESULTADO QUE LOS BIENES A ADQUIRIR SERA ENTREGADO EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS CALENDARIOS, PERIODO ESTABLECIDO EN LA Directiva N° 022-2016-OSCE/CD – Disposiciones aplicables a la comparación de precios. Aprobada mediante Resolución N° 239-2016-OSCE/PRE, modificada mediante la Resolución N° 094-2020-OSCE/PRE, publicada en el Diario oficial El Peruano el 14 de julio del 2020, POR LO TANTO, SON DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA.					
	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.				
	EL BIEN POR ADQUIRIR ES DE FABRICACION ESTANDAR, NO SIGUE LINEAMIENTO REALIZADO POR LA ENTIDAD.					
	c.	Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado.				
EL BIEN POR ADQUIRIR ES DE COMERCIALIZACION ESTANDAR Y EXISTE EN EL MERCADO SUFICIENTE STOCK Y PLURALIDAD DE POSTORES DE LOS COMERCIALIZAN						
<b>Nota:</b> De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.						
5	<b>Observaciones</b>					
	NINGUNA					
6	  <p>GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AH - U.E. - 400 Lic. Adm. Isai Rios Becerra CLAD - 27285 JEFE DE LOGÍSTICA</p>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

---

---

  
**ADRIÁN MARTÍN**  
 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS U.E. 403  
 \*\*\*\*\*  
 Lic. Adrián Ríos Becerra  
 JEFE DE ADQUISICIONES



## Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	010-2024			
		Fecha	15/11/2024			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO			
		RUC	20531320574			
		Dirección	Jr: Jorge Chávez C 7 – Tocache – San Martin.			
		Teléfono(s)	978921402			
		Correo electrónico	izaah.6@hotmail.com.com			
		Persona de contacto	ISAI RIOS BECERRA			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.			
		RUC	20601057027			
		Dirección	JR. FELIPE YAP # 298 - MORALES			
		Teléfono(s)	994808913			
		Correo electrónico	<a href="mailto:deimedicons@gmail.com">deimedicons@gmail.com</a>			
		Representante o persona de contacto	PAREDES ISLA SUSANA			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	
<b>Información complementaria</b>						
<b>5</b>	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
<b>6</b>	 <div style="margin-left: 20px;"> <p><b>GOBIERNO REGIONAL</b> <b>SAN MARTÍN</b> OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD - AL - 405</p> <p>..... <b>Lic. Arto. Isai Rios Becerra</b> CLAB - 27285 JEFE DE LOGÍSTICA</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						



DROGUERIA E IMPORTADORA  
MEDICONS S.A.C

RUC:20601057027 | JR. FELIPE YAP 266 - B- MORALES | TEL/CEL: 042-602115

PROFORMA N° 01062

Morales, 18 de noviembre del  
2024

DATOS DEL CLIENTE

SEÑORES : OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA  
CONDICIÓN DE PAGO : CREDITO  
PRECIO : SOLES  
ATENCIÓN : OFICINA DE LOGISTICA  
VALIDEZ DE LA OFERTA : 15 DIAS CALENDARIOS  
PLAZO DE ENTREGA : 05 DIAS CALENDARIOS  
GARANTIA : 24 MESES

De nuestra consideración, nos es grato presentarle la siguiente cotización.

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	ESTETOSCOPIO ADULTO (duplex 2.0 acero inoxidable) Incluye: rep. Olivas, anillos antifrio 52mm, anillos antifrio 38mm)	UNIDAD	8	RIESTER	425.000	3,400.00
2	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7 1/2	UNIDAD	3,000	FAMILY DOCTOR	1.300	3,900.00
3	EQUIPO VENOCISIS	UNIDAD	7,000	ALFYMEDIX	0.900	6,300.00
4	BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADO PARA CIRUJANO	PAR	1,000	HID MED	0.450	450.00
5	BAJALENGUA ADULTO X 100 ESTERIL	UNIDAD	29	ALKHOFAR	13.600	394.40
6	BAJALENGUA PEDIATRICO X 500 NO ESTERIL	UNIDAD	30	ALKHOFAR	25.500	765.00
7	GASA QUIRURGICA 1 YARDA X 100 YARDA	UNIDAD	167	ALKHOFAR	93.500	15,614.50
8	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7	PAR	2,000	FAMILY DOCTOR	1.230	2,460.00
9	SONDA NASOGASTRICA N° 8	UNIDAD	100	MEDEX	2.720	272.00
10	FRASCO COLECTOR DE ORINA ESTERIL 100 ML	UNIDAD	11,000	NACIONAL	0.650	7,150.00
11	GORRO QUIRURGICO DESCARTABLE CON ELASTICO X 100 COLOR CELESTE	UNIDAD	5,257	DANIMED	0.136	714.95
12	MASCARILLA DESCARTABLE DE 3 PLIEGUES	UNIDAD	10,500	ALKHOFAR	0.110	1,155.00
TOTAL S/						42,575.85

LOS PRECIOS SE ADECUAN ALA OFERTA Y DEMANDA\*

De acuerdo con el artículo 54 de la ley N° 29973, ley general de la persona con discapacidad, Nuestra organización es inclusiva y acepta la diversidad, es por ello que tenemos laborando personas con discapacidad. Todo esto acreditada por el ministerio del trabajo y promoción del empleo.

Soluciones Integrales para la salud.

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C tiene una política de precios autónoma para los productos que comercializa, basada en criterios de mercado y en observancia de la ley y norma.

MEDICONS S.A.C.  
RUC 20601057027  
SUSANA PAREDES ISLA  
GERENTE GENERAL



**ANEXO N° 01**  
**FORMATO DE COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente.** -

**Referencia: Solicitud de Cotización – (ADQUISICION DE INSUMOS Y MATERIALES MEDICOS)**

De mi mayor consideración,

Por medio del presente, en condición de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad las (especificaciones técnicas y/o términos de referencia) proporcionadas por la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga, me comprometo a su ejecución, cumpliendo con la integridad de las condiciones y plazos establecidos en el requerimiento, adjunto pata tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	ESTETOSCOPIO ADULTO (duplex 2.0 acero inoxidable) Incluye: rep. Olivas, anillos antifrio 52mm, anillos antifrio 38mm)	UNIDAD	8	RIESTER	425.000	3,400.00
2	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7 1/2	UNIDAD	3,000	FAMILY DOCTOR	1.300	3,900.00
3	EQUIPO VENOCCLISIS	UNIDAD	7,000	ALFYMEDIX	0.900	6,300.00
4	BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADO PARA CIRUJANO	PAR	1,000	HID MED	0.450	450.00
5	BAJALENGUA ADULTO X 100 ESTERIL	UNIDAD	29	ALKHOFAR	13.600	394.40
6	BAJALENGUA PEDIATRICO X 500 NO ESTERIL	UNIDAD	30	ALKHOFAR	25.500	765.00
7	GASA QUIRURGICA 1 YARDA X 100 YARDA	UNIDAD	167	ALKHOFAR	93.500	15,614.50
8	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7	PAR	2,000	FAMILY DOCTOR	1.230	2,460.00
9	SONDA NASOGASTRICA N° 8	UNIDAD	100	MEDEX	2.720	272.00
10	FRASCO COLECTOR DE ORINA ESTERIL 100 ML	UNIDAD	11,000	NACIONAL	0.650	7,150.00
11	GORRO QUIRURGICO DESCARTABLE CON ELASTICO X 100 COLOR CELESTE	UNIDAD	5,257	DANIMED	0.136	714.95
12	MASCARILLA DESCARTABLE DE 3 PLIEGUES	UNIDAD	10,500	ALKHOFAR	0.110	1,155.00
<b>TOTAL S/</b>						<b>42,575.85</b>

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Morales, 18 de noviembre de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

**DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C**  
**RUC: 20601057027**

## ANEXO N° 02

### FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente.** -

De mi mayor consideración,

**DATOS DEL DECLARANTE:**

<b>Nombres y Apellidos/ Razón Social:</b> DROGUERIA E IMPORTADO MEDICONS S.A.C.	
<b>DNI:</b>	<b>RUC:</b> 20601057027
<b>Dirección de notificación:</b> JR: FELIPE YAP N° 298 – MORALES – SAN MARTIN	
<b>Nombre de contacto:</b> SUSANA PAREDES ISLA	
<b>Telf. Fijo/Móvil:</b> 994808913	<b>Correo Electrónico:</b> <a href="mailto:deimedicons@gmail.com">deimedicons@gmail.com</a>
<b>Código de Cuenta Interbancario (CCI):</b> 018 541 00054110834338	<b>Banco:</b> BANCO DE LA NACION

El que suscribe, al amparo del principio de presunción de veracidad, **DECLARA BAJO JURAMENTO:**

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado.
5. No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No tener vínculo laboral con otra dependencia de la Dirección Regional de Agricultura San Martín
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.
11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el

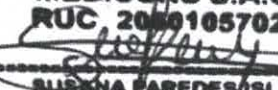


comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.

12. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Dirección Regional de Agricultura San Martín, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
13. Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la Dirección Regional de Agricultura San Martín, conforme a las condiciones y plazos establecidos.
14. Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
15. Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez perfeccionado el contrato.
16. Conocer que en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicará automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Morales, 18 de noviembre de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C  
RUC: 20601057027

**ANEXO N° 03**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORNO Y  
ANTICORRUPCIÓN**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente. -**

De mi consideración,

Yo, SUSANA PAREDES ISLA, identificado con DNI N° 44333147, representante legal de la empresa DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C., con RUC N° 20601057027, domiciliado en el JR: FELIPE YAP N° 298 – MORALES – SAN MARTIN, declaro y garantizo

**BAJO JURAMENTO:**


No tener, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refieren los impedimentos señalados en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, el proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución o nulidad del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

Morales, 18 de noviembre de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C  
RUC: 20601057027



## ANEXO N° 04

## FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores:

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, SUSANA PAREDES ISLA, identificado con DNI N° 44333147, representante legal de la empresa DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C., con RUC N° 20601057027, domiciliado en el JR: FELIPE YAP N° 298 – MORALES – SAN MARTIN, en pleno ejercicio de mis derechos declaro **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en la Dirección Regional de Agricultura San Martín, con independencia de su régimen laboral o contractual.

SI

NO

Que, en el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO O VÍNCULO	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS	CARGO / SERVICIOS QUE BRINDA	Marcar con una "X"	
				CAS, 276 o 728	LOCADOR (TERCERO)

Que, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que, si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, al haber realizado declaración falsa violando el principio de presunción de veracidad, así como en caso de haber incurrido en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente.

Morales, 18 de noviembre de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C  
RUC: 20601057027

**ANEXO N° 05**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E  
INCOMPATIBILIDADES**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente.** -

Yo, SUSANA PAREDES ISLA, identificado con DNI N° 44333147, representante legal de la empresa DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C., con RUC N° 20601057027, declaro bajo juramento:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N°31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
  - Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
  - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N°31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N°31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Morales, 18 de noviembre de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC. 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C  
RUC: 20601057027



ANEXO N° 06

**FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
**(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente.** -

**Asunto:** Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:

018 541 00054110834338

A nombre de:

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.

Nombre del Banco:

BANCO DE LA NACION

Tipo de Cuenta:

Ahorro

Moneda

Soles

RUC (Asociado al CCI)

20601057027


En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

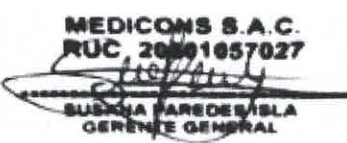
Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Morales, 18 de noviembre de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC, 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**


DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C  
RUC: 20601057027

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor				
1	Fecha del documento	18 de noviembre de 2024		
2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MÉDICOS PARA EL BASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/ 42,869.95	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	PROFORMA N° 01062		
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 style="text-align: center;"><p><b>MEDICONS S.A.C.</b> <b>RUC 20501657027</b> <b>SUSANA PAREDES ISLA</b> <b>GERENTE GENERAL</b></p></div> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>			



**Anexo N° 4**

<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	18 de noviembre de 2024
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MÉDICOS PARA EL BASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 42,869.95
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA N° 01062
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>	
	<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>	
<b>4</b>	<div style="text-align: center;"></div> <p><b>Nombre, firma y sello del proveedor</b></p>	

## Resolución Jefatural

Nº 162 -2016-GRSM/DIRES-SM/DIREFISSA

Exp. 132/1065

Moyobamba. 27 de Junio del 2016.

### VISTO:

El Informe Legal Nº 176-OALS-SEHC-2016 de fecha 23 de Junio del 2016, El Informe Técnico Nº 039-FEEFF-DIREFISSA-DIRES/SM-2016 de fecha 17 de Junio del 2016, y el expediente Nº 1286609 del 23 de Mayo del 2016, presentado por el Representante Legal Emily Montalván Vásquez y el Químico Farmacéutico Angel Christian Ramírez Arana, C.Q.F.P. Nº 17404, cuyo horario de labor es Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs., en Droguería MEDICONS, con razón social DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS con Registro Único del Contribuyente – RUC Nº 20601057027, con Oficina Administrativa en Jr. Felipe Yap S/N, distrito de Morales, provincia San Martín, departamento de San Martín, con horario de atención de Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs., sobre Autorización Sanitaria de Funcionamiento de la mencionada empresa como Droguería:

### CONSIDERANDO:

Que, según el artículo 184 inciso 9) del Reglamento de Organización de Funciones de la Dirección Regional de Salud San Martín las funciones Específicas de la Dirección de Regulación Sectorial de la Salud, es elaborar propuestas de constancias, autorizaciones sanitarias y certificaciones de salud ambiental y de establecimientos farmacéuticos, resoluciones de categorización de servicios de salud públicos y privados.

Que, mediante expediente Nº 1286609 del 23 de Mayo del 2016, la empresa recurrente solicita **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** como Droguería MEDICONS, para la comercialización de Productos Farmacéuticos: Medicamentos (Especialidades Farmacéuticas). Recursos Terapéuticos Naturales (Producto Natural de Uso en salud). Productos Galénicos. Productos Dietéticos. Productos Edulcorantes. Productos Biológicos. Dispositivos Médicos: Dispositivo Médico de Bajo, Mediano y Alto Riesgo. Productos Sanitarios: Productos Cosméticos. Productos Absorbentes de Higiene Personal. Productos de Higiene Doméstica. Artículos Sanitarios.

Que, habiéndose evaluado la documentación presentada y encontrándose conforme según los requisitos previstos en el procedimiento Nº 88 del Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo Nº 014-2011-SA, Decreto Supremo Nº 016-2011-SA, Decreto Supremo Nº 001-2012-SA, Decreto Supremo Nº 002-2012-SA, Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, Decreto Supremo Nº 013-2009-SA, Resolución Ministerial Nº 132-2015/MINSA, Ley 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Ley Nº 26842 "Ley General de Salud, Ley Nº 27657 "Ley del Ministerio de Salud, Ley Nº 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, modificado por el Art. 1º del Decreto Legislativo Nº 1029 y el Art. 191º de la Ley en mención.

Con el visto bueno de la Oficina de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud y Oficina de Asesoría Legal Sectorial de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

Que, por razones expuestas, en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional Nº 764-2015-GRSM/DIRES-SM/DG de fecha 16 de Noviembre del 2015, Ordenanza Regional Nº 020-2015-GRSM/CR de fecha 16 de Diciembre del 2015- que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Autorizar el Funcionamiento de Droguería MEDICONS, con razón social DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C. con Registro Único del Contribuyente – RUC Nº 20601057027, representado legalmente por Emily Montalván Vásquez, con Oficina Administrativa en Jr. Felipe Yap S/N, distrito de Morales, provincia San Martín, departamento de San Martín, con horario de atención de Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs., para la Comercialización de Productos Farmacéuticos: Medicamentos (Especialidades Farmacéuticas). Recursos Terapéuticos Naturales (Producto Natural de Uso en salud). Productos Galénicos. Productos Dietéticos. Productos Edulcorantes. Productos Biológicos. Dispositivos Médicos: Dispositivo Médico de Bajo, Mediano y Alto Riesgo. Productos Sanitarios: Productos Cosméticos, Productos Absorbentes de Higiene Personal, Productos de Higiene Doméstica, Artículos Sanitarios, con la Dirección Técnica del Químico Farmacéutico Angel Christian Ramírez Arana, C.Q.F.P. Nº 17404, cuyo horario de labor es Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs.

**Artículo Segundo.-** Las Modificaciones de Dirección Técnica, Horario de Dirección Técnica, Nombre Comercial, Ubicación, Actividad, Ampliación o Cierre del Establecimiento Farmacéutico, serán autorizados por la Dirección Ejecutiva de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud – DIREFISSA de la Dirección Regional de Salud San Martín.

**Artículo Tercero.-** Notifíquese al interesado y Municipalidad Distrital de Morales.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.



  
Blgo. Daniel Alberto Showing Espinoza  
DIRECTOR EJECUTIVO (e)



**CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE DISTRIBUCIÓN Y  
TRANSPORTE N° 01 -2022-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**

La que suscribe Directora de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

**CERTIFICA:**

Que la Droguería con nombre comercial **DROGUERÍA MEDICONS S.A.C.**, Razón Social **DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.**, Registro único del Contribuyente N°20601057027, ubicado en Jr. Felipe Yap N°298 Dpto.B, distrito de Morales, provincia San Martín, departamento San Martín, con horario de atención de lunes a viernes de 19:45-22:00, sábado 7:00-13:00 y de 14:00-17:00 horas, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para: **A. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS:** 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, Agentes de Diagnóstico, 2. Recursos Terapéuticos Naturales: Producto Natural de Uso en Salud, Recurso Natural de uso en Salud; 3. Productos Galénicos, 4. Productos Dietéticos, 5. Productos Edulcorantes; **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS:** 1. Dispositivos Médicos: Clase I de Bajo Riesgo (estéril), Clase II (De moderado Riesgo) **C. PRODUCTOS SANITARIOS.** 1. Productos Cosméticos, 2. Productos Absorbentes de Higiene Personal; consignadas en la R.M. N°132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el país y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de Inspección para Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros que Almacenan Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N°30-I-2022 de fecha 25 de abril del 2022.

Se expide el presente Certificado de renovación a solicitud del interesado según el Expediente N°030-2022914253, de fecha 09 de febrero del 2022, y de acuerdo con el Informe Técnico N°41-2022-GRSM/DIRESA/DIREFISSA/EEFF, con Exp.030-2022467675, de fecha 23 de mayo del 2022, al haberse Aprobado la Certificación de BPA N°001 -2020, del Establecimiento Farmacéutico de categoría DROGUERÍA en mención.

Este Certificado es válido por tres (03) años, a partir del **25 de abril del 2022**, hasta el **25 de abril del 2025** y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Moyobamba, 26 de mayo del 2022

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



San Martín  
GOBIERNO REGIONAL  
El pueblo está primero  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD  
  
**M. Sc. RITA VELA SAAVEDRA**  
DIRECTORA (e)

RVS/slcc

**CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE DISTRIBUCIÓN Y  
TRANSPORTE N° 01 -2022-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**

La que suscribe Directora de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

**CERTIFICA:**

Que la Droguería con nombre comercial **DROGUERÍA MEDICONS S.A.C.**, Razón Social **DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.**, Registro único del Contribuyente N°20601057027, ubicado en Jr. Felipe Yap N°298 Dpto.B, distrito de Morales, provincia San Martín, departamento San Martín, con horario de atención de lunes a viernes de 19:45-22:00, sábado 7:00-13:00 y de 14:00-17:00 horas, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para: **A. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS:** 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, Agentes de Diagnóstico, 2. Recursos Terapéuticos Naturales: Producto Natural de Uso en Salud, Recurso Natural de uso en Salud; 3. Productos Galénicos, 4. Productos Dietéticos, 5. Productos Edulcorantes; **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS:** 1. Dispositivos Médicos: Clase I de Bajo Riesgo (estéril), Clase II (De moderado Riesgo) **C. PRODUCTOS SANITARIOS.** 1. Productos Cosméticos, 2. Productos Absorbentes de Higiene Personal; consignadas en la R.M. N°132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el país y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de Inspección para Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros que Almacenan Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N°30-I-2022 de fecha 25 de abril del 2022.

Se expide el presente Certificado de renovación a solicitud del interesado según el Expediente N°030-2022914253, de fecha 09 de febrero del 2022, y de acuerdo con el Informe Técnico N°41-2022-GRSM/DIRESA/DIREFISSA/EEFF, con Exp.030-2022467675, de fecha 23 de mayo del 2022, al haberse Aprobado la Certificación de BPA N°001 -2020, del Establecimiento Farmacéutico de categoría DROGUERÍA en mención.

Este Certificado es válido por tres (03) años, a partir del **25 de abril del 2022**, hasta el **25 de abril del 2025** y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Moyobamba, 26 de mayo del 2022

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



San Martín  
GOBIERNO REGIONAL  
El pueblo está primero  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD  
  
**M. Sc. RITA VELA SAAVEDRA**  
DIRECTORA (e)

RVS/sicc





# DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

EXP. 030-2023-672269

Moyobamba, 08 de setiembre de 2023.

OFICIO N° 429 / - 2023-GRSM-DIRESA/DIREFISSA

Señor (a):

**VALERI SHANTAL PAREDES ISLA**

Propietario de **DROGUERÍA MEDICONS**

Jr. Felipe Yap N°298

**MORALES. -**



**ASUNTO : REMITO CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO**

**REF. : Solicitud S/N de fecha 10 de agosto Exp.030-2023961665**



Me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez informo que respecto al expediente de la referencia donde solicita: **RENOVACION DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO DROGUERIA MEDICONS S.A.C.** con nombre comercial **DROGUERIA MEDICONS** con registro único del contribuyente N°20601057027, con Representante legal **VALERI SHANTAL PAREDES ISLA**, ubicado en Jr. Felipe Yap N°298, distrito de Morales, provincia y departamento de San Martín, mediante informe de técnico N°018-2023-GRSM/DIRESA/DIREFISSA/EEFF-NKCP realizado por los inspectores Q.F. Jorge Luis Moquillaza Casttila y Q.F. Norma Karin Chavez Perez, se remite **certificado de buenas prácticas de almacenamiento N°14-2023-GRSM/DIRESA/DIREFISSA** con N° de tramite 030-2023317535.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

M.C. LUIS RODRÍGUEZ BENAVIDES  
DIRECTOR REGIONAL  
CMP. 26146- RNE. 20169

LRB/MRV/wgag

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba

Email: <https://mesavirtual.regionسانmartin.gob.pe/> <https://gstramite.regionسانmartin.gob.pe>

**CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO**  
**N° 14 -2023-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**

El que suscribe Director de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

**CERTIFICA:**

Que, la Droguería con nombre comercial **DROGUERÍA MEDICONS**, con Registro Único del Contribuyente N° 20601057027, ubicado con oficina administrativa y almacén Jr. Felipe Yap N°298, distrito Morales, provincia San Martín, departamento San Martín, con horario de atención de lunes a viernes de: 19:45 a 22:00; sábado: 07:00 a 13:00; de 14:00 a 17:00, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para sus: **A. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS:** 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 5. Productos Edulcorantes, 8. Medicamentos herbarios; **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS:** 1. Dispositivos Médicos: Clase I de Bajo Riesgo (Estéril y no estéril), clase II (Moderado riesgo), clase III (Alto riesgo), clase IV- Críticos en materia de riesgo (Insumos de uso médico – Quirúrgico y odontológico), **C. PRODUCTOS SANITARIOS.** 2. Productos absorbentes de higiene personal 3. Productos de higiene doméstica 4. Artículos sanitarios; consignadas en R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el País y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de inspección para droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros que almacenan productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios N° 021-I-2023, de fecha 23 de agosto de 2023.

Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado, según el Expediente **N° 030-2023280933** de fecha 20 de julio de 2023.

Este Certificado es válido por tres (03) años, a partir del **08 de septiembre de 2023**, hasta el **08 de septiembre de 2026** y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Moyobamba, 08 de septiembre de 2023.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD

Mg. Q.F. Mario Ríos Vargas  
DIRECTOR

MRV/nkcp/wgag





RUC N° 20601057027

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**  
**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN**  
**PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA**

**DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C**

Domiciliado en: JR.FELIPE YAP NRO. 298 DPTO. B URB. MORALES (PISO 2) SAN MARTIN - SAN MARTIN - MORALES (Según información declarada en la SUNAT)

*Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:*

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 01/06/2024

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 01/06/2024

**FECHA IMPRESIÓN: 03/06/2024**

**Nota:**

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe) - opción [Verifique su Inscripción.](#)

Retornar

Imprimir

## Reporte de Ficha RUC

Lima, 02/09/2024

**DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C****20601057027**

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	03/03/2016
Fecha de Inicio de Actividades	03/03/2016
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0183 - ITI.SAN MARTIN-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	14/12/2018
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 14/12/2018), (desde 19/12/2018),BOLETA (desde 07/07/2023)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	DROGUERIA MEDICONS S.A.C
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	5221 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS VINCULADAS AL TRANSPORTE TERRESTRE
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	42 - 602115
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	42 - 941160039
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	deimedicons@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Departamento	SAN MARTIN
Provincia	SAN MARTIN
Distrito	MORALES



Tipo y Nombre Zona	URB. MORALES
Tipo y Nombre Vía	JR. FELIPE YAP
Nro	266
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	B
Interior	-
Otras Referencias	PISO 2
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

**Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa**

Fecha Inscripción RR.PP	26/02/2016
Número de Partida Registral	11021643
Tomo/Ficha	0129
Folio	-
Asiento	A00001
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

**Registro de Tributos Afectos**

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	03/03/2016	-	-	-
RENTA-3RA. CATEGOR.-CTA.PROPIA	01/11/2023	-	-	-
IMP.TEMPORAL A LOS ACTIV.NETOS	01/03/2022	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/01/2017	-	-	-
RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES	01/09/2016	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	01/09/2016	-	-	-
SNP - LEY 19990	01/09/2017	-	-	-

**Representantes Legales**

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 44333147	PAREDES ISLA SUSANA	GERENTE GENERAL	08/05/1987	27/02/2024	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	JR. GUEPI 272	SAN MARTIN SAN MARTIN MORALES	22 994808913	susana_star_2@hotmail.com	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 42155523	MOREY RIVA MARTIN ALEJANDRO	SOCIO	17/12/1983	14/02/2024	-	99.200000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 72969219	PAREDES ISLA VALERI SHANTAL	SOCIO	24/01/2001	03/03/2022	-	0.800000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	DEPOSITO	-	SAN MARTIN SAN MARTIN MORALES	JR. FELIPE YAP 298	ALMACEN PISO 1 NUMERO 296	ALQUILADO	-

**Importante:**

Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.



Dependencia SUNAT: ITI.SAN MARTIN-MEPECO

Fecha: 02/09/2024

Hora: 10:02

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios  
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=ccPbcmwwN9IZM9UswxcUcBWqabVN6T4%2BHREU4ChE9guu10mLc7Edx0dmDALIxxGDoblIfFu%2FpcwUPr7cVP0K76zxa%2B0wexpvBSFB8BhH7NA%3D>





LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>







SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1945

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C  
<deimedicons@gmail.com>  
Para: LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

18 de noviembre de 2024,  
7:41

[El texto citado está oculto]

6 adjuntos

-  Cotizacion PF-1062.pdf  
43K
-  ANEXO TOCACHE MEDICONS.pdf  
206K
-  4. AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO.pdf  
103K
-  BPDT.pdf  
85K
-  BPA MEDICONS.pdf  
156K
-  FICHA RUC MEDICONS.pdf  
199K





LOGISTICA OGESSAH &lt;logisticaogessah@gmail.com&gt;

---

## SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1945

---

LOGISTICA OGESSAH &lt;logisticaogessah@gmail.com&gt;

15 de noviembre de 2024, 15:49

Para: "DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C" &lt;deimedicons@gmail.com&gt;

Buenas tardes por medio del presente, solicitamos a usted tener a bien presentar su propuesta económica para la ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.

Para mayor detalle se adjunta Especificaciones Técnicas:

A su Propuesta Económica deberá adjuntar lo siguiente:

Ficha Ruc

Registro Nacional de Proveedores

Anexos (se adjunta)

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

RUC: 20531320574

OFICINA DE LOGÍSTICA

---

### 4 adjuntos



SOLICITUD DE COTIZACION 1.pdf

7080K



anexo 3.docx

23K



anexo 4.docx


22K



COTIZACION Y DECLARACIONES JURADAS BIENES 2024.docx

39K

## Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	011-2024			
		Fecha	15/11/2024			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO			
		RUC	20531320574			
		Dirección	Jr: Jorge Chávez C 7 – Tocache – San Martin.			
		Teléfono(s)	978921402			
		Correo electrónico	izaah.6@hotmail.com.com			
		Persona de contacto	ISAI RIOS BECERRA			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.			
		RUC	20608134515			
		Dirección	JR. VENECIA # 268 - BANDA DE SHILCAYO			
		Teléfono(s)	966-867-523			
		Correo electrónico	drogueriasanlucas2021@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	RUIZ DÍAZ KATERIN LUCERO			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	
<b>Información complementaria</b>						
<b>5</b>	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
<b>6</b>	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p style="font-size: small;">GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN</p> <p style="font-weight: bold; font-size: small;">OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD - OGESS</p> <p style="font-weight: bold; font-size: small;">Lic. Adm. Isai Rios Becerra</p> <p style="font-size: x-small;">CLAB - 27285</p> <p style="font-weight: bold; font-size: x-small;">JEFE DE LOGISTICA</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						





DISTRIBUIDORA Y  
DROGUERIA  
SAN LUCAS SAC

DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN  
LUCAS S.A.C.  
RUC:20608134515  
JR. VENECIA 268- LA BANDA DE SHILCAYO

COTIZACIÓN N° 00906

Banda de Shilcayo, 18 denoviembre del 2024

DATOS DEL CLIENTE

**RAZÓN SOCIAL** : OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA  
**RUC** : 20531320574  
**DIRECCIÓN** : JR. JORGE CHAVEZ NRO. 07

CONDICIÓN DE VENTA

**CONDICIÓN DE PAGO** : CREDITO  
**PRECIO** : SOLES  
**ATENCIÓN** : LOGISTICA  
**GARANTIA COMERCIAL** : 24 MESES  
**PLAZO DE ENTREGA** : 05 DIAS CALENDARIOS


Nos es grato dirigirnos a Uds. para presentarles nuestra cotización por lo siguiente:

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	ESTETOSCOPIO ADULTO	UNIDAD	8	RIESTER	430.000	3,440.00
2	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7 1/2	UNIDAD	3,000	R&G	1.500	4,500.00
3	EQUIPO VENOCISIS	UNIDAD	7,000	FASS	1.000	7,000.00
4	BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADO PARA CIRUJANO	PAR	1,000	IMPORTADO	0.500	500.00
5	BAJALENGUA ADULTO X 100 ESTERIL	UNIDAD	30	ALKHOFAR	14.000	420.00
6	BAJALENGUA PEDIATRICO X 500 NO ESTERIL	UNIDAD	30	ALKHOFAR	26.000	780.00
7	GASA QUIRURGICA 1 YARDA X 100 YARDA	UNIDAD	170	ALKHOFAR	94.000	15,980.00
8	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7	PAR	2,000	FAMILY DOCTOR	1.300	2,600.00
9	SONDA NASOGASTRICA N° 8	UNIDAD	100	MEDEX	2.800	280.00
10	FRASCO COLECTOR DE ORINA ESTERIL 100 ML	UNIDAD	11,000	NACIONAL	0.700	7,700.00
11	GORRO QUIRURGICO DESCARTABLE CON ELASTICO X 100 COLOR CELESTE	UNIDAD	5,257	DANIMED	0.140	735.98
12	MASCARILLA DESCARTABLE DE 3 PLIEGUES	UNIDAD	10,500	ALKHOFAR	0.120	1,260.00
TOTAL S/						45,195.98

*"Para cotizaciones fuera de fecha de vigencia por favor ponerse en contacto con nosotros al correo:  
[drogueriasanlucas2021@gmail.com](mailto:drogueriasanlucas2021@gmail.com), para confirmar disponibilidad de stock"*

**NOTA:**

DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.	
<b>CUENTA CORRIENTE:</b>	
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE CREDITO DEL PERÚ - BCP
NÚMERO DE CUENTA:	550-4200797-0-46
NÚMERO DE CUENTA:	002-550-004200797046-22

DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC: 20608134515  
  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

Atentamente

**ANEXO N°04**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR**

SEÑORES:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi mayor consideración, DATOS DEL DECLARANTE:

Nombres y Apellidos/ Razón Social: KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ	
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS	
DNI: 77296465	RUC: 20608134515
Dirección de notificación: Jr. Venecia #268 – B – Banda De Shilcayo	
Nombre de contacto: KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ	
Telf. Fijo/Móvil: 966867523	Correo Electrónico: <a href="mailto:drogueriasanlucas2021@gmail.com">drogueriasanlucas2021@gmail.com</a>
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 018 541 00054110891230	Banco: BANCO DE LA NACION

El que suscribe, al amparo del principio de presunción de veracidad, DECLARA BAJO JURAMENTO:


1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado.
5. No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No tener vínculo laboral con otra dependencia de la OGESS Especializa.
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.



10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.
11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
12. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa del Gobierno Regional San Martín, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fuere requerido.
13. Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la OGESS Especializada, conforme a las condiciones y plazos establecidos.
14. Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
15. Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez perfeccionado el contrato.
16. Conocer que, en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicara automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Banda de Shilcayo, 18 de NOVIEMBRE de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC: 20608134515  
-----  
Kaferin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS**  
**RUC: 20608134515**

**ANEXO N°05**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN**

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ, con DNI N° 77296465, Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C. con RUC N.º 20608134515, domiciliado en Jr. Venecia #268 – B – Banda De Shilcayo – San Martin declaro y garantizo BAJO JURAMENTO:

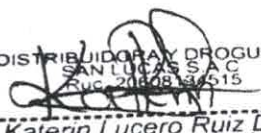
No tener, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refieren los impedimentos señalados en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, el proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución o nulidad del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

Banda de Shilcayo, 18 de NOVIEMBRE de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC 20608134515  
-----  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS**  
**RUC: 20608134515**



**ANEXO N°06**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Señores:  
OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,  
Yo, KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ, con DNI N° 77296465, Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C. con RUC N.º 20608134515, domiciliado en Jr. Venecia #268 – B – Banda De Shilcayo – San Martín, en pleno ejercicio de mis derechos declaro BAJO JURAMENTO:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en el Proyecto Especial de Inversión Pública Escuelas Bicentenario - PEIP EB, con independencia de su régimen laboral o contractual.

SI	NO

Que, en el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

NOMBRES Y APELLIDOS  COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO  O VÍNCULO	OFICINA EN LA QUE  PRESTA SERVICIOS	CARGO / SERVICIOS  QUE BRINDA	Marcar con una "X"	
				CAS, 276 o 728	LOCADOR (TERCERO)

Que, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que, si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, al haber realizado declaración falsa violando el principio de presunción de veracidad, así como en caso de haber incurrido en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente.

Banda de Shilcayo, 18 de NOVIEMBRE de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC: 20608134515  
Katerin Lucero Ruiz Díaz  
GERENTE GENERAL  
**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS**  
**RUC: 20608134515**

**ANEXO N°07**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES**

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

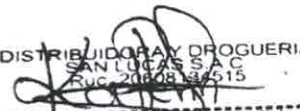
Yo, KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ, con DNI N° 77296465, Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C. con RUC N.° 20608134515, declaro bajo juramento:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N°31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
- Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
  - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N°31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N°31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Banda de Shilcayo, 18 de NOVIEMBRE de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC 20608134515  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS**  
**RUC: 20608134515**



**ANEXO N°08**  
**FORMATO CARTA DE PROPUESTA ECONOMICA**

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA  
Presente. –

De mi mayor consideración:


De acuerdo a los Términos de Referencia/ Especificaciones Técnicas, quien suscribe presenta a su consideración la Propuesta Económica por el importe total de **S/ 45,195.98 (CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y CINCO con 98/100 soles)**, incluido los impuestos de ley y cualquier otro concepto que pueda incidir sobre el costo total de la prestación.

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	ESTETOSCOPIO ADULTO	UNIDAD	8	RIESTER	430.000	3,440.00
2	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7 1/2	UNIDAD	3,000	R&G	1.500	4,500.00
3	EQUIPO VENOCISIS	UNIDAD	7,000	FASS	1.000	7,000.00
4	BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADO PARA CIRUJANO	PAR	1,000	IMPORTADO	0.500	500.00
5	BAJALENGUA ADULTO X 100 ESTERIL	UNIDAD	30	ALKHOFAR	14.000	420.00
6	BAJALENGUA PEDIATRICO X 500 NO ESTERIL	UNIDAD	30	ALKHOFAR	26.000	780.00
7	GASA QUIRURGICA 1 YARDA X 100 YARDA	UNIDAD	170	ALKHOFAR	94.000	15,980.00
8	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE 7	PAR	2,000	FAMILY DOCTOR	1.300	2,600.00
9	SONDA NASOGASTRICA N° 8	UNIDAD	100	MEDEX	2.800	280.00
10	FRASCO COLECTOR DE ORINA ESTERIL 100 ML	UNIDAD	11,000	NACIONAL	0.700	7,700.00
11	GORRO QUIRURGICO DESCARTABLE CON ELASTICO X 100 COLOR CELESTE	UNIDAD	5,257	DANIMED	0.140	735.98
12	MASCARILLA DESCARTABLE DE 3 PLIEGUES	UNIDAD	10,500	ALKHOFAR	0.120	1,260.00
<b>TOTAL S/</b>						<b>45,195.98</b>

Validez de la propuesta económica: 15 DIAS CALENDARIOS

Declaró haber tomado conocimiento de todas las condiciones contenidas en los términos de referencia/ especificaciones técnicas.

Banda de Shilcayo, 18 de NOVIEMBRE de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C  
RUC: 20608134515  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS**  
**RUC: 20608134515**

**ANEXO N° 10**

**FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO  
ELECTRÓNICO**

(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario: 018 541 00054110891230

A nombre de: DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.

Nombre del Banco: BANCO DE LA NACION

Tipo de Cuenta: Corriente Moneda Soles

RUC (Asociado al CCI) 20608134515

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Banda de Shilcayo, 12 de NOVIEMBRE de 2024

DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC: 20608134515  
*Katerin Lucero Ruiz Diaz*  
GERENTE GENERAL

**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN  
LUCAS**

**RUC: 20608134515**



**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor				
1	Fecha del documento	18/11/2024		
2	<b>Cotización</b>			
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MÉDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.		
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	x	
		No cumple		
2.3	Monto total cotizado	45,195.98		
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACIÓN N° 00906		
3	<b>Declaración jurada del proveedor</b>			
<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">               DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA              SAN LUCAS S.A.C.              RUC 20180834515              Katerin Lucero Ruiz Diaz              GERENTE GENERAL           </div>			
Nombre, firma y sello del proveedor				

**Anexo N° 4**

<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	18/11/2024
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MÉDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS, ALTO HUALLAGA.
	2.2 Monto total según informe de indagación	45,195.98
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACIÓN N° 00906
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>	
<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>		
<b>4</b>	<div style="text-align: center;">  <p>DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C. RUC: 20808134515</p> <p>----- <i>Katerin Lucero Ruiz Diaz</i> GERENTE GENERAL</p> </div>	
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>		



Trámite N° 030-2024-709348

Moyobamba, 15 de agosto de 2024.

**OFICIO N° 4005 - 2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA.**

Señor(a):

**KATHERIN LUCERO RUIZ DIAZ**

Representante legal de **DISTRIBUIDORA Y DROGUERÍA SAN LUCAS S.AC.**

Jr. Venecia n.° 268

drogueriasanlucas2021@gmail.com

Telf.966867523

**BANDA DE SHILCAYO. -**



Mg. Q.F. Mario  
Ríos Vargas



Ing. Cesar Ulises  
Silva Guerra

**ASUNTO :** Remite Resolución Jefatural

**REF. :** Solicitud s/n de fecha 15 de julio de 2024

030-2024750524

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Dirección Regional de Salud San Martín, así mismo, en atención al documento de la referencia, se remite la **RESOLUCIÓN JEFATURAL N°259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**, trámite N° 030-2024673108 y registro 0117356, donde se **Resuelve:** Artículo 1.- **OTORGAR** la **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** al establecimiento farmacéutico de su representada, y el **Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento N°14-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA** con trámite 030-2024101665. Para conocimiento y fines pertinentes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL  
**SAN MARTÍN**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN GENERAL  
**M. C. ALDO ENRIQUE PINCHI FLORES**  
DIRECTOR REGIONAL  
C.M.P. N.° 73118



# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

### VISTO:

El Informe Legal N.º 005-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA-ALD-ECRM, Informe Técnico N.º 098-2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA/EEFF-JLMC, y el contenido en el trámite N.º 030-2024750524, de fecha 15 de julio de 2024, la representante legal, Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, del establecimiento Farmacéutico, con razón social y nombre comercial "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.", con RUC N.º 20608134515, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, solicita **RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE DROGUERÍA.**

### CONSIDERANDO:

#### DE LA COMPETENCIA DE LA AUTORIDAD DE SALUD.

Que, la **Ley N.º 26842 - Ley General de Salud**, en los artículos I y II del Título Preliminar, establece: "I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, la **Ley N.º 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios**, en su artículo 21º establece: "Los establecimientos dedicados a la fabricación, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación y expendio de los productos considerados en la presente Ley requieren de autorización sanitaria previa para su funcionamiento(...), Las Autoridades Regionales de Salud (ARS), y las autoridades de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de nivel regional (ARM), son los encargados de expedir la autorización sanitaria a los establecimientos públicos y privados dedicados a la fabricación, el control de calidad, la importación, el almacenamiento, la distribución, la comercialización, la dispensación y el expendio de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que correspondan, previa inspección para verificar el cumplimiento de los dispositivos legales vigentes". Asimismo el artículo 22 del mismo cuerpo normativo, señala las obligaciones de cumplir las Buenas Prácticas, la misma que regula: "Para desarrollar sus actividades, las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que se dedican para sí o para terceros a la fabricación, la importación, la distribución, el almacenamiento, la dispensación o el expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios deben cumplir con los requisitos y condiciones sanitarias establecidas en el Reglamento respectivo, y en las Buenas Prácticas de (...), almacenamiento, (...), según corresponda y contar con la certificación correspondiente en los plazos que estable el Reglamento;

Que, el **Decreto Supremo N.º 014-2011-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, y sus modificatorias Decreto Supremo N.º 004-2021-SA, en su artículo 11 regula: "Los establecimientos farmacéuticos, funcionan bajo la responsabilidad de un único director técnico, quien responde ante (...), la Autoridad Regional de Salud (ARS), (...), por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, en este Reglamento y sus normas conexas. Asimismo, el artículo 17º del mismo cuerpo normativo señala: "Todos los establecimientos farmacéuticos comprendidos en el Artículo 4º del presente Reglamento requieren de Autorización Sanitaria para su funcionamiento, conforme a lo dispuesto en la Ley de los Productos







# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

*Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N.º 29459. La autorización sanitaria es requisito indispensable para el otorgamiento de las licencias de funcionamiento por parte de los Gobiernos Locales”,*

En ese mismo orden el **artículo 18º** señala los requisitos para la Autorización Sanitaria de Funcionamiento, donde tipifica: “El propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico, para solicitar la Autorización Sanitaria de Funcionamiento, debe presentar los siguientes documentos (...)

### D. DROGUERIAS:

a) *Solicitud de autorización con carácter de declaración jurada, según formato, en la que debe consignarse, entre otras, la siguiente información:*

- Nombres y apellidos o razón social, así como domicilio y número de Registro Único del Contribuyente (RUC) de la persona natural o jurídica propietaria del establecimiento;
- Nombre del representante legal, en caso de ser persona jurídica;
- Nombre comercial y dirección del establecimiento;
- Relación de productos que comercializa, según clasificación del Artículo 6 de la Ley N° 29459;
- Nombre y número de colegiatura del profesional Químico Farmacéutico o de ser el caso, otro profesional que asume la dirección técnica;
- Nombres y números de colegiatura de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes;
- Horario de funcionamiento del establecimiento, del Director técnico y de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes.

b) *Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formatos A-3;*

(...);

Que, la Resolución Ministerial N° 132-2015-MINSA, se resuelve en su Artículo 1. “Aprobar el Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial”;

Que, con **Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR**, que aprueba la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Gobierno Regional San Martín, según anexo contempla **los requisitos** para la Certificación o Renovación de Buenas Prácticas de Almacenamiento para: a) Droguería (de ámbito de las Autoridades Regionales de Salud), siendo los siguientes:

1. *Solicitud dirigida al Director Regional de Salud con carácter de Declaración Jurada con atención a DIREFISSA, suscrita por el Propietario y/o Representante Legal, adjuntando el formato A-7. (suscrita por el Propietario y/o Representante Legal y el Director Técnico).*
2. *Copia del vóucher de Depósito en el Banco de la Nación al N° de cuenta 00-531-049837;*

### DEL PROCEDIMIENTO TUPA- CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO PARA DROGUERÍA

Que mediante, **Resolución Jefatural N.º 57-2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA**, de fecha 20 de febrero de 2024, resuelve en su artículo Otorgar la AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO al establecimiento farmacéutico de categoría







# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con representante legal Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI. N.º 45495757, con Director Técnico el Químico Farmacéutico Max Renato Ríos Sánchez, con CQFP N.º 26255, (...);

Que, con fecha 28 de febrero de 2024 la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) remite el Certificado en Buenas Prácticas de Almacenamiento al Establecimiento Farmacéutico de clase "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**", otorgándole la vigencia desde el 28 de febrero de 2024 al 28 de agosto de 2024;

Que, de lo contemplado en el **Decreto Supremo N.º 014-2011-SA** y de acuerdo al TUPA-GRSM, que ambas establecen los requisitos para solicitar **RENOVACIÓN DE CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO PARA DROGUERÍA**, de modo tal que, de la revisión del **Solicitud N.º 02-DDSL-2024**, contenido en el trámite N.º 030-2024750524, de fecha 15 de julio de 2024, la representante legal, **Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz**, identificada con DNI N.º 77296465, del establecimiento Farmacéutico, con razón social y nombre comercial "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**", con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, el cual adjunta los siguientes documentos:

- ✓ *Solicitud de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Droguería, con carácter de declaración jurada.*
- ✓ *Formato A-7*
- ✓ *Váucher de pago (RP: 0319988, por el monto de S/. 558.40);*

Que, mediante **Informe de Evaluación N.º 01-2024-CKPC de certificación o renovación de certificación de Droguería**, (...), de fecha 30 de julio de 2024, la Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, realiza la evaluación de la Solicitud s/n, contenido en el trámite N.º 030-2024669375, concluyendo lo siguiente:

- De esta manera, en el numeral 6 de Conclusiones, se señala:

*"Al haber sido solicitado con documento N.º 04- DDSL -2024, contenido en el Expediente N.º VIR-2024022637 el cambio de Representante Legal del establecimiento farmacéutico "Distribuidora y Droguería San Lucas S.A.C.", ubicado en Jr. Venecia N.º 268, se emitió Informe de Evaluación N.º 07-2024/CKPC (.), de fecha 30 de julio de 2024, procediéndose al registro en el SI- DIGEMID como actual Representante Legal a la Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz. Por tanto, se ha cumplido con la presentación de los requisitos TUPA /GRSM para la Renovación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), de acuerdo a la normativa vigente; por lo que el expediente. N.º 030-2024750524 queda apto para su programación de visita de inspección";*

Que, mediante Solicitud N.º 04-DDSL-2024, la administrada comunica a la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud el cambio de representante legal del establecimiento farmacéutico con razón social y nombre comercial "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**", por lo que mediante Informe de Evaluación N.º 07-2024/CKPC, nuevamente la Especialista en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, evalúa y concluye que se ha cumplido con todos los requisitos establecidos y se procede a programar visita de inspección;

Que, mediante **Correo electrónico**, enviado a ([drogueríasanlucas2021@gmail.com](mailto:drogueríasanlucas2021@gmail.com)) de fecha 31 de julio de 2024, el Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, comunica al representante legal, la fecha de visita







# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

de Inspección respecto a la Autorización Sanitaria de Funcionamiento para la renovación de BPA, dando conformidad del mismo;

Que, mediante **Acta de Inspección para Droguerías, (...) N.º 012-I-2024-DA**, de fecha 02 de agosto de 2024, los Especialistas en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, concluyeron que el establecimiento farmacéutico **SI** cumple con los requisitos y condiciones mínimas descritas en la normativa vigente para la renovación de certificación de buenas prácticas;

Que, mediante **Informe Técnico N.º 098-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA/EEFF-JLMC**, de fecha 07 de agosto de 2024, los Especialistas en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, concluyeron que el Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, denominado "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C**", concluyendo lo siguiente:

#### **"IV. CONCLUSIÓN:**

- 4.1. *Por lo expuesto, se determina que el Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, con nombre comercial "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC", Razón Social "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC", representante legal Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, con Registro Único de Contribuyente-RUC N.º 20608134515, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito La Banda De Shilcayo, provincia de San Martín, departamento de San Martín, "Cumple con las condiciones Técnico Sanitarias y las Buenas Prácticas en Almacenamiento", de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud N.º 26842, Ley N.º 29459 Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N.º 014-2011-Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y sus modificatorias, Resolución Ministerial N.º 132-2015-MINSA Documento técnico Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros y Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR que aprueba la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Gobierno Regional San Martín, para la renovación de certificación en buenas prácticas de almacenamiento.*
- 4.2. **CORRESPONDE AUTORIZAR** la respectiva Resolución de Renovación de Certificación en Buenas Prácticas de Almacenamiento de **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC**, con horario de funcionamiento autorizado los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, con Dirección Técnica del Químico Farmacéutico Ríos Sánchez Max Renato, con C.Q.F.P. N.º 262555, cuyo horario de labor los lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas;

Que, de la evaluación del expediente administrativo del al establecimiento farmacéutico de categoría droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con la representante legal, Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, se determina que, **CUMPLE** con la presentación de requisitos exigidos por el **TUPA-GRSM**, así mismo de la evaluación hecha por el especialista de regulación de establecimientos farmacéuticos, se indica lo siguiente:

- Respecto a los requisitos exigidos en el TUPA -GRSM, se determina lo siguiente:
  - De la solicitud presentada, se puede identificar que este cumple con los requisitos previstos en el **Artículo 124º del Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General**, que contempla los Requisitos de los escritos.







# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

- Respecto formato A-7, cuenta con la información requerida y declaraciones juradas que se tienen que adjuntar para la evaluación de renovación de buenas practicas de almacenamiento.
- Del "Váucher" por derecho de tramitación, se observa que el administrado ha realizado el depósito a la cuenta correspondiente, por el importe de S/. 552.10 soles, cumpliendo con la **Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR**, que aprueba la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Gobierno Regional San Martín, según anexo.;

➤ Respecto al Acta de Inspección de para Droguerías:

- De la visita realizada de acuerdo al **Acta de Inspección para Droguerías, (...) N.º 012-I-2024-DA**, de fecha 02 de agosto de 2024, en cumplimiento de la Resolución Ministerial N.º 132-2015-MINSA, Documento Técnico: Manual De Buenas Prácticas De Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros, en el punto 6.2.1.1. El aseguramiento de la calidad debe estar orientado a proporcionar la totalidad de medidas necesarias para asegurar que los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, sean de la calidad requerida para el uso que están destinados, En el mismo orden, punto 6.2.3.2. "Las instalaciones deben ubicarse, diseñarse, construirse, adaptarse y mantenerse de acuerdo con las operaciones del sistema de almacenamiento, de modo que permita una limpieza adecuada y mantenimiento efectivo, a fin de evitar cualquier condición adversa que afecte la calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, así como la seguridad del personal"; así también, del artículo 22º de la Ley N.º 29459 Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, el cual indica que, para desarrollar sus actividades, las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que se dedican para si o para terceros a la fabricación, la importación, la distribución, el almacenamiento, la dispensación o el expendio de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios deben cumplir con los requisitos y condiciones sanitarias establecidos en el reglamento respectivo y en las Buenas Prácticas de Manufactura, buenas prácticas de laboratorio, **buenas prácticas de distribución, buenas prácticas de almacenamiento, buenas prácticas de dispensación** y buenas prácticas de farmacoterapéutico y demás aprobadas (...), por lo que mediante la visita de inspección que realizaron los Especialistas de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, concluyeron que el establecimiento farmacéutico de clase droguería cumple con las condiciones técnicas sanitarias y buenas practicas en almacenamiento.

Que, conforme al principio de Legalidad establecido en el numeral 1.1 del artículo IV del Título Preliminar del TUO de la Ley N.º 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General aprobado mediante Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la Ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas;

Que, mediante **Informe Legal N.º 005-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA-ALD-ECRM**, el Especialista Temático en Asesoría Legal de DIREFISSA, concluye que: de la evaluación del expediente administrativo del Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N° 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con la representante legal, Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, se determina que, **CUMPLE** con el marco normativo referente a la Ley N.º 29459 - Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios; al Decreto Supremo N.º 014-2011-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y sus modificatorias; al Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica aprobado mediante







# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

Resolución Ministerial N.º 132-2015-MINSA, para la **RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO PARA DROGUERÍA**, con funcionamiento autorizado los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, con Dirección Técnica del **Q.F Ríos Sánchez Max Renato**, con **C.Q.F.P. N.º 26255**, cuyo horario de labor los lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas;

Que, con el visto bueno de la Unidad Especializada de Regulación Sectorial de Salud, del Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos y del Especialista Temático en Asesoría Legal, de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud de la Dirección Regional de Salud San Martín; por razones expuestas, en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N.º 009-2023-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 04 de enero de 2023, Ordenanza Regional N.º 019-2022-GRSM/CR, que aprueba la modificación parcial del Reglamento de Organización y Funciones -ROF del Gobierno Regional San Martín;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1º OTORGAR LA AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO**, al Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con la representante legal, Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, y con Director Técnico **Q.F Ríos Sánchez Max Renato**, con **C.Q.F.P. N.º 26255**, con **horario de funcionamiento y horario de labor de director técnico, lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas.** -----

**Artículo 2º** Mantener vigente en todo lo demás que contiene la **Resolución Jefatural N.º 57-2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA**, de fecha 20 de febrero de 2024, válida en todos sus extremos. -----

**Artículo 3º** Que, de acuerdo al artículo 22º del **Decreto Supremo N.º 014-2011-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, modificado por el Decreto Supremo N.º 004-2021-SA, indica que, los cambios, modificaciones o ampliaciones de la información declarada deben ser solicitados por el interesado y aprobados por la esta Autoridad Regional de Salud, quedando exceptuados los casos en que el Reglamento prevé expresamente que los cambios o modificaciones sean solamente comunicados, y no requieran de un pronunciamiento. -----

**Artículo 4º.** Notifíquese al interesado. -----

**Regístrese, comuníquese y archívese.**



Trámite N°. 030-2024101665

Moyobamba, 15 de agosto de 2024

## CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO N° 14-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

El que suscribe Director de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

### CERTIFICA:

Que, la Droguería con razón social "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC.**", con nombre comercial "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC**", con registro N.º 0117356, con RUC N.º 20608134515, dirección de oficina administrativa y almacén en Jr. Venecia N°268, distrito La Banda De Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con su representante legal Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N° 77296465, con **horario de atención los lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, CUMPLE con las Buenas Prácticas de Almacenamiento** para sus: **a) Productos Farmacéuticos:** 1. Medicamentos (especialidades Farmacéuticas ), 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes, **b) Dispositivos Médicos:** 1. CLASE I: De Bajo Riesgo Estéril, de Bajo Riesgo no Estéril. 2. Insumos de uso médico-quirúrgico y odontológico. 3. instrumental de uso médico -quirúrgico y odontológico, **c) Productos sanitarios:** 1. Productos absorbentes de higiene personal. 2. Artículos sanitarios. Consignados en R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el País y/o para exportación, tal como consta en el Acta de inspección para droguería, almacenes especializados y almacenes aduaneros que almacenan productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios N° 012-I-2024-DA, de fecha 02 de agosto de 2024.

Se expide el presente Certificado en concordancia a lo dispuesto en el Artículo 117° del Decreto Supremo N° 014-2011-SA, y sus modificatorias, al haberse Autorizado la renovación de certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento del Establecimiento Farmacéutico – Droguería, mediante Resolución Jefatural N° 259-2024 GRSM/DIRESA/DIREFISSA de fecha 13 de agosto de 2024, solicitado con el Expediente N° 020-2024750524, de fecha 15 de julio de 2024.

Este Certificado es válido por tres (03) años, a partir del 15 de agosto de 2024, hasta el 15 de agosto de 2027, y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.

MRV/jlmc

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba

[direfissa@regionsanmartin.gob.pe](mailto:direfissa@regionsanmartin.gob.pe)

Link para ingresar documento: <https://mesavirtual.regionsanmartin.gob.pe/>

Link para dar seguimiento: <https://gstramite.regionsanmartin.gob.pe/#/seguimiento>







# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

EXP. 030-2024-015793

Moyobamba, 28 de febrero de 2024.

**OFICIO N° 981 - 2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA**

Señor (a):

**RUTH MILAGROS ARÉVALO TAPULLIMA**

Representante Legal de **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**

Jr. Venecia N°268

**BANDA DE SHILCAYO. -**

**ASUNTO : REMITO RESOLUCIÓN JEFATURAL Y CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO**

**REF. : Escrito S/N de fecha 26 de septiembre del 2023  
Exp.030-2023459175**



Mg. Q.F. Mario  
Ríos Vargas



Ing. Cesar Ulises  
Silva Guerra

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Dirección Regional de Salud San Martín y así mismo, en atención al documento de la referencia se remite la **RESOLUCIÓN JEFATURAL N°57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**, trámite N° 030-2024007390 y registro 0117356, cuyo Informe Legal N°051-2024-GRM/DIRESA/DIREFSSA/ALD/ECRM, donde se Resuelve: Artículo 1.- OTORGAR la **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** al establecimiento farmacéutico de su representada, y el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento N°18-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA con tramite 030-2024031474. Asimismo se le hace de conocimiento que el día 27 de febrero del 2024, se realizó el registro del correo [drogueriasanlucas@gmail.com](mailto:drogueriasanlucas@gmail.com) consignado en el formato A-2, el cual fue inscrito en la plataforma de Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL  
SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN GENERAL

**M. C. LUIS RODRÍGUEZ BENAVIDES**  
DIRECTOR REGIONAL  
CNP/26146-RNE, 20169

EXP. 030-2024. 015793

Moyobamba, 28 de febrero de 2024.

**OFICIO N° 981 - 2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA**

Señor (a):

**RUTH MILAGROS ARÉVALO TAPULLIMA**

Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.  
Jr. Venecia N°268

**BANDA DE SHILCAYO. -**

**ASUNTO : REMITO RESOLUCIÓN JEFATURAL Y CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO**

**REF. : Escrito S/N de fecha 26 de septiembre del 2023  
Exp.030-2023459175**

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Dirección Regional de Salud San Martín y así mismo, en atención al documento de la referencia se remite la **RESOLUCIÓN JEFATURAL N°57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**, trámite N° 030-2024007390 y registro 0117356, cuyo Informe Legal N°051-2024-GRM/DIRESA/DIREFISSA/ALD/ECRM, donde se Resuelve: Artículo 1.- OTORGAR la AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO al establecimiento farmacéutico de su representada, y el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento N°18-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA con trámite 030-2024031474. Asimismo se le hace de conocimiento que el día 27 de febrero del 2024, se realizó el registro del correo [drogueriasanlucas@gmail.com](mailto:drogueriasanlucas@gmail.com) consignado en el formato A-2, el cual fue inscrito en la plataforma de Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL  
**SAN MARTÍN**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN GENERAL

  
**M. C. LUIS RODRÍGUEZ BENAVIDES**  
DIRECTOR REGIONAL  
CMP. 26146-RNE. 20169

LRB/MRV/CUSG/wgag

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba

Email: <https://mesavirtual.regionسانmartin.gob.pe/> <https://qstramite.regionسانmartin.gob.pe>





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

Trámite N.º 030-2024007390

Registro N.º 0117354

Moyobamba, 20 de febrero de 2024.

### VISTO:

El Informe Legal N.º 051-2023-GRSM/DIRESA-DIREFISSA/ALD/ECRM, y demás actuados contenidos en el escrito s/n en folios (09), contenido en el expediente N.º 030-2023459175, de fecha 26 de septiembre de 2023, la Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI N.º 45495757, SOLICITA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, del establecimiento farmacéutico de categoría DROGUERÍA, con razón social y nombre comercial DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., con RUC N.º 20608134515, ubicado en el Jr. Venecia N.º 288, distrito Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, y;

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N.º 26842- Ley General de Salud en los artículos I y II del Título Preliminar establece que la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, según lo señalado en el artículo 161º del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional San Martín, modificado con Ordenanza Regional N.º 019-2022-GRSM/CR, establece que la Dirección Regional de Salud es el órgano de línea de la Gerencia Regional de Desarrollo Social responsable de promover la salud y prevenir los riesgos y daños a la salud; regular y fiscalizar bienes y servicios de salud; organizar y promover la atención integral de servicios públicos y privados con calidad, considerando los determinantes de la salud, centrados en satisfacer las necesidades de salud de las personas, familias y las comunidades, priorizando a los más vulnerables y excluidos. La Dirección Regional se constituye en la autoridad sanitaria regional, responsable de formular, adecuar, implementar, evaluar y controlar las políticas del sector salud en el ámbito del departamento de San Martín;

Que, el artículo 21 de la Ley N.º 29459 – Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, señala que los establecimientos farmacéuticos deben contar con autorización previa a su funcionamiento: "Los establecimientos dedicados a la fabricación, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación y expendio de los productos considerados en la presente Ley requieren de autorización sanitaria previa para su funcionamiento";

Que, el artículo 17 del Reglamento de la Ley N.º 29459 – Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 014-2011-SA y sus modificatorias, señala que los establecimientos farmacéuticos deben contar con autorización sanitaria para su funcionamiento: "Todos los establecimientos farmacéuticos comprendidos en el Artículo 4º del presente Reglamento requieren de Autorización Sanitaria para su funcionamiento, conforme a lo dispuesto en la Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N.º 29459. La autorización sanitaria es requisito indispensable para el otorgamiento de las licencias de funcionamiento por parte de los Gobiernos Locales";

Que, el Artículo 18 del Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 014-2011-SA, y sus modificatorias, señala los requisitos para la Autorización Sanitaria de Funcionamiento;

*El propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico, para solicitar la Autorización Sanitaria de Funcionamiento, debe presentar los siguientes documentos, según se trate de:*

#### D.- DROGUERÍAS:

a) *Solicitud de autorización con carácter de declaración jurada, según formato, en la que debe consignarse, entre otras, la siguiente información:*

- Nombres y apellidos o razón social, así como domicilio y número de Registro Único del Contribuyente (RUC) de la persona natural o jurídica propietaria del establecimiento;
- Nombre del representante legal, en caso de ser persona jurídica;
- Nombre comercial y dirección del establecimiento;
- Relación de productos que comercializa, según clasificación del Artículo 6 de la Ley N.º 29459;
- Nombre y número de colegiatura del profesional Químico Farmacéutico o de ser el caso, otro profesional que asume la dirección técnica;
- Nombres y números de colegiatura de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes;





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

Trámite N.º 030-2024007390

Registro N.º 0117356

Moyobamba, 20 de febrero de 2024.

- Horario de funcionamiento del establecimiento, del Director técnico y de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes.
- b) Croquis de ubicación del establecimiento;
- c) Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formatos A-3 (...).

Que, mediante escrito s/n en folios (09), contenido en el expediente N.º 030-2023459175, de fecha 26 de septiembre de 2023, la Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI N.º 45495757, en calidad de representante legal, **SOLICITA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO**, del establecimiento farmacéutico de categoría DROGUERÍA, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con RUC N.º 20608134515, ubicado en el Jr. Venecia N.º 268, distrito Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín;

Que, mediante Informe de Evaluación Autorización Sanitaria N.º 0513-2023/ JLMC de Droguería (...) de fecha 28 septiembre de 2023, el Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA realiza la evaluación de lo solicitado, y determina en el numeral 4 observaciones, y concluye que el representante legal de la droguería con razón social y nombre comercial "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.", deberá subsanar las observaciones encontradas en un plazo de 07 días hábiles, notificado mediante Oficio N.º 4729-2023-GRSM-DIRESA/DIREFISSA, mismo que es notificado mediante vía correo electrónico, por lo que mediante, Carta N.º 002-DYDSL/T-2023, contenido en el expediente N.º 030-2023334671, de fecha 03 de octubre de 2023, la representante legal presenta solicitud para el levantamiento de observaciones, dando cumplimiento con los requisitos que se estipulan en la normativa vigente;

Que, mediante Informe de Evaluación de Autorización Sanitaria N.º 0521-2023 de Botica/JLMC, (...), de fecha 12 de octubre de 2023, el Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, realiza la evaluación de lo solicitado; y concluye que la representante legal del establecimiento farmacéutico ha subsanado en su totalidad las observaciones, por lo que se procede la programación de visita de inspección, por cumplirse con los requisitos TUPA/GRSM y normativa vigente, mismo que se pone de conocimiento mediante correo electrónico;

Que, mediante Acta de Inspección para Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros que Almacenan Productos Farmacéuticos, (...), N.º 026-I-2023, de fecha 15 de diciembre de 2023, luego de la revisión del contenido del expediente y sus anexos y de acuerdo a los instrumentos técnicos de inspección, concluyeron que el establecimiento farmacéutico, si cumple con los requisitos y exigencias mínimas descritas en la normativa vigente;

Que, mediante Informe Técnico N.º 066-2023-GRSM-DIRESA/DIREFISSA/EEFF-NKCP, los Especialistas en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, concluyeron que el establecimiento farmacéutico, denominado **DROGUERIA SAN LUCAS SAC**, (...), **CUMPLE** con la infraestructura, equipamiento y las condiciones mínimas técnicas sanitarias y operacionales que garantiza la conservación, almacenamiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, los requisitos exigidos en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos aprobado mediante Decreto Supremo 014-2011-SA y sus modificatorias, Ley N.º 29459-Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, así como también del TUPA del Gobierno Regional San Martín, aprobado mediante Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR, y sus modificatorias, para **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO**, con horario de funcionamiento del establecimiento farmacéutico los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas y el Director Técnico Q.F. **MAX RENATO RIOS SANCHEZ** con CQFP N.º 26255, con horario de labor los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, solicitado con expediente N.º 030-2023459175; asimismo se brinda la Autorización Sanitaria de Funcionamiento para: **A. PRODUCTOS FARMACEUTICOS**: 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes, **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS**: 1. Dispositivos médicos: De Clase I de bajo riesgo (Estéril y no estéril), Insumos de Uso Médico - Quirúrgico y Odontológico. Instrumental de uso médico - quirúrgico y odontológico. **C. PRODUCTOS SANITARIOS**: 1. Productos Absorbentes de Higiene Personal. 2. Artículos sanitarios;

Que, de conformidad con lo dispuesto en la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, Ley 29459, "Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de Salud", Decreto Supremo N.º 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, Decreto Supremo N.º 016-2011-SA Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de Salud, Decreto Supremo N.º 001-2012-SA, Decreto Supremo N.º 002-2012-SA, Decreto Supremo N.º 033-2014-SA, Decreto Supremo N.º 021-2018-SA, Decreto Supremo N.º 016-2019-SA, Decreto Supremo N.º 004-2021-SA,



Ing. Cesar Ulises Silva Guerra



Ing. Erick C. Romero





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

## Resolución Jefatural

N.º 57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

Trámite N.º 030-2024007390

Registro N.º 0117356

Moyobamba, 20 de febrero de 2024.

Resolución Ministerial N.º 132-2015/MINSA, Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, con Informe Legal N.º 051-2023-GRSM/DIRESA-DIREFISSA/ALD/ECRM, la Asesora Legal de DIREFISSA, recomienda otorgar mediante Acto Resolutivo la Autorización de Funcionamiento al establecimiento farmacéutico - DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., (...);

Con el visto bueno de la Unidad de Regulación Sectorial de Salud, del Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, y de Asesoría Legal de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud de la Dirección Regional de Salud San Martín;

Que, por razones expuestas, en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N.º 009-2023-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 04 de enero de 2023, Ordenanza Regional N.º 019-2022-GRSM/CR de fecha 03 de noviembre de 2022, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional San Martín;

### SE RESUELVE:

- Artículo 1º.** - Otorgar la **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** al establecimiento farmacéutico-droguería, con razón social "con razón social y nombre comercial DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.", con RUC N.º 20608134515, ubicado en el Jr. Venecia N.º 268, distrito Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín; con representante legal Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI N.º 45495757, con Director Técnico el Q.F. MAX RENATO RIOS SANCHEZ con CQFP N.º 26255, con horario de funcionamiento del establecimiento farmacéutico los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas de labor del Director Técnico los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, solicitado con expediente N.º 030- 2023459175; asimismo se brinda la Autorización Sanitaria de Funcionamiento para: A. PRODUCTOS FARMACEUTICOS: 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes, B. DISPOSITIVOS MÉDICOS: 1. Dispositivos médicos: De Clase I de bajo riesgo (Estéril y no estéril), Insumos de Uso Médico - Quirúrgico y Odontológico. Instrumental de uso médico -quirúrgico y odontológico. C. PRODUCTOS SANITARIOS: 1. Productos Absorbentes de Higiene Personal. 2. Artículos sanitarios.
- Artículo 2º.** - PRECISAR que las modificaciones de dirección técnica, horario de dirección técnica, nombre comercial, cierre del establecimiento farmacéutico, serán comunicados a la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud – DIREFISSA de la Dirección Regional de Salud San Martín
- Artículo 3º.** - Notifíquese al interesado.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD

Mg. Q.F. Mario Ríos Vargas  
DIRECTOR

Trámite N° 030-2024-031474.....

Moyobamba, 28 de febrero de 2024

**CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO  
N° 18 -2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**

El que suscribe Director de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

**CERTIFICA:**

Que, la Droguería con nombre comercial "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**", con Registro Único del Contribuyente N° 20608134515, ubicado con oficina administrativa y almacén en Jr. Venecia N° 268, Distrito Banda de Shilcayo, Provincia y Departamento San Martín, con **horario de atención de lunes a viernes de: 13:30 a 19:00 horas**, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para sus: **A. PRODUCTOS FARMACEUTICOS:** 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes. **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS:** 1. Dispositivos Médicos: De Clase I de Bajo Riesgo (Estéril y no estéril), Insumos de Uso médico -Quirúrgico y Odontológico. Instrumental de uso médico- quirúrgico y odontológico. **C. PRODUCTOS SANITARIOS:** 1. Productos absorbentes de higiene personal, 2. Artículos sanitarios, consignadas en R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el País y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de Inspección para droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros que almacenan productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios N° 026-I-2023, de fecha 15 de diciembre de 2023.

Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado, según el Expediente N° 030-2023459175, de fecha 26 de setiembre de 2023.

Este Certificado es válido por seis (06) meses, a partir del 28 de febrero de 2024, hasta el 28 de agosto de 2024 y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD

Mg. Q.F. María Ríos Vargas  
DIRECTOR

MRV/mcj

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba [direfissa@regionsanmartin.gob.pe](mailto:direfissa@regionsanmartin.gob.pe)

Link para ingresar documento: <https://mesavirtual.regionsanmartin.gob.pe/>

Link para dar seguimiento: <https://qstramite.regionsanmartin.gob.pe/#/seguimiento>





RUC N° 20608134515

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.

Domiciliado en: JR.VENECIA NRO. 268 URB. VENECIA (EX CARRETERA YURIMAGUAS) SAN MARTIN - SAN MARTIN - LA BANDA DE SHILCAYO (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 04/11/2021

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 04/11/2021

FECHA IMPRESIÓN: 27/03/2024

Nota:

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe) - opción [Verifique su Inscripción.](#)

Retornar

Imprimir

## Reporte de Ficha RUC

Lima, 24/05/2024

**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.****20608134515**

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	22/06/2021
Fecha de Inicio de Actividades	03/08/2021
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0183 - ITI.SAN MARTIN-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	28/03/2022
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 28/03/2022),BOLETA (desde 28/03/2022)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	DISTRIB. Y DROG. SAN LUCAS SAC
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	4773 - VENTA AL POR MENOR DE OTROS PRODUCTOS NUEVOS EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL/COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	MANUAL/COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	42 - 994460135
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	drogueriasanlucas2021@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Departamento	SAN MARTIN
Provincia	SAN MARTIN
Distrito	LA BANDA DE SHILCAYO
Tipo y Nombre Zona	U.V. VENECIA



Tipo y Nombre Vía	JR. VENECIA
Nro	268
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	EX CARRETERA DE YURIMAGUAS
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

**Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa**

Fecha Inscripción RR.PP	10/03/2021
Número de Partida Registral	11177559
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

**Registro de Tributos Afectos**

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	03/08/2021	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2024	-	-	-

**Representantes Legales**

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 77296465	RUIZ DÍAZ KATERIN LUCERO	GERENTE GENERAL	21/12/1995	10/04/2024	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	PJ. LOS ANGELES 141	SAN MARTIN SAN MARTIN TARAPOTO	22 966867523	drogueriasanlucas2021@gmail.com	

**Otras Personas Vinculadas**

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 70420070	CARRANZA SANTA CRUZ LILI JACQUELINE	SOCIO	14/01/1997	25/08/2023	-	99.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 72577394	REÁTEGUI SAAVEDRA CAROLAY MISHEL	SOCIO	22/02/1994	25/08/2023	-	1.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

**Importante:**

Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.



Dependencia SUNAT: ITI.SAN MARTIN-MEPECO

Fecha: 24/05/2024

Hora: 08:59

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios  
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=NxESbA8TVnCzKzL02PFLOM6wZCeOa%2BupzcsWrDYB3PY5tWHYICdssJ7fcUUTmgC%2FS7otgiZ5qXXpqHk2GEf18e459SfE9a%2Fgsk39d1SqChk%3D>





LOGISTICA OGESSAH &lt;logisticaogessah@gmail.com&gt;

---

## SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1945

---

**drogueria san lucas** <drogueriasanlucas2021@gmail.com>  
Para: LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

18 de noviembre de 2024, 9:03

[El texto citado está oculto]

---

### 6 adjuntos

 **ALTO HUALLAGA ANEXO.pdf**  
158K

 **Cotizacion PF-906.pdf**  
88K

 **1 CONSTANCIA DEL RNP.pdf**  
90K

 **1 FICHA RUC 2024\_.pdf**  
197K

 **1. OFICIO N° 4005-2024\_REMITO RESOLUCION N° 259\_DROGUERIA SAN LUCASSSS.pdf**  
623K

 **1. Resolución Jefatural y Certificado de BPA.pdf**  
2659K





LOGISTICA OGESSAH &lt;logisticaogessah@gmail.com&gt;

---

## SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1945

---

LOGISTICA OGESSAH &lt;logisticaogessah@gmail.com&gt;

15 de noviembre de 2024, 15:50

Para: drogueria san lucas &lt;drogueriasanlucas2021@gmail.com&gt;

Buenas tardes por medio del presente, solicitamos a usted tener a bien presentar su propuesta económica para la ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.

Para mayor detalle se adjunta Especificaciones Técnicas:

A su Propuesta Económica deberá adjuntar lo siguiente:

Ficha Ruc

Registro Nacional de Proveedores

Anexos (se adjunta)

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

RUC: 20531320574

OFICINA DE LOGÍSTICA

---

### 4 adjuntos



SOLICITUD DE COTIZACION 2.pdf

7113K



anexo 3.docx

23K



anexo 4.docx

22K



COTIZACION Y DECLARACIONES JURADAS BIENES 2024.docx

39K

## Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	012-2024			
		Fecha	15/11/2024			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO			
		RUC	20531320574			
		Dirección	Jr: Jorge Chávez C 7 – Tocache – San Martin.			
		Teléfono(s)	978921402			
		Correo electrónico	izaah.6@hotmail.com.com			
		Persona de contacto	ISAI RIOS BECERRA			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.			
		RUC	20549704809			
		Dirección	CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA # 1920 - LIMA			
		Teléfono(s)	940749167			
		Correo electrónico	<a href="mailto:copedasac@hotmail.com">copedasac@hotmail.com</a>			
		Representante o persona de contacto	PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	
<b>Información complementaria</b>						
<b>5</b>	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
<b>6</b>						
<b>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</b>						



## ANEXO N° 01

## FORMATO DE COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente.** -

**Referencia: Solicitud de Cotización – (ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA)**

De mi mayor consideración,

Por medio del presente, en condición de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad las (especificaciones técnicas y/o términos de referencia) proporcionadas por la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga, me comprometo a su ejecución, cumpliendo con la integridad de las condiciones y plazos establecidos en el requerimiento, adjunto pata tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
01	ESTETOSCOPIO CLINICO DUPLEX 2.0 - REISTER	UNIDAD	8	428.00	3,424.00
02	BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADO CIRUJANO – HIDMED	PAR	1,000	0.462	462.00
03	BAJALENGUA PEDIATRICA X 500 NO ESTERIL – QUIMEDIC	UNIDAD	30	25.62	768.60
04	BAJALENGUA ADULTO X 100 ESTERIL – QUIMEDIC	UNIDAD	30	13.80	414.00
05	GASA QUIRURGICA 1 YD X 100 YD – QUIMEDIC	UNIDAD	170	94.30	16,031.00
06	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 – ALMED	UNIDAD	2,000	1.28	2,560.00
07	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 ½ – ALMED	UNIDAD	3,000	1.35	4,050.00
08	SONDA NASOGASTRICA DE SILICONA N° 8 – MEDEX	UNIDAD	100	2.80	280.00
09	EQUIPO DE VENOCLISIS – SEGURIMAXX	UNIDAD	7,000	0.98	6,860.00
10	FRASCO COLECTOR ORINA ESTERIL 100 ML – BIOLOGIC	UNIDAD	11,000	0.69	7,590.00
11	GORRO DESCARTABLE QUIRURGICO CON LIGA X 100 CELESTE – HIDMED	UNIDAD	5,257	0.142	746.494
12	MASCARILLA DESCARTABLE DE 3 PLIEGUES – X MEDIC	UNIDAD	10,500	0.115	1,207.50
<b>TOTAL</b>					<b>S/ 44,393.59</b>

<b>GARANTIA</b>	12 MESES
<b>PLAZO DE ENTREGA:</b>	10 DIAS CALENDARIOS

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido la Oficina de Gestión de Servicios de Salud

Alto Huallaga no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Lima, 19 de Noviembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.  
  
EVER F. PÉREZ DÍAZ  
GERENTE GENERAL

---

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
RUC N° 20549704809



ANEXO N° 02

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi mayor consideración,

**DATOS DEL DECLARANTE:**

<b>Nombres y Apellidos/ Razón Social:</b> CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.	
<b>DNI:</b> 42471941	<b>RUC:</b> 20549704809
<b>Dirección de notificación:</b> CALLE MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA N° 1920 LOS OLIVOS – LIMA	
<b>Nombre de contacto:</b> SHARON MEZA	
<b>Telf. Fijo/Móvil:</b> 940 749 167	<b>Correo Electrónico:</b> <a href="mailto:copedsac@hotmail.com">copedsac@hotmail.com</a>
<b>Código de Cuenta Interbancario (CCI):</b> 002-193-00-2013298042-14	<b>Banco:</b> BANCO DE CREDITO DEL PERU

El que suscribe, al amparo del principio de presunción de veracidad, **DECLARA BAJO JURAMENTO:**

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado.
5. No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No tener vínculo laboral con otra dependencia de la Dirección Regional de Agricultura San Martín
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.
11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la

correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.

12. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Dirección Regional de Agricultura San Martín, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
13. Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la Dirección Regional de Agricultura San Martín, conforme a las condiciones y plazos establecidos.
14. Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
15. Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez perfeccionado el contrato.
16. Conocer que en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicará automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Lima, 19 de Noviembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.  
  
EVER F. PEREZ DIAZ  
GERENTE GENERAL

---

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
RUC N° 20549704809



ANEXO N° 03

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORNO Y  
ANTICORRUPCIÓN

Señores:

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, EVER FRANCISCO PEREZ DIAZ, identificado con DNI N° 42471941, con RUC N° 20549704809, domiciliado en la CALLE MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA N° 1920 LOS OLIVOS – LIMA, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:

No tener, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación con el contrato.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refieren los impedimentos señalados en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, el proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución o nulidad del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

Lima, 19 de Noviembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
  
EVER F. PEREZ DIAZ  
GERENTE GENERAL

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
RUC N° 20549704809

ANEXO N° 04

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores:

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, EVER FRANCISCO PEREZ DIAZ, identificado con DNI N° 42471941, con RUC N° 20549704809, domiciliado en la CALLE MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA N° 1920 LOS OLIVOS – LIMA, en pleno ejercicio de mis derechos declaro **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en la Dirección Regional de Agricultura San Martín, con independencia de su régimen laboral o contractual.

SI

NO

Que, en el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO O VÍNCULO	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS	CARGO / SERVICIOS QUE BRINDA	Marcar con una "X"	
				CAS, 276 o 728	LOCADOR (TERCERO)

Que, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que, si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a las acciones que correspondan de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, al haber realizado declaración falsa violando el principio de presunción de veracidad, así como en caso de haber incurrido en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente.

Lima, 19 de Noviembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.  
  
EVER F. PEREZ DIAZ  
GERENTE GENERAL

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
RUC N° 20549704809



**ANEXO N° 05**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E  
INCOMPATIBILIDADES**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente. -**

Yo, EVER FRANCISCO PEREZ DIAZ, identificado con DNI N° 42471941, declaro bajo juramento:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N°31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
  - Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
  - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N°31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N°31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal Sey las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Lima, 19 de Noviembre del 2024

  
CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.  
EVER F. PEREZ DIAZ  
GERENTE GENERAL

---

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
RUC N° 20549704809

ANEXO N° 06

**FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**

**Presente.** -

**Asunto:** Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:

A nombre de:

Nombre del Banco:

Tipo de Cuenta:  Moneda

RUC (Asociado al CCI)

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Lima, 19 de Noviembre del 2024

  
CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
EVER F. PEREZ DIAZ  
GERENTE GENERAL

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
RUC N° 20549704809



**Anexo N° 4**

Declaración jurada del proveedor		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	19 de Noviembre del 2024
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.
	2.2 Monto total según informe de indagación	44,393.59
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION N° CO11240060
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>	
	<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>	
<b>4</b>	<div align="center">  </div>	
	<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>	

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	19 de Noviembre del 2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	44,393.59	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION N° CO11240060	
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>EVER F. PEREZ DIAZ GERENTE GENERAL</p> </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		





R.D. N° 4022 -2015/DIGEMID/DAS/EEF

## RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 12 AGO. 2015

Visto el Memorandum N° 2360-2015-DIGEMID-DCVS-ECVE/MINSA de fecha 20 de julio del 2015, Acta N° 612-I-2015 de fecha 10 de julio del 2015, expediente N° 15-025818-1 del 30 de marzo del 2015, Anexo N° 1 del 18 de mayo del 2015, Anexo N° 2 del 03 de junio del 2015, Anexo N° 3 del 15 de junio del 2015 y Anexo N° 4 del 17 de junio del 2015, presentado por el Sr. Representante Legal Ever Francisco Pérez Díaz y la Químico Farmacéutica Marleni Mercedes Villacorta Grandez, con el horario de labor de lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm., de la Empresa con Nombre Comercial COPEDSAC, con razón social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Registro Único del Contribuyente - RUC N° 20549704809, con Oficina Administrativa en Calle De Riva Agüero Mz. U, Lote 26-B, Urb. El Trébol 3era. Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima y Almacén en Av. Alfa Mz. U, Lote 26-A, Urb. El Trébol 3era. Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima, con horario de funcionamiento de lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm., sobre **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** de la mencionada empresa como **Droguería**;

### CONSIDERANDO:

Que mediante el expediente del visto la empresa recurrente solicita **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** como **Droguería**, para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de **A) Productos Farmacéuticos: Productos Galénicos; B) Dispositivos Médicos: Clase I De Bajo Riesgo y De Bajo Riesgo No Estéril, Clase II De Moderado Riesgo, Clase III De Alto Riesgo, Clase IV Críticos en materia de riesgo, Equipos Biomédicos y Dispositivos Médicos de Diagnostico in vitro (Reactivos de Diagnostico); C) Productos Sanitarios: Productos absorbentes de Higiene Personal;**

Que con OFICIO N° 8146-2015-DIGEMID-DAS-EEF/MINSA de fecha 17 de abril del 2015, esta Dirección solicitó la subsanación de observaciones al expediente N° 15-025818-1 del 30 de marzo del 2015, en cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo N° 125° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General modificado por el Art. 1° del Decreto Legislativo N° 1029 y Art. 191° de la Ley en mención;

Que mediante el Anexo N° 1 del 18 de mayo del 2015, Anexo N° 2 del 03 de junio del 2015, Anexo N° 3 del 15 de junio del 2015 y Anexo N° 4 del 17 de junio del 2015, la empresa subsana las observaciones realizadas en el Oficio antes señalado;

Que con Memorandum N° 2360-2015-DIGEMID-DCVS-ECVE/MINSA de fecha 20 de julio del 2015, la Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria informa de la inspección realizada en la que señala que el establecimiento farmacéutico en mención **cumple con las condiciones técnico sanitarias** dispuestas en la **Normatividad Sanitaria** vigente, tal como consta en el Acta de Inspección N° 612-I-2015 de fecha 10 de julio del 2015;







PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección General  
de Medicamentos, Insumos y DrogasDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ  
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la  
Educación"

R.D. N° 4022 -2015/DIGEMID/DAS/EEF

Con la visación del Equipo de Establecimientos Farmacéuticos de la Dirección de Autorizaciones Sanitarias;

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Decreto Supremo N° 013-2009-SA, Decreto Supremo N° 002-2010-SA, Decreto Supremo N° 004-2010-SA, Decreto Supremo N° 014-2011-SA, Decreto Supremo N° 002-2012-SA, Decreto Supremo N° 033-2014-SA, Ley N° 29459 "Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios", "Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", Decisión 516-2002 de la Comunidad Andina y Decisión 706-2008 de la Comunidad Andina;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Autorizar el Funcionamiento de la **Droguería COPEDSAC**, con razón social **CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.**, con Registro Único del Contribuyente – RUC N° **20549704809**, con Código de Establecimiento Farmacéutico N° **0036802**, representada legalmente por el Sr. **Ever Francisco Pérez Díaz**, con Oficina Administrativa en **Calle De Riva Agüero Mz. U, Lote 26-B, Urb. El Trébol 3era. Etapa**, distrito de **Los Olivos**, provincia de **Lima**, departamento de **Lima** y Almacén en **Av. Alfa Mz. U, Lote 26-A, Urb. El Trébol 3era. Etapa**, distrito de **Los Olivos**, provincia de **Lima**, departamento de **Lima**, con horario de funcionamiento de **lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm.**, autorizada para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de **A) Productos Farmacéuticos: Productos Galénicos; B) Dispositivos Médicos: Clase I De Bajo Riesgo y De Bajo Riesgo No Estéril, Clase II De Moderado Riesgo, Clase III De Alto Riesgo, Clase IV Críticos en materia de riesgo, Equipos Biomédicos y Dispositivos Médicos de Diagnostico in vitro (Reactivos de Diagnostico); C) Productos Sanitarios: Productos absorbentes de Higiene Personal;** con la Dirección Técnica de la Químico Farmacéutica **Marleni Mercedes Villacorta Grandez**, en el horario de labor de **lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm.**

**Artículo 2°.-** Toda modificación o cambio del Establecimiento Farmacéutico, serán autorizados por la Dirección de Autorizaciones Sanitarias de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID.

**Artículo 3°.-** El incumplimiento de las normas establecidas dará lugar a la aplicación de las medidas de seguridad sanitaria y sanciones administrativas correspondientes.

**Artículo 4°.-** Notifíquese la presente Resolución Directoral al interesado y comuníquese a la Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, para su conocimiento y fines consiguientes.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGASQ.F. ERICA YUKIKO NISHIHARA  
Directora Ejecutiva  
Dirección de Autorizaciones Sanitarias

EYN/WAG/RAQ/raq





PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas"DECENIO DE LA IGUALDAD OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

R.D. N° 2494 -2018/DIGEMID/DICER

## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima,

07 MAYO 2018

**Visto:** El expediente N° 18-036888-1 del 23 de abril del 2018, presentado por el Sr. Representante Legal **Ever Francisco Pérez Díaz** y el Químico Farmacéutico Director Técnico **Irving Mike Justo Trujillo**, de la Droguería **COPEDSAC**, con Razón Social **CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.**, con Registro Único del Contribuyente – RUC N° 20549704809, con código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con Oficina Administrativa y Almacén en **Calle Miguel Bastidas Pumacahua N° 1920, 1er. Piso, Urb. El Trebol IV Etapa**, distrito de **Los Olivos**, provincia de **Lima**, departamento de **Lima**, sobre Autorización Sanitaria de **AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES** del mencionado Establecimiento Farmacéutico.

### CONSIDERANDO:

Que, mediante el expediente de visto la empresa recurrente solicita **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES**, para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de: **Productos Farmacéuticos**: Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas;

Que, de la evaluación de los documentos presentados, se ha verificado que estos se encuentran conformes con los requisitos establecidos en el Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud -TUPA/MINSA, con respecto al procedimiento N° 142, por lo que, se considera procedente lo solicitado por la mencionada empresa;

De conformidad con la Ley N° 29459 "Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios", "Decreto Legislativo N° 1161 "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", el Decreto Supremo N° 014-2011-SA "Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos" y sus modificatorias; Decreto Supremo N° 006-2017-JUS "Texto Único Ordenado" de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General";

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Autorizar la **AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES** en la Droguería **COPEDSAC**, con Razón Social **CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.**, con Registro Único del Contribuyente – RUC N° 20549704809, con código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con Oficina Administrativa y Almacén en **Calle Miguel Bastidas Pumacahua N° 1920, 1er. Piso, Urb. El Trebol IV Etapa**, distrito de **Los Olivos**, provincia de **Lima**, departamento de **Lima**, para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de: **Productos Farmacéuticos**: Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas.

**Artículo 2°.-** El incumplimiento de las normas establecidas dará lugar a la aplicación de las medidas de seguridad sanitaria y sanciones administrativas correspondientes.

**Artículo 3°.-** Notifíquese la presente Resolución Directoral al interesado para su conocimiento y fines consiguientes.

### Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD  
Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas  
  
Q.F. ELDEY MARY ACUÑA MORILLO  
Directora Ejecutiva  
Dirección de Inspección y Certificación

EMAM/CLL/WAG/LOP/lcr

<http://www.digemid.minsa.gob.pe>

Av. Parque de las Leyendas # 240 Torre B  
(Altura Cdra. 24 de la Av. La Marina  
San Miguel, Lima - Perú  
T: (511) 6314300 Anexo 6330 6332 6333 6334





PERÚ

Ministerio  
de SaludViceministerio  
de Salud PúblicaDirección General  
de Medicamentos,  
Insumos y Drogas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**Nº 1704-2023**

## CERTIFICADO

### BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO

La que suscribe, Directora Ejecutiva de la Dirección de Inspección y Certificación de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

### CERTIFICA:

Que la **Droguería COPEDSAC** con razón social **CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.**, con Código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con oficina administrativa y almacén ubicados en **Calle Miguel Bastidas Pumacahua N° 1920, 1er. piso, Urb. El Trébol, IV Etapa - Los Olivos - Lima - PERÚ**, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para sus: **A) PRODUCTOS FARMACÉUTICOS:** 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Recursos Terapéuticos Naturales: Producto Natural de Uso en Salud, 3. Productos Galénicos, 4. Productos Dietéticos, 5. Productos Edulcorantes; **B) DISPOSITIVOS MÉDICOS:** 1. Dispositivos Médicos: Clase I (De Bajo Riesgo Estéril y de Bajo Riesgo No Estéril), Clase II (De Moderado Riesgo), Clase III (De Alto Riesgo), Clase IV (Críticos en Materia de Riesgo), 2. Equipos Biomédicos: Clase I (De Bajo Riesgo), Clase II (De Moderado Riesgo), Clase III (De Alto Riesgo), 3. De Diagnóstico *in vitro*: (Reactivo de Diagnóstico); **C) PRODUCTOS SANITARIOS:** 1. Productos Cosméticos, 2. Productos Absorbentes de Higiene Personal, 3. Productos de Higiene Doméstica, 4. Artículos Sanitarios; almacenados a temperatura controlada, consignadas en la R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el país y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de Inspección para Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros que Almacenan Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 1005-I-2022 de fecha 14 de setiembre del 2022.

Este certificado reemplaza al Certificado N° 1458-2022, al haberse rectificado el error material incurrido, donde dice: "...CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C. - DROPASUR..." debe decir: "...CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C....", de acuerdo a lo dispuesto en los numerales 212.1 y 212.2 del artículo 212 del D.S. N° 004-2019-JUS "Texto Único de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".

Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado según el Expediente N° 23-130898-1 de fecha 31 de octubre del 2023.

Este Certificado es válido a partir del 14 de setiembre del 2022 hasta el 14 de setiembre del 2025.

Lima,

23 NOV. 2023



**Q.F. Lida Esther Hildebrandt Pinedo**  
Directora Ejecutiva  
Dirección de Inspección y Certificación  
DIGEMID

Temperatura Controlada: 15 °C – 25 °C

LEHP/LNCR/ILAV/AF/aaf







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Salud Pública

Dirección General  
de Medicamentos,  
Insumos y Drogas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la  
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**N°006 – 2024**

## **CERTIFICADO**

### **BUENAS PRÁCTICAS DE DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE**

El que suscribe, Director Ejecutivo de la Dirección de Inspección y Certificación de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

### **CERTIFICA:**

Que la Droguería COPEDSAC, con razón social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con oficina administrativa y almacén ubicados en Calle Miguel Bastidas Pumacahua N°1920, 1er. Piso Urb. El Trébol IV Etapa – Los Olivos – Lima - PERÚ, cumple con las Buenas Prácticas de Distribución y Transporte para sus: A) Productos Farmacéuticos distribuidos a condiciones de temperatura controlada, consignadas en la R.M. N° 833-2015/MINSA y su modificatoria para la distribución en el país, tal como consta en la Acta de Inspección para Droguerías y Almacenes Especializados que distribuyen y transportan Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos N° 009-I-2024 de fecha 16 de enero del 2024.

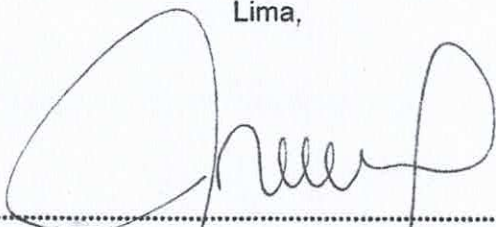
Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado según el Expediente N° 23-136399-1 de fecha 13 de noviembre del 2023.

Este Certificado es válido a partir del 16 de enero del 2024 hasta el 16 de enero del 2027.

Lima,

31 ENE. 2024



  
-----  
**Q.F. JOSÉ LUIS BRENIS MENDOZA**  
Director Ejecutivo  
Dirección de Inspección y Certificación  
DIGEMID

Temperatura Controlada: 15°-25°C

JLBM/EVRH/PKEC/MSLL



# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

### CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

Domiciliado en: CAL.MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA NRO. 1920 URB. EL TREBOL ET. CUATRO (1ER PISO)  
LIMA - LIMA - LOS OLIVOS (Según información declarada en la SUNAT)

*Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:*

---

#### PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 04/06/2022

---

#### PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 04/06/2022

---

FECHA IMPRESIÓN: 20/08/2024

#### Nota:

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe) - opción [Verifique su Inscripción.](#)

Retornar

Imprimir



## Reporte de Ficha RUC

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.  
20549704809

Lima, 07/08/2023

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	21/09/2012
Fecha de Inicio de Actividades	21/09/2012
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	20/08/2018
Comprobantes electrónicos	BOLETA (desde 20/08/2018),FACTURA (desde 20/08/2018), (desde 06/10/2020)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	COPEDSAC
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 1	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Actividad Económica Secundaria 2	4659 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	MANUAL/COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Número Fax	1 - 6410111
Teléfono Fijo 1	1 - 6410111
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 951853520
Teléfono Móvil 2	1 - 940751185
Correo Electrónico 1	hector_luque@outlook.com
Correo Electrónico 2	copedasac@hotmail.com

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	LOS OLIVOS
Tipo y Nombre Zona	URB. EL TREBOL ET. CUATRO



Tipo y Nombre Vía	CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA
Nro	1920
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	1ER PISO
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

#### Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	07/09/2012
Número de Partida Registral	12907131
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

#### Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	21/09/2012	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/12/2014	-	-	-
RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES	01/01/2014	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2017	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	01/01/2014	-	-	-
SNP - LEY 19990	01/01/2014	-	-	-

#### Representantes Legales



Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 42471941	PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO	GERENTE GENERAL	15/10/1981	07/09/2012	-
	<b>Dirección</b>	<b>Ubigeo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo</b>	
	CAL. MANUEL GONZALES PRADA 355 Dpto 505	LIMA LIMA MIRAFLORES	15 -	-	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 42471943	DIAZ REGALADO ELIAS	SOCIO	21/07/1982	10/05/2018	-	0.010000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono		Correo	
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 42471941	PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO	SOCIO	15/10/1981	10/05/2018	-	99.990000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono		Correo	
		---	--	-		
	País de Residencia		País de Constitución			
	-		-			

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0002	DEPOSITO	-	LIMA LIMA LOS OLIVOS	URB. EL TREBOL ET. CUATRO CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA 1920	1ER PISO	ALQUILADO	-
0003	L. COMERCIAL	-	LIMA LIMA LOS OLIVOS	URB. EL TREBOL 3RA ETAPA AV. ALFA REF.	AV ALFA 1951-A - ESQ. C/CAL. 27 CDRA 8	ALQUILADO	-

**Importante:**

Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

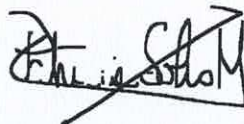


Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 07/08/2023

Hora: 15:58

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios  
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=FVIDR2eCfuxpn5k57L2S4%2BuK7YkdQsl4ZY6tllXok3xPzHRrZdltjnO31o810kf3jlka%2Firqaj3R%2B6zJnXUqiCKeVN5nyPU9WXN02pt9WZ8%3D>







LOGISTICA OGESSAH &lt;logisticaogessah@gmail.com&gt;

---

**SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1945**

---

**COPEDSAC COPEDSAC** <copedSac@hotmail.com>  
Para: LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

19 de noviembre de 2024, 17:31

Estimada .

Se adjunta la siguiente cotización.

Saludos Cordiales.

**DROGUERÍA COPEDSAC**

..... "Corporación Pérez Díaz S.A.C." .....

**R.U.C. 20549704809**

Cal. Miguel Bastidas Pumacahua Nro. 1920 Urb.  
El Trébol Et. cuatro (1er piso) - Los Olivos - Lima

.....**CONTÁCTANOS**.....

[www.copedSac.com](http://www.copedSac.com) - Teléf.: (01) 6480111

[ventas1@copedSac.com](mailto:ventas1@copedSac.com) - Teléf.: 905436483

[ventas2@copedSac.com](mailto:ventas2@copedSac.com) - Teléf.: 940749167

[administracion@copedSac.com](mailto:administracion@copedSac.com) - Teléf.: 982334615

[almacencopedSac@gmail.com](mailto:almacencopedSac@gmail.com) - Teléf.: 948443084

---

**De:** LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

**Enviado:** viernes, 15 de noviembre de 2024 15:51

**Para:** Copedsac@hotmail.com <Copedsac@hotmail.com>

**Asunto:** SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1945

[El texto citado está oculto]



---

**ANEXOS ALTO HUALLAGA 19-11-2024.pdf**

242K



LOGISTICA OGESSAH &lt;logisticaogessah@gmail.com&gt;

---

## SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1945

---

LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>  
Para: Copedsac@hotmail.com

15 de noviembre de 2024, 15:51

Buenas tardes por medio del presente, solicitamos a usted tener a bien presentar su propuesta económica para la ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL E INSUMOS MEDICOS PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA OGESS ALTO HUALLAGA.

Para mayor detalle se adjunta Especificaciones Técnicas:

A su Propuesta Económica deberá adjuntar lo siguiente:

Ficha Ruc

Registro Nacional de Proveedores

Anexos (se adjunta)

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

RUC: 20531320574

OFICINA DE LOGÍSTICA

---

### 4 adjuntos

 **SOLICITUD DE COTIZACION 3.pdf**  
6806K

 **anexo 3.docx**  
23K

 **anexo 4.docx**  
22K

 **COTIZACION Y DECLARACIONES JURADAS BIENES 2024.docx**  
39K