

INFORME N° 87-2024-DIRESA LIMA-UE 1404-DE-DA-UL-ADQ

A : LIC. MARTIN ISMAEL ENCARNACION LIÑAN
Oficina de Logística

UNIDAD DE LOGISTICA
DOCUMENTO N° 05251545
EXPEDIENTE N° 03154227

REFERENCIA : INFORME N° 155-2024-DIRESALIMA-UE1404-DE-/OSI

ASUNTO : Informe de Estudio de Mercado para la "SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCAROCHIRI"

FECHA : Ricardo Palma, 04 de abril del 2024

Sirva el presente, para informarle acerca del estudio de mercado; realizado para la contratación de la "SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCAROCHIRI"

1. BASE LEGAL:

- Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado y sus modificaciones.
- Decreto Legislativo N° 1444 que Modifica la Ley N° 30225
- Decreto Supremo N° 350-2015-EF que aprueba el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, que modifica el Reglamento de la Ley N° 30225.
- Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF y sus modificaciones.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y modificatoria.
- D.L. N° 1436, Decreto Legislativo Marco de la Administración Financiera del Sector Público
- Ley N° 31638 - Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
- Ley N° 31639 - Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023
- Decreto Supremo N° 011-79-VC.
- D.L. N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Directivas de OSCE
- Directiva N° 001-2019-OSCE/CD, Bases y Solicitud de Expresión de Interés Estándar para los procedimientos de Selección a Convocar en el Marco de la Ley N° 30225. Según modificaciones dispuestas en las Resoluciones N° 057-2019-OSCE/PRE, N° 098-2019- OSCE/PRE, N° 111-2019-OSCE/PRE, N° 185-2019-OSCE/PRE, N° 235-2019-OSCE/PRE, N° 092-2020-OSCE/PRE, N° 120-2020-OSCE/PRE, N° 100-2021-OSCE/PRE, N° 137- 2021- OSCE/PRE, N° 193-2021-OSCE/PRE y N° 004-2022-OSCE/PRE.
- Ley N° 27815 Ley de Código de Ética de la Función Pública.

1. ANTECEDENTES

1.1. Mediante INFORME N° 066-2024-DIRESALIMA-UE1404-DE-UDS/OSI de fecha 04 de marzo del 2024, el coordinador de la unidad de seguros de la red de salud

de Huarochiri remite el requerimiento y adjuntas las Especificaciones técnicas EETT para la "SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCAROCHIRI".

1.2. Mediante MEMORANDO N° 155-2024-DIRESALIMA-UE1404-DE/OSI de fecha 04 de marzo del 2024, la dirección de atención integral de salud de la red de salud de Huarochiri remite el requerimiento y adjuntas las Especificaciones técnicas EETT para la "SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCAROCHIRI".

1.3. Con fecha 14 de marzo del 2024 se revisa la documentación y se indica que cuenta con los parámetros para realizar la contratación.

2. ANALISIS:

1.1. El informe de estudio mercado permite entre otros aspectos:

- *Determinar el valor estimado del bien y/o servicio requerido.*
- *Determinar el sistema de contratación.*
- *Determinar la existencia de pluralidad de potenciales proveedores y la posibilidad de distribuir la buena pro.*

1.2. El numeral 18.1 del artículo 18° de la Ley, establece que: "La Entidad debe establecer el valor estimado de las contrataciones de bienes y servicios y el valor referencial en el caso de ejecución y consultoría de obras, con el fin de establecer la aplicación de la presente norma y el tipo de procedimiento de selección, en los casos que corresponda, así como gestionar la asignación de recursos presupuestales necesarios, siendo de su exclusiva responsabilidad dicha determinación, así como su actualización".

1.3. El numeral 32.1 del artículo 32° del Reglamento, precisa que: "En el caso de bienes y servicios distintos a consultorías de obra, sobre la base del requerimiento, el órgano encargado de las contrataciones tiene la obligación de realizar indagaciones en el mercado para determinar el valor estimado de la contratación".

Asimismo, el numeral 32.2 del citado artículo indica que: "Al realizar la indagación de mercado, el órgano encargado de las contrataciones puede recurrir a información existente, incluidas las contrataciones que hubiera realizado el sector público o privado, respecto de bienes o servicios que guarden similitud con el requerimiento (...)"

1.4. Sobre la base del requerimiento efectuado por la dirección de atención integral de salud de la red de salud de Huarochiri, en su calidad de área usuaria, remitió el

requerimiento con las Especificaciones Técnicas para la "SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCAROCHIRI", por lo que la Coordinación de Logística en calidad de Órgano Encargado de las Contrataciones, procedió a evaluar las posibilidades que ofrece el mercado para su contratación.

- 1.5. Asimismo, del artículo 6 del reglamento de la Ley de Contrataciones: "Es requisito para la convocatoria de los procedimientos de selección, salvo para la comparación de precios, que estén incluidos en el Plan Anual de Contrataciones, bajo sanción de nulidad".
- 1.6. Asimismo, en el numeral 43.2 del artículo 43 del Reglamento de la Ley de Contrataciones, señala que "Para la Licitación Pública, el Concurso Público y la Selección de Consultores Individuales, la Entidad designa un comité de selección para cada procedimiento. **El órgano encargado de las contrataciones tiene a su cargo** la Subasta Inversa Electrónica, la Adjudicación Simplificada para bienes, servicios en general y consultoría en general, la Comparación de Precios y la Contratación Directa.
- 1.7. Al respecto, el artículo 25° del TUO de la Ley de Contrataciones establece: "La comparación de precios puede utilizarse para la contratación de bienes y servicios de disponibilidad inmediata, distintos a los de consultoría, que no sean fabricados o prestados siguiendo las especificaciones o indicaciones del contratante, siempre que sean fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado, conforme a lo que señale el reglamento".
- 1.8. Por otro lado, según el numeral 6.1 de la Directiva N°022-2016-OSCE/CD, indica que: "para aplicar el procedimiento de selección de comparación de precios, la Entidad debe verificar que los bienes y/o servicios en general objeto de la contratación: i) Sean de disponibilidad inmediata. Es decir, que se entreguen o implementen dentro de los cinco (5) días siguientes de formalizada la contratación; ii) 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; y, iii) Sean fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado. Es decir, que existan en el mercado. Sólo procede el procedimiento de comparación de precios cuando se verifiquen las condiciones señaladas, caso contrario, debe convocarse el que corresponda", adicionalmente: "Una vez definido el requerimiento de la Entidad, el órgano encargado de las contrataciones elabora un informe en el que conste el cumplimiento de las condiciones para el empleo del procedimiento de selección de comparación de precios. Para tal efecto, se debe utilizar el formato incluido en el Anexo N°01 de la Directiva. Dicho informe debe publicarse en el SEACE".



2. FUENTES EMPLEADAS PARA LA INDAGACIÓN DE MERCADO

Para el análisis del valor estimado, se han utilizado la siguiente fuente de información: Fuente 01: Cotizaciones Actualizadas.

2.1. Fuente 01: Cotizaciones Actualizadas

El procedimiento utilizado para la obtención de las cotizaciones, fue mediante solicitudes a través de correo electrónico a los distintos proveedores que se dedican a la actividad relacionada con el objeto de contratación, a los que se adjuntó las Especificaciones Técnicas (EETT).

Del total de las empresas invitadas a cotizar, las siguientes empresas enviaron sus cotizaciones.

Cuadro N° 01: Cuadro de cotizaciones recibidas.

ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO	J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C.	ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL
RUC: 10460433229	RUC: 20600002407	RUC: 10417750245
CONTACTO: ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO	CONTACTO: BOZA VARGAS ISAUL	CONTACTO: ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL
TELÉFONO: 995033423	TELÉFONO: 3618172	TELÉFONO: 977 921 231
E-MAIL: pabloo.auriz@gmail.com	E-MAIL: JDSOCIEDAD INVERSIONESSAC360@HOT MAIL.COM	E-MAIL: angiemari251 @hotmail.com

1. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO.

1.1. Según lo descrito en el párrafo precedente y en salvaguarda de los intereses económicos y cumplimiento de metas de la Institución; para la obtención del valor estimado se ha considerado el **MENOR VALOR TOTAL DE LAS COTIZACIONES QUE CUMPLEN CON LOS RTM**, en cumplimiento de lo siguiente:

- La Fuente 01 cumple con lo establecido en las especificaciones técnicas, y demás condiciones establecidas, de acuerdo a las especificaciones técnicas EETT del requerimiento del área de Servicios Generales.
- Asimismo, debemos agregar que las cotizaciones remitidas, pertenecen a proveedores que se dedican a la actividad materia del objeto de convocatoria que señalan el cumplimiento de los términos de referencia INFORME N° 066-2024-DIRESALIMA-UE1404-DE-UDS/OSI

1.2. DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO.

**"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas
de Junín y Ayacucho"**



El valor estimado para la "SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCAROCHIRI" asciende a la suma de S/. 73,320.00 (Setenta y tres mil trescientos veinte con 00/100 soles).

2. INFORMACIÓN ADICIONAL

2.1. Determinación del Procedimiento de selección:

El artículo 14 de la Ley N°31953 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024, señala los montos para la determinación de los procedimientos de selección para efectuar las licitaciones públicas, concursos públicos, adjudicaciones simplificadas y selección de consultores individuales en todas las entidades del sector público comprendidas en el artículo 5 de la Ley 30225, Ley de Contrataciones del Estado, se sujetan a los montos siguientes:



**TOPES (*) PARA CADA PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN PARA LA
CONTRATACIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y OBRAS –
REGIMEN GENERAL**

Año Fiscal 2024 y en Soles

TIPO	MONTOS (**)				
	BIENES	SERVICIOS			OBRAS
		SERVICIO EN GENERAL	CONSULTORIA DE OBRAS	CONSULTORIA EN GENERAL	
LICITACIÓN PÚBLICA	>= de 480,000	-	-	-	>= de 2'800,000
CONCURSO PÚBLICO	-	-	>= de 480,000	-	-
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA	< a 480,000 > de 41,200	-	< a 480,000 > de 41,200	-	< a 2'800,000 > de 41,200
CONTRATACIÓN DIRECTA	> de 41,200	-	> de 41,200	-	> de 41,200
COMPARACIÓN DE PRECIOS	<= a 77,250 > de 41,200	<= a 77,250 > de 41,200	-	-	-
SUBASTA INVERSA ELECTRÓNICA	> de 41,200	> de 41,200	-	-	-
SELECCIÓN DE CONSULTORES INDIVIDUALES	-	-	-	<= a 60,000 > de 41,200	-
CONCURSO DE PROYECTOS ARQUITECTÓNICOS	-	-	>= 480,000	-	-

Elaborado por la Dirección del SEACE – OSCE (***)

(*) Artículo 5° literal A, artículos 22° al 25° de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 y artículos 53°, 85° y 98° del Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF, y el artículo 14° de la Ley N° 31953, Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2024.

(**) Decreto Supremo N° 309-2023-EF, publicado en el diario oficial El Peruano el día 28.12.2023.

(***) Prohibida su reproducción, modificación o publicación, sin citar la fuente.

- 2.2. Al respecto, el artículo 53° del reglamento de la Ley de Contrataciones establece que para la contratación de bienes, servicios en general, consultorías u obras, la entidad utiliza según corresponda los siguientes procedimientos de selección: a) licitación pública, b) concurso público, c) adjudicación simplificada, d) subasta inversa electrónica, e) selección de consultores individuales, **f) comparación de precios**, g) contratación directa.

- 2.3. Asimismo, del artículo 53.2 del citado reglamento, establece que la determinación del procedimiento de selección se realiza en atención al objeto de la contratación, la cuantía y las demás condiciones para su empleo previstos en la Ley y el Reglamento.

En este sentido, conforme al análisis ejecutado en la presente indagación de mercado, se ha determinado como valor estimado la suma ascendente a **S/. 73,320.00 (Setenta y tres mil trescientos veinte con 00/100 soles)**, por lo tanto en mérito a lo señalado, la **"SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCARACHIRI"**, corresponde ser llevada a cabo, a través del procedimiento de selección por **COMPARACION DE PRECIOS.**

2.4. **Existencia de pluralidad de marcas o postores:**

El numeral 32.3 del artículo 32 del Reglamento indica lo siguiente "(...) La indagación de mercado contiene el análisis respecto de la pluralidad de marcas y **postores** (...)".

Al respecto, se informa, que de la indagación de mercado efectuada, se puede determinar, la **existencia de pluralidad de marcas y postores** que cumplen con las Especificaciones Técnicas remitidos por el área usuaria.

2.5. **Posibilidad de distribuir la buena pro:**

De la indagación de mercado se evidencia que, la adquisición materia de la presente convocatoria puede ser ofrecida por un solo proveedor, **no existe la posibilidad de distribuir la Buena Pro.**

2.6. **Sistema de contratación:**

El sistema de contratación del presente proceso de selección se regirá a través de a **suma alzada.**

3. **CONCLUSIONES:**

7.1 De la indagación de mercado se concluye según el siguiente cuadro:

DESCRIPCION	CONCLUSION
Objeto de la Contratación	SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUCARACHIRI
Valor estimado	S/. 73,320.00 (Setenta y tres mil trescientos veinte con 00/100 soles)
Tipo de Procedimiento	Comparación de Precios
Sistema de Contratación	A Suma Alzada
Distribución de la buena pro	No existe la Posibilidad de Distribuir la Buena Pro
Información Empleada para el Análisis	Cotizaciones

4. RECOMENDACIONES:

- 4.1 Se recomienda solicitar la Certificación de Crédito Presupuestal, para continuar con la contratación bajo su aprobación, por el importe total de **S/. 73,320.00 (Setenta y tres mil trescientos veinte con 00/100 soles)**, correspondiente a la "SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI",
- 4.2 Se recomienda designar a quien corresponda se realicen las coordinaciones para la aprobación de certificación de crédito presupuestario.

Es todo en cuanto tengo que informar para los fines que estime conveniente.

Atentamente;


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA
RED DE SALUD HUAROCHIRI
cc: Ardm. Nive R. Utrero Alarcón
cc: DIRECCIÓN DE REGISTROS

CERTIFICACION DE CREDITO PRESUPUESTARIO Nro.: 000459

Nº CCP SIAF: 0000000516

1.-Información del Proc.

Tipo de Proc. de Selección : ADJUDICACION SIMPLIFICADA
Objeto del Proc. : SERVICIOS
Síntesis del CCMN : SERVICIO DE IMPRESION DE FORMATO UNICO DE ATENCION SIS (FUAS) PARA LA ATENCION DE PACIENTES
Nro. de Ref. en el PAC : 0066
Incluido en el PAC mediante Resolución:
Base Legal : Artículo 19° de la Ley de Contrataciones del Estado

2.-Contenido del Expediente de Contratación

Requerimiento : PEDIDO DE SERVICIO N°00121
Informado con Documento N° : MEMORANDO N°0155-2024-DIRESA LIMA-UE1404-DE/OSI
Valor Referencial : S/ 73,320.00 Soles

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUARACHIRI
LIC. ISMAEL MARTIN ENCAÑACION LINAN
JEFE (E) DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

Firma del Responsable de Logística

Fecha 27/03/2024

3.- Disponibilidad Presupuestal

FF/Rb	Meta / MNEMO	Cadena Funcional	Centro de Costo	Clasificador Gasto	Valor Ref. S/
2024					
4-13	0129	20.044.0096.9002.3999999.5001562	14042.03.02 DIRECTOR DE SALUD INTEGRAL	2.3.2 7.11 6	73,320.00
Sub Total					73,320.00
Total					73,320.00

Resumen Presupuestal por Producto / Proyecto

FF/Rb	Producto / Proyecto	Valor Ref. S/
4-13	3999999 SIN PRODUCTO	73,320.00
Total		73,320.00

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

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUARACHIRI
CPC. JOSÉ ANDRÉS CASTILLA MEZA
Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Firma del Responsable de Presupuesto

Fecha

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000113

UNIDAD EJECUTORA : 408 RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001404

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N -	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
12/03/2024	00000000253	500100051552	SERVICIO DE FOTOCOPIADO E IMPRESIONES	Servicio	0.00	0.00	0.00	73,500.00

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUAROCHIRI

LIC. ISMAEL MARTIN ENCARNACION LINAN
JEFE (E) DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUAROCHIRI

LIC. ISMAEL MARTIN ENCARNACION LINAN
DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000253

UNIDAD EJECUTORA : 408 RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001404

Centro de Costo: 14042.03.02 DIRECTOR DE SALUD INTEGRAL
Fecha de Solicitud: 12/03/2024

Código Ítem N.-	ITEM Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
500100051552	SERVICIO DE FOTOCOPIADO E IMPRESIONES	Servicio	0.00	0.00	0.00	73,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

UNIVERSIDAD REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA
RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

C.D. JORGE ERASMO TOMAILLA TENAZOA
R.O.C. N° 18102
FUNDADOR DE LA UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria

TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: COMPARACION DE PRECIO

DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN: SERVICIO DE IMPRESIÓN

PERSONAL TIPO DE LA CONTRATACION: SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUACARACHIRI

ITEM Nº	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COTIZACIONES ACTUALIZADAS						FUENTE: PRECIOS HISTÓRICOS DE LA ENTIDAD		VALOR REFERENCIAL (V.R.)		
				ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO RUC: 10460433229 CONTACTO: ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO TELÉFONO: 995033423 E-MAIL: pablo.auriz@gmail.com	J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C. RUC: 20600002407 CONTACTO: BOZA VARGAS IS ANGIE MARIBEL TELÉFONO: 3618172 E-MAIL: JDSOCIEDAD INVERSIONESSAC360@HOTM AIL.COM	ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL RUC: 10417750245 CONTACTO: ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL TELÉFONO: 977 921 231 E-MAIL: angiemariz51 @hotmail.com	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL ACTUALIZADO	ENTIDAD CONVOCANTE: RED DE SALUD DE HUARACHIRI TIPO Y Nº PROCESO DE SELECCIÓN: COMPRESIM- 8-2022-OEC/RSH-1 FECHA DE CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO: 30/12/2022 23:12:28 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ADJUDICATARIO: 10800366726 - YAURI BARBOSA REBANIA	PROCEDIMIENTO Y/O METODOLOGÍA UTILIZADO PARA DETERMINAR EL V.R.	VALOR UNITARIO	VALOR REFERENCIAL DEL ÍTEM
1	SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATO UNICO ATENCION - FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUARACHIRI	SERVICIO - MILLARES	188	400.00	75,200.00	390.00	73,320.00	395.00	74,260.00	675.00	126,900.00	A MENOR PRECIO DE LAS COTIZACIONES RECIBIDAS	390.00	73,320.00
												TOTAL		73,320.00

GOBIERNO REGIONAL DE
DIRECCION REGIONAL DE
RED DE SALUD HUARACHIRI
Téc. Asist. Social
RESPONSABLE DEL ANÁLISIS

Lic. ISMAEL MARTIN ENCARNACION
JEFE (E) DE LA UNIDAD DE LOGI

1512

GOBIERNO REGIONAL DE LIMBA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUARACHIRI

Lic. ISMAEL MARTIN ENCARNACION LINAN
JEFE (E) DE LA UNIDAD DE LOGISTICA



Anexo N°03

Cotización y declaración jurada del proveedor

1. Fecha del documento 14/03/2024


2. Cotización		
2.1 Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUARACHIRI	
2.2 Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
	No cumple	
2.3 Monto total cotizado	S/ 75.200.00	
2.4 Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Ficha Ruc, Certificado de RNP y Cotización	

3. Declaración jurada del proveedor

Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso regulara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.

Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

4.


Pablo Maximiliano Anticoda M.

Nombre, firma y sello del proveedor

Pabloo.auriz@hotmail.com

Av. las casuarinas MZ v lt.8b

Tel: 995033423 – 904601668



D-PABLO

EVENTOS Y CATERING

Cliente.	Cotización N°0058
Municipalidad distrital Lurigancho Chosica	RUC: 10460433229
Persona de Contacto: Pablo Maximo Anticona M.	Correo: pabloo.auriz@gmail.com
Telefono: 995033423	

Fecha	Banco BCP. SOLES	FORMA DE PAGO	MONEDA
14/03/2024	N° 19101547977011	TRANSFERENCIA	SOLES
188 UNID.	DESCRIPCIÓN	PREC. UNT.	TOTAL
	IMPRESIÓN DE BLOK DE 100 UNIDADES EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON ORIGINAL Y 1 COPIA EN TAMAÑO A3	S/. 400.00	S/. 75.200.00
	NOTA: PLAZO DE ENTREGA DESPUES DE LA ORDEN DE SERVICIO 5 DIAS EL MONTO INCLUYE IGV , GARANTIA 6 MESES		
		TOTAL	S/. 75.200.00

PABLO ANTICONA MANDUJANO

DNI: 46043322

ORDEN DE SERVICIO N° 0001830

N° Exp. SIAF: 0000002275

Día	Mes	Año
07	03	2024

UNIDAD EJECUTORA : 016 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)
NRO. IDENTIFICACIÓN : 301267

1. DATOS DEL PROVEEDOR	2. CONDICIONES GENERALES
Señor(es): ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO Dirección: CP SAN ANTONIO MZ, Z LT.3 YANACOTO LURIGANCHO CHOSICA LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: 00219114008490300053 RUC: 10460433229 Teléfono: +51 985 033 423 Fax:	N° Cuadro Adquisición: 001766 Tipo de Proceso: ASP N° Contrato: Moneda: S/ T/G:
Concepto: SERVICIO DE ORGANIZACION DE EVENTO	

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
100100040014	SERVICIO	SERVICIO DE ORGANIZACION DE EVENTOS OBJETO DE LA CONTRATACIÓN Servicio de organización de evento para ponencia por el día internacional de la mujer, solicitado por la Gerencia de Educación y Desarrollo Humano de la Municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica. PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO El plazo de ejecución del servicio será por un plazo de hasta 101 día calendario, contabilizados a partir del día siguiente de notificada y/o recibida la orden de servicio. CONFORMIDAD DEL SERVICIO La conformidad será otorgada por la Gerencia de Educación y Desarrollo Humano de la Municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica. FORMA DE PAGO El pago se efectuará en un único pago, previa conformidad del área usuaria. PENALIDAD La penalidad se aplicará de conformidad con el artículo 162 del Reglamento de la Ley N° 30025. Aprobado por DECRETO SUPLENTO N° 344-2019-EP, nos reservamos el derecho de devolver el producto de no estar de acuerdo con nuestra especificación y/o términos de referencia según la Ley de Contrataciones de Estado. * * * * * (CUARENTA MIL Y 00/100 SOLES) * * * * *	40,000.00

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Metas Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
					S/
0104	23 051.0115.9002.3999999.5001079	5 - 08	2.3.2 7. 9.99		40,000.00

TOTAL S/ 40,000.00

Exonerado :	0.00
V. Venta :	33,896.31
I.G.V. :	6,103.69
Total :	40,000.00

Facturar a nombre de MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA) Dirección JR. TRUJILLO 496 / LURIGANCHO - LIMA - LIMA RUC: 20131371455		
ELABORADO POR	ORDENACION DEL SERVICIO	CONFORMIDAD DEL SERVICIO
CAMACHO ESPILCO, JUNIOR ABEL		
	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES
		Fecha Día Mes Año

NOTA IMPORTANTE :

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S
- Esta Orden es nota sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento

ORDEN DE SERVICIO N° 0007861

N° Exp. SIAF:

UNIDAD EJECUTORA : 018 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)
NRO. IDENTIFICACIÓN : 301267

Día	Mes	Año
09	11	2023

1. DATOS DEL PROVEEDOR Señor(es) : ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO Dirección : CP SAN ANTONIO MZ, Z LT.3 YANACOTO LURIGANCHO CHOSICA LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: 00219114008490300053 RUC : 10460433229 Teléfono : +51 995 033 423 Fax : Concepto : REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE ORGANIZACION DE EVENTOS para apoyo a la I.E. Huáman Poma de Ayala	2. CONDICIONES GENERALES N° Cuadro Adquisic: 007860 Tipo de Proceso : ASP N° Contrato : Moneda : S/ TIC :
--	--

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
100100040014	SERVICIO	SERVICIO DE ORGANIZACIÓN DE EVENTOS C.C. SUB GERENCIA DE EDUCACIÓN Y CU PED: 010417	3,000.00
***** (TRES MIL Y 00/100 SOLES) *****			

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Meta/ Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
0080	21.045.0100.9002.39999999.5001090.	2 - 09	2.3.2.7.9.99		S/ 3,000.00

TOTAL S/ 3,000.00

Exonerado :	0.00
V. Venta :	2,542.37
I.G.V. :	457.63
Total :	3,000.00

Facturar a nombre de : MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)		
Dirección : JR. TRUJILLO 496 / LURIGANCHO - LIMA - LIMA		RUC : 20131371455
ELABORADO POR URQUIZO ROJAS, ARIANA DEL MILAGRO	ORDENACION DEL SERVICIO	CONFORMIDAD DEL SERVICIO
	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES
		Fecha Día Mes Año

NOTA IMPORTANTE :

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S
- Esta Orden es nula sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

N° Exp. SIAF: []

UNIDAD EJECUTORA : 018 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)
NRO. IDENTIFICACIÓN : 301267

Día	Mes	Año
04	12	2023

1. DATOS DEL PROVEEDOR Señor(es): ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO Dirección: CP SAN ANTONIO MZ, 2 LT.3 YANACOTO LURIGANCHO CHOSICA LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: 00219114008490300053 RUC: 10460433229 Teléfono: +51 995 033 423 Fax: Concepto: requerimiento de servicio de organización de eventos para la gerencia de seguridad ciudadana	2. CONDICIONES GENERALES N° Cuadro Adquisic: 008892 Tipo de Proceso: ASP N° Contrato: Moneda: S/ T/C:
--	---

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
100100040014	SERVICIO	SERVICIO DE ORGANIZACION DE EVENTOS OBJETO DE LA CONTRATACIÓN Servicio de organización de eventos a fin de cumplir con las actividades programadas, solicitado por la Gerencia de Seguridad Ciudadana de la Municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO El plazo de ejecución del servicio será por un plazo máximo de hasta dos (02) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de emitida y/o recibida la orden de servicio y/o según cronograma de los Términos de Referencia. CONFORMIDAD DEL SERVICIO La conformidad será otorgada por Gerencia de Seguridad Ciudadana de la Municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica. FORMA DE PAGO El pago se efectuara como UNICO y/o según terminos de referencia, previa conformidad de la Gerencia de Seguridad Ciudadana de la Municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica. PENALIDAD La penalidad se aplicará de conformidad con el artículo 162 del Reglamento de la Ley N° 30225. Aprobado por DECRETO SUPREMO N° 344-2018-EP, nos reservamos el derecho de devolver el producto de no estar de acuerdo con nuestras especificación y/o términos de referencia según la Ley de Contrataciones de	9,440.00

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Meta/ Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
0003	05.014.0031.0030.3000356.5004167	2 - 09	2.3.2.7.9.99		S/ 9,440.00

Van ... S/ 9,440.00

Exonerado :	0.00
V. Venta :	8,000.00
I.G.V. :	1,440.00
Total :	9,440.00

Facturar a nombre de: MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)

Dirección: JR. TRUJILLO 496 / LURIGANCHO - LIMA - LIMA

RUC: 20131371455

ELABORADO POR	ORDENACION DEL SERVICIO		CONFORMIDAD DEL SERVICIO
URQUIZO ROJAS, ARIANA DEL MILAGRO			
	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES	
			Fecha Día Mes Año

NOTA IMPORTANTE:

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S
- Esta Orden es nula sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento

N° Exp. SIAF :

UNIDAD EJECUTORA : 018 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)
NRO. IDENTIFICACIÓN : 301267

Día	Mes	Año
04	12	2023

1. DATOS DEL PROVEEDOR	2. CONDICIONES GENERALES
Señor(es) : ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO	N° Cuadro Adquisic.: 008892
Dirección : CP SAN ANTONIO MZ, Z LT.3 YANACOTO LURIGANCHO CHOSICA	Tipo de Proceso : ASP
LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: 00219114008490300053	N° Contrato :
RUC : 10460433229 Teléfono : +51 995 033 423 Fax :	Moneda : S/ T/C :
Concepto : requerimiento de servicio de organización de eventos para la gerencia de seguridad ciudadana	

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
		Estado, CCP: 8524 // PEDIDO SIGA: 10860 C.C. GERENCIA DE SEGURIDAD CIUDADANA PED. 010860 ***** (NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y 00/100 SOLES) *****	9,440.00

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Meta/ Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
					S/

TOTAL S/ 9,440.00

Exonerado : 0.00
V. Venta : 8,000.00
I.G.V. : 1,440.00
Total : 9,440.00

Facturar a nombre de : MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)

Dirección : JR. TRUJILLO 496 / LURIGANCHO - LIMA - LIMA

RUC : 20131371455

ELABORADO POR	ORDENACION DEL SERVICIO		CONFORMIDAD DEL SERVICIO
URQUIZO ROJAS, ARIANA DEL MILAGRO			
	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES	
			Fecha Día Mes Año

NOTA IMPORTANTE :

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S
- Esta Orden es nula sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento

FICHA RUC : 10460433229
ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO
Numero de Transacción : 693479455
CIR - Constancia de Información Registrada
Información General del Contribuyente

Apellidos y Nombres ó Razón Social : ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO
Tipo de Contribuyente : 02-PERSONA NATURAL CON NEGOCIO
Fecha de Inscripción : 13/02/2023
Fecha de Inicio de Actividades : 10/02/2023
Estado del Contribuyente : ACTIVO
Dependencia SUNAT : 0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal : HABIDO
Emisor electrónico desde : 15/02/2023
Comprobantes electrónicos : FACTURA (desde 15/02/2023); BOLETA (desde 21/07/2023)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial : IMPRESIONES
Tipo de Representación : -
Actividad Económica Principal : 4752 - VENTA AL POR MENOR DE ARTÍCULOS DE FERRETERÍA, PINTURAS Y PRODUCTOS DE VIDRIO EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 1 : 7730 - ALQUILER Y ARRENDAMIENTO DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA, EQUIPO Y BIENES TANGIBLES
Actividad Económica Secundaria 2 : 5610 - ACTIVIDADES DE RESTAURANTES Y DE SERVICIO MÓVIL DE COMIDAS
Sistema Emisión Comprobantes de Pago : COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad : COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio : -
Actividad de Comercio Exterior : SIN ACTIVIDAD
Número Fax : -
Teléfono Fijo 1 : -
Teléfono Fijo 2 : -
Teléfono Móvil 1 : -
Teléfono Móvil 2 : 1 - 995033423
Correo Electrónico 1 : -
Correo Electrónico 2 : Pabloo.auriz@gmail.com

Domicilio Fiscal

Actividad Económica : 4752 - VENTA AL POR MENOR DE ARTÍCULOS DE FERRETERÍA, PINTURAS Y PRODUCTOS DE VIDRIO EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Departamento : LIMA
Provincia : LIMA
Distrito : LURIGANCHO
Tipo y Nombre Zona : C.P. SAN ANTONIO DE JICAMARCA
Tipo y Nombre Vía : ---- YANACOTO
Nro : -
Km : -
Mz : 2
Lote : 3
Dpto : -
Interior : -
Otras Referencias : -
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal : PROPIO

Datos de la Persona Natural

Documento de Identidad : DNI 46043322
Cond. Domiciliado : DOMICILIADO
Fecha de Nacimiento o Inicio Sucesión : 17/12/1988
Sexo : Masculino
Nacionalidad : PERUANA
País de procedencia : -

Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	10/02/2023	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2024	-	-	-

La SUNAT se reserva el derecho de verificar el domicilio fiscal declarado por el contribuyente en cualquier momento.

Documento emitido a través de SOL - SUNAT Operaciones en Línea, que tiene validez para realizar trámites Administrativos, Judiciales y demás

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.

Para ir a su Buzón Electrónico *Ingrese Aquí*

DEPENDENCIA SUNAT

Fecha:15/03/2024

Hora:10:04



RUC N° 10460433229

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****ANTICONA MANDUJANO PABLO MAXIMO**

Domiciliado en: LIMA - LIMA - LURIGANCHO (Según información declarada en la SUNAT)

*Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:***PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 16/02/2023

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 16/02/2023

FECHA IMPRESIÓN: 14/03/2024

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 - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

5.

Fecha 2024-03-18 10:33

 PROFORMA PABLO FUA.docx (~257 KB) CONSTANCIA DEL RNP PABLO.pdf (~90 KB) FICHA RUC PABLO FINAL.pdf (~1,1 MB)


[pablo anexo 2.pdf \(~669 KB\)](#) [OS 9028.pdf \(~105 KB\)](#) [OS 7861.pdf \(~83 KB\)](#) [OS 1830.pdf \(~1.5 MB\)](#)



¹ This note is based on a paper presented at the 1997 Annual Meeting of the American Political Science Association, Washington, DC, September 1-5, 1997.

Gracias.

El jue, 14 mar 2024 a la(s) 4:19 p.m., pablo.anticona.mandujano (pablo.auriz@gmail.com) escribió:

 SUNAT	
Formulario de Manifestación de Datos del RUC	
Compartimentación sectorial	
Actividad Económica Tipo de Representación Actividad Económica Principal	
Actividad Económica Secundaria 1 Actividad Económica Secundaria 2 Sistema Emisión Compensatoria de Impuesto Sistema de Contabilización Oficina de Registro Oficina de Registro Exterior Reserva de Tipo de Fijo Telefono Fijo 1 Telefono Fijo 2 Telefono Fijo 3 Telefono Celular 1 Correo Electronico 1 Correo Electronico 2	
Datos de Empresa RUC Nombre de la Empresa Dirección Tipo y Nombre Casa Tipo y Nombre Vía Nro. Int. Calle Local Etapa Interior Exterior Características Características del inmueble en donde se encuentra el negocio Características del negocio	
Datos de la Persona Natural Nombre de la Persona Natural Dirección Tipo y Nombre Casa Tipo y Nombre Vía Nro. Int. Calle Local Etapa Interior Exterior Características Características del inmueble en donde se encuentra el negocio Características del negocio	

El jué. 14 mar 2024 a la(s) 11:02 a.m., <legislacion.adquisiciones@redhuarochile.gob.pe> escribió:

BUENAS TARDES

SRES,

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DESEA CONTRATAR EL "SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI". RAZÓN POR LA CUAL LE AGRADECEREMOS HACERNOS LLEGAR SU COTIZACIÓN E INDICAR DETALLES DE REQUISITOS QUE INDICA EL TÉRMINO DE REFERENCIA .

SE ADJUNTA TÉRMINO DE REFERENCIA, EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN; ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTE SERVICIO.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA VIERNES 15 DE MARZO DEL 2024, MEDIANTE UNA CARTA DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZON SOCIAL.
- RUC.
- DIRECCIÓN.
- NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO.
- TIEMPO DE EJECUCION
- CORREO ELECTRONICO.
- GARANTIA

• ADJUNTAR FICHA RUC Y CONSTANCIA RNP

ATENTAMENTE

ÁREA DE LOGÍSTICA



RED DE SALUD HUAROCHIRI

Nivel tipo Alarcón

Logística Adquisiciones

Red de Salud Huarochiri

logistica.adquisiciones@huarochiri.gob.pe

(01) 3559720

www.redhuarochiri.gob.pe

"Año del Bicentenario, de la consolidación de
nuestra Independencia, y de la conmemoración de
las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



Anexo N°03

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	14/03/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda.	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 74.280.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Ficha Ruc, Certificado de RNP, Cotización y Experiencia	
3	Declaración jurada del proveedor		
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>			
4	  <p>Angie Maribel Z. Bullón</p>		
Nombre, firma y sello del proveedor			



Angie Maribel
Zúñiga Bullón
R.U.C. 10417750245



SEÑORES: RED SALUD DE HUAROCHIRI

15 de Marzo del 2024

Asunto: Servicio de Impresión de Recetarios

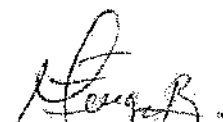
Estimados Señores:

Estimado cliente, tenemos el agrado de responder a su solicitud, que a continuación se detalla:

CANT.	DESCRIPCION.	P.UNIT.	TOTAL
188 Millares	Servicio De Fotocopiado E Impresiones Papel Autocopiativo Con Original Y 1 Copia Tamaño A3 Block Por 100 Unidades.	S/. 395.00	S/. 74.260.00
	Garantía 6 meses por desperfecto de fábrica. Plazo De Entrega 5 días calendario después de recibida la O/C		
	Metodos de Pago: Cuenta de BANCO DE CREDITO BCP Nº de Cuenta: 19127759755054 CCI Nº: 00219112775975505453		
		TOTAL	S/. 74.260.00

Condiciones De Venta:

Precios Incluyen I.G.V 18%.
Tipo De Moneda: Sol
Validez De Oferta: 30 Días Calendarios
Forma De Pago: Credito Comercial
Lugar De Entrega: Almacen De La Red De Huarochiri


Angie M. Zúñiga Bullón
GERENTE

Sin otro particular me despido de usted, en espera de sus gratas ordenes.

Av. Calle Real 160 – San Fernando Alto – Lurigancho – Chosica
Solucionesgraficas0801@gmail.com cell: 997128854



49
RUC N° 10417750245

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL

Domiciliado en: LIMA - LIMA - LURIGANCHO (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 17/06/2017

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 17/06/2017

FECHA IMPRESIÓN: 19/04/2023

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 - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

FICHA RUC : 10417750245
ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL

CIR- COMPROBANTE DE INFORMACIÓN REGISTRADA

Número de Transacción : 609870483

Información General del Contribuyente

Apellidos y Nombres ó Razón Social	: ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL
Tipo de Contribuyente	: 02-PERSONA NATURAL CON NEGOCIO
Fecha de Inscripción	: 29/04/2010
Fecha de Inicio de Actividades	: 29/04/2010
Estado del Contribuyente	: ACTIVO
Dependencia SUNAT	: 0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	: HABIDO
Emisor electrónico desde	: 14/03/2016
Comprobantes electrónicos	: RECIBO POR HONORARIO (desde 14/03/2016), FACTURA (desde 27/03/2019), BOLETA (desde 27/01/2022), (desde 14/11/2022)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	: INVERSIONES J&S
Tipo de Representación	: -
Actividad Económica Principal	: 1811 - IMPRESIÓN
Actividad Económica Secundaria 1	: 4630 - VENTA AL POR MAYOR DE ALIMENTOS, BEBIDAS Y TABACO
Actividad Económica Secundaria 2	: 9000 - ACTIVIDADES CREATIVAS, ARTÍSTICAS Y DE ENTRETENIMIENTO
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	: MANUAL
Sistema de Contabilidad	: MANUAL
Código de Profesión / Oficio	: 99- PROFESION U OCUPACION NO ESPECIFICADA
Actividad de Comercio Exterior	: SIN ACTIVIDAD
Número Fax	: -
Teléfono Fijo 1	: -
Teléfono Fijo 2	: -
Teléfono Móvil 1	: 1 - 977921231
Teléfono Móvil 2	: -
Correo Electrónico 1	: solucionescontables1972@hotmail.com
Correo Electrónico 2	: -

Domicilio Fiscal

Actividad Economica	: 1811 - IMPRESIÓN
Departamento	: LIMA
Provincia	: LIMA
Distrito	: LURIGANCHO
Tipo y Nombre Zona	: --- CHOSICA
Tipo y Nombre Vía	: CAL. REAL
Nro	: 160
Km	: -
Mz	: -
Lote	: -
Dpto	: -
Interior	: -
Otras Referencias	: -
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	: PROPIO

Datos de la Persona Natural

Documento de Identidad	: DNI 41775024
Cond. Domiciliado	: DOMICILIADO
Fecha de Nacimiento o Inicio Sucesión	: 22/02/1983
Sexo	: Femenino
Nacionalidad	: PERUANA
País de procedencia	: -

Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	29/09/2010	-	-	-

47

RENTA-4TA. CATEGOR.-CTA.PROPIA
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO

29/04/2010
01/01/2017

Importante

La SUNAT se reserva el derecho de verificar el domicilio fiscal declarado por el contribuyente en cualquier momento.

Documento emitido a través de SOL - SUNAT Operaciones en Línea, que tiene validez para realizar trámites Administrativos, Judiciales y demás.

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.

Para ir a su Buzón Electrónico *Ingrese Aquí*

DEPENDENCIA SUNAT
Fecha:19/04/2023
Hora:10:56

ORDEN DE SERVICIO N° 0000970

N° Exp. SIAF : 0000001712

Día	Mes	Año
15	09	2023

UNIDAD EJECUTORA : 408 RED DE SALUD DE HUARACHIRI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001404


1. DATOS DEL PROVEEDOR	2. CONDICIONES GENERALES
Señor(es) : ZÚNIGA BULLON ANGIE MARIBEL Dirección : av calle real 160-san fernando alto - lurigancho chosica LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: RUC : 10417750245 Teléfono : 997 128 854 Fax : 997 128 854	N° Cuadro Adquisic: 000976 Tipo de Proceso : ASP N° Contrato : Moneda : S/ T/C :
Concepto : SERVICIO DE IMPRESION DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS PARA PACIENTES AFILIADOS AL SIS.	

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
500100050561	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL SERVICIO DE IMPRESION DE RECETAS EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON ORIGINAL Y 3 COPIAS TAMAÑO A5 BLOCK POR 50 UNIDADES CANTIDAD: 50 MILLARES TIEMPO DE ENTREGA: 10 DIAS ARTÍCULO N°162 DEL REGLAMENTO DE LA LEY N°30225, LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO APROBADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N°344-2018-EF, QUE REGULA LA APLICACIÓN DE LA "PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN", PRECISANDO QUE LA MISMA DEBE APLICARSE AL CONTRATISTA QUE INJUSTIFICADAMENTE SE RETRASE EN LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES A SU CARGO, A RAZÓN DE UNA PENALIDAD POR CADA DÍA DE ATRASO, HASTA POR UN MONTO MÁXIMO EQUIVALENTE AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO VIGENTE O, DE SER EL CASO, DEL ÍTEM QUE DEBIÓ EJECUTARSE. ÉSTA PENALIDAD SERA DEDUCIDA DE LOS PAGOS A CUENTA, DEL PAGO FINAL O LIQUIDACIÓN FINAL. * * * * * (DIEZ MIL QUINIENTOS Y 00/100 SOLES) * * * * *	10,500.00

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Meta/ Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
					S/
0020	20.044.0096.0016.3000613.5004437	4 - 13	2.3.2.7.11.6		10,500.00

TOTAL S/ 10,500.00

Exonerado :	0.00
V. Venta :	8,898.31
I.G.V. :	1,601.69
Total :	10,500.00

Factorar a nombre de RED DE SALUD DE HUARACHIRI		RUC: 20544005864			
Dirección					
ELABORADO POR	ORDENACION DEL SERVICIO	CONFORMIDAD DEL SERVICIO			
UCHUYPOMA QUISPE JOSE LUIS					
	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES			
		<table><tr><td>Fecha</td></tr><tr><td>Día Mes Año</td></tr><tr><td></td></tr></table>	Fecha	Día Mes Año	
Fecha					
Día Mes Año					

NOTA IMPORTANTE :

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S.
- Esta Orden es nula sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUAROCHIRI - MATUCANA

RUC: 20137289321

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUAROCHIRI -
MATUCANA

EXP. SIAF Nº 449

DI	MES	AÑO
15	02	2024

ORDEN DE SERVICIO Nº

245

1. DATOS DEL CONTRATISTA

Socio(es): ZÚÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL
 Dirección: CALLE REAL N° 160 SAN FERNANDO ALTO LURIGANCHO-CHOSICA
 R.M.C.: 10117250245 TELEF: 997128854 FAX:
 Referencia:
 Proceso: ADJUDICACION SIN PROCESO Nº 15

2. CONDICIONES GENERALES

Plazo de Ejecución: 05 DIAS CALENDARIOS
 Cond. De Pago: CREDITO
 Plazo Garantía:
 Lugar de Ejecución: In. Independencia 12117
 Incl. I.G.V. (18%):
 Moneda: S/ T/C: SOLES
 Cobertura:
 CKP Nota N°:
 00000000227
 S/R
 SGI

Concepto: SERVICIO DE ELABORACION DE CUATRO ROLL SCREEN, SOMETADOS POR LA SUB GERENCIA DE IMAGEN INSTITUCIONAL, CON REQUERIMIENTO DE SERVICIO 14007-2024-SGI-SG-MPH-
 MASEQUIN T.E.R.

Modalidad:

CODIGO	CANT.	UND. MED.	DESCRIPCION	PRECIO UNIT. S/	PRECIO TOTAL S/
	02	METRO	ROLL SCREEN CARACTERISTICAS: - MEDIDA: 2MTS x 1MTS - IMPRESION: FULL COLOR BASE DE ALUMINIO - PACHE DE GUARDAR IMPRESION SEGUN MODELO ADJUNTO	\$/190.00	\$/380.00
	02	METRO	ROLL SCREEN CARACTERISTICAS: - MEDIDA: 2MTS x 1MTS - IMPRESION: FULL COLOR BASE DE ALUMINIO - PACHE DE GUARDAR IMPRESION SEGUN MODELO ADJUNTO	\$/190.00	\$/380.00
DESCRIPCION DEL SERVICIO A CONTRATAR: EL PRESENTE SERVICIO NOS PERMITIRA CONTAR CON ROLL SCREEN CON ESCUDO Y SLOGAN DE LA MUNICIPALIDAD PARA DIVERSAS REUNIONES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL AÑO FISCAL REQUISITOS DEL PROVEEDOR: PERSONA NATURAL O JURIDICA. NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO. CONTAR CON C/C (CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA). RUC VIGENTE, HABIDO Y EN LA ACTIVIDAD ECONOMICA RELACIONADA AL OBJETO DE LA CONTRATACION DE SUJAT. CONTAR CON RNP VIGENTE. FORMA DE PAGO Y CONFORMIDAD: EL PAGO SE REALIZARA PREVIA CONFORMIDAD EMITIDA POR LA SUB GERENCIA DE IMAGEN INSTITUCIONAL Y SECRETARIA GENERAL DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUAROCHIRI-MATUCANA. PLAZOS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO: 05 DIAS CALENDARIOS, DESPUES DE LA RECEPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO REQUISITOS QUE DEBE ADJUNTAR PARA EL PAGO: PREVIA CONFORMIDAD EMITIDA POR LA GERENCIA DE PLANIFICACION Y PRESUPUESTO COMPROBANTE DE PAGO VALIDADO POR SUJAT CUENTA C/C PENALIDADES PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCION DE LA ENTREGA: EN CASO DE RETRASO INJUSTIFICADO DEL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DE LAS PRESTACIONES OBJETO DEL CONTRATO EN LA ENTIDAD LE APLICA AUTOMATICAMENTE UNA PENALIDAD POR MORA CADA DIA DE ATRASO. LA PENALIDAD SE APLICA Y SE CALCULA DE ACUERDO A LA SIGUIENTE FORMULA: PENALIDAD DIARIA= 0.10 x MONTO VIGENTE EX PLAZO VIGENTE EN DIAS SON: SETECIENTOS SESENTA CON 00/100 SOLES.					
					760.00

Nota: Esta Orden de Servicio es la forma del servicio prestado. Cada Orden de Servicio se debe facturar por separado, en original y dos (2) copias.
 La recepción del servicio se hará en la forma del servicio prestado. Cada Orden de Servicio se debe facturar por separado, en original y dos (2) copias.
 Comprobante de pago a la orden de la Sub Gerencia de Imagen Institucional, para ser emitido en el momento de la recepción del servicio.

MES	SEC. FUNC.	PROGRAMA	PROYECTO	ACTIVIDAD	PARTIDA	SUBRO	T/R	MONTO	Sub Total
15/02/2024	0038	9007	3993999	5000401	2.3.17.1199	03	07	760.00	644.07
									I.G.V. 18% = 115.93
									Total Fact S/ 760.00

Firmado y sellado de:

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUAROCHIRI - MATUCANA
 Plaza Independencia N° 117 - MatucanaR.U.C.: 20137289321
 Telef: 244-3811 - Telefax: 244-3811

AUTORIZACION DE SERVICIO

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE
HUAROCHIRI - MATUCANABACH. ADM. RICARDO CRISPIN DUEÑAS
 SUB GERENCIA DE LOGISTICA Y CONTROL PATRIMONIAL
 SUB GERENCIA DE LOGISTICA Y CONTROL PATRIMONIAL

GERENCIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

AREA SOLICITANTE

ORDEN DE SERVICIO N° 0001215

N° Exp. SIAF : 0000001487

UNIDAD EJECUTORA : 018 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)
NRO. IDENTIFICACIÓN : 301267

Día	Mes	Año
19	02	2024


1. DATOS DEL PROVEEDOR:		2. CONDICIONES GENERALES	
Señor(es): ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL		N° Cuadro Adquisic: 001226	
Dirección: LURIGANCHO CHOSICA, CAL. REAL 160		Tipo de Proceso: ASP	
RUC: 10417750245 Teléfono:		N° Contrato:	
CCI:		Moneda: S/	
Fax:		T/C:	
Concepto: SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL			

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
500100050561	SERVICIO	<p>SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL</p> <p>OBJETO DE LA CONTRATACIÓN</p> <p>Servicio de impresión de formato de credencial para conductores de vehículos menores, solicitada por la Sub Gerencia de Tránsito, Transporte y Seguridad Vial de la Municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica.</p> <p>PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO</p> <p>El plazo de ejecución del servicio será por un plazo de hasta (07) día calendario, contabilizados a partir del día siguiente de notificada y/o recibida la orden de servicio.</p> <p>CONFORMIDAD DEL SERVICIO</p> <p>La conformidad será otorgada por la Sub Gerencia de Tránsito, Transporte y Seguridad Vial de la Municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica.</p> <p>FORMA DE PAGO</p> <p>El pago se efectuará en un Único pago, previa conformidad del área usuaria.</p> <p>PENALIDAD</p> <p>La penalidad se aplicará de conformidad con el artículo 163 del Reglamento de la Ley N° 30125: Aprobado por DECRETO SUPLENTO N° 344-2018-EP, nos reservamos el derecho de devolver el producto de no estar de acuerdo con nuestras especificaciones y/o términos de referencia según la Ley de Contrataciones de Estado.</p> <p>***** (UN MIL SETECIENTOS Y 00/100 SOLES) *****</p>	1,700.00

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Meta/ Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
0022	15.033.0069.0135.3000478.5003418	5 - 07	2.3.2 7.11 6		S/ 1,700.00

TOTAL S/ 1,700.00

Exonerado:	0.00
V. Venta:	1,440.68
I.G.V.:	259.32
Total:	1,700.00

Facturar a nombre de MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LURIGANCHO (CHOSICA)		
Dirección JR TRUJILLO 456 / LURIGANCHO - LIMA - LIMA		RUC 20131371455
ELABORADO POR	ORDENACION DEL SERVICIO	CONFORMIDAD DEL SERVICIO
CAMACHO ESPILO JUNIOR ABEL	 LUIS RUBEN HINOSTROZA GARAMENDI JEFE DE OFICINA DE LOGISTICA Y SERVICIOS GENERALES	
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES	Fecha Dia Mes Año

NOTA IMPORTANTE:

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S
- Esta Orden es nula si no se firma y sella reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

43
Re: SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

De Angé Zuñiga <solucionesgraficas0801@gmail.com>
Destinatario <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Fecha 2024-03-18 10:12

anexo 3.pdf (~167 KB) anexo2.pdf (~664 KB) CONSTANCIA DEL RNPANGIE (1).pdf (~62 KB) RUC ANGIE (1).pdf (~134 KB)
RUC ANGIE (1).pdf (~134 KB) ORDEN DE SERVICIO RECETAS (3).pdf (~229 KB) O.S N°245-SIAF N°449.pdf (~414 KB) OS 1215.pdf (~2.3 MB)

Buenos días Señores

Estamos enviando la cotizacion los servicios solicitados.

Estaremos esperando su pronta respuesta.

El jue, 14 mar 2024 a las 14:32, <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe> escribió:

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGUN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* ADJUNTAR EL RNP

* ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA

* ADJUNTAR EXPERIENCIA

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;



RED DE SALUD HUAROCHIRI

NIVE TITO ALARCON
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720
www.redhuarochiri.gob.pe

J&D Sociedad e Inversiones S.A.C

RUC: 20600002407 CORREO: jdsociedadeinversionessac360@gmail.com CEL: 986871569 - 926481182

PROFORMA

FECHA: 15/03/2024

SEÑORES: RED SALUD DE HUAROCHIRI

RUC: 20544005864

DIRECCION: AV. JOSE CARLOS MARIA TEGUI NRO. 407C - RICARDO PALMA - HUAROCHIRI

CANT	DESCRIPCIÓN	P. UNIT	TOTAL
188 MILLARES	IMPRESIÓN DE BLOK DE 100 UNIDADES EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON ORIGINAL Y 1 COPIA EN TAMAÑO A3p Garantía 6 meses por desperfecto de fábrica. Plazo De Entrega 5 días calendarios después de recibida la O/C Métodos de Pago: BBVA BANCO CONTINENTAL Código Interbancario: 01134500010001340868 A nombre de : J&D Sociedad e Inversiones S.A.C. Tipo de cuenta: Ahorros Moneda: Soles Nº de Detracción Banco de la Nación : 00094010640	S/ 390.00	S/ 73.320.00

Condiciones De Venta:

Precios Incluyen I.G.V 18%

Tipo De Moneda: Sol

Validez De Oferta: 30 Días Calendarios

Forma De Pago: Credito Comercial

Lugar De Entrega: Almacen De La Red De Huarochiri

Sin otro particular me despido de usted, en espera de sus gratas ordenes.

J&D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C.
RUC. 20600002407

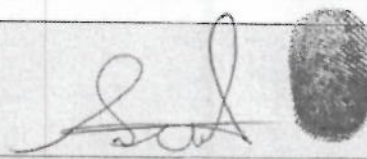
ISAUL BOZA VARGAS
GERENTE GENERAL

TOTAL:

S/. 73.320.00

C.C. Los Portales de Chosica - Arequipa

Anexo N°03

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	14/03/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda.	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 73,320.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Ficha Ruc, Certificado de RNP, Cotización y Experiencia	
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	 J&D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C. Nombre, firma y sello del proveedor		

FICHA RUC : 20600002407
J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C.

Número de Transacción : 609862432

CIR - Constancia de Información Registrada

Información General del Contribuyente

Apellidos y Nombres ó Razón Social	: J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C.
Tipo de Contribuyente	: 39-SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	: 16/12/2014
Fecha de Inicio de Actividades	: 16/12/2014
Estado del Contribuyente	: ACTIVO
Dependencia SUNAT	: 0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	: HABIDO
Emisor electrónico desde	: 20/10/2021
Comprobantes electrónicos	: FACTURA (desde 20/10/2021),BOLETA (desde 27/01/2022), (desde 17/06/2022)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	: -
Tipo de Representación	: -
Actividad Económica Principal	: 1811 - IMPRESIÓN
Actividad Económica Secundaria 1	: 4663 - VENTA AL POR MAYOR DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN, ARTÍCULOS DE FERRETERÍA Y EQUIPO Y MATERIALES DE FONTANERÍA Y CALEFACCIÓN
Actividad Económica Secundaria 2	: 4752 - VENTA AL POR MENOR DE ARTÍCULOS DE FERRETERÍA, PINTURAS Y PRODUCTOS DE VIDRIO EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	: MANUAL
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	: 1 - 977921231
Teléfono Móvil 2	: -
Correo Electrónico 1	: SOLUCIONESCONTABLES1972@HOTMAIL.COM
Correo Electrónico 2	: -

Domicilio Fiscal

Actividad Economica	: 1811 - IMPRESIÓN
Departamento	: LIMA
Provincia	: LIMA
Distrito	: LURIGANCHO
Tipo y Nombre Zona	: -
Tipo y Nombre Vía	: JR. AREQUIPA
Nro	: 347
Km	: -
Mz	: -
Lote	: -
Dpto	: -
Interior	: -
Otras Referencias	: INTERIOR 19
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	: OTROS.

Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	: 19/11/2014
Número de Partida Registral	: 13343475
Tomo/Ficha	: -
Folio	: -
Asiento	: -
Origen del Capital	: NACIONAL
País de Origen del Capital	: -

Registro de Tributos Afectos

Tributo

Afecto desde

Exoneración

		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	16/12/2014	-	-	-
RENTA STA. CATEG. RETENCIONES	01/02/2015	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2017	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	01/02/2015	-	-	-
SNP - LEY 19990	01/03/2017	-	-	-

Representantes Legales

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -41845977	BOZA VARGAS ISAUL Dirección URB. SAN FERNANDO ---- REAL SUBLT F Lote 3	GERENTE GENERAL Ubigeo LIMA LIMA LURIGANCHO	28/07/1981 Teléfono 15 - 986871569	19/11/2014 Correo saulboza360@hotmail.com	-

Otras Personas Vinculadas

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -41845977	BOZA VARGAS ISAUL Dirección	SOCIO Ubigeo ---	28/07/1981 Teléfono ---	19/11/2014	-	96.320000000
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -41775024	ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL Dirección	SOCIO Ubigeo ---	22/02/1983 Teléfono ---	19/11/2014	-	3.680000000

Establecimientos Anexos

Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Cond.Legal
0001	L. COMERCIAL	DISTRIB. J&D	LIMA LIMA LURIGANCHO	ASC. SAN FERNANDO ALTO CAL. REAL 160	-	PROPIO
0002	SUCURSAL	INVERSIONES J&D	LIMA LIMA CHACLACAYO	URB. ALFONSO COBIAN AV. NICOLAS AYLON 460	STAND 17	OTROS.

Importante

La SUNAT se reserva el derecho de verificar el domicilio fiscal declarado por el contribuyente en cualquier momento.
Documento emitido a través de SOL - SUNAT Operaciones en Línea, que tiene validez para realizar trámites Administrativos, Judiciales y demás

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.

Para ir a su Buzón Electrónico *Ingrese Aquí*



RUC N° 20600002407

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C.

Domiciliado en: CALLE REAL SUB LOTE F URBANIZACION SAN FERNANDO (CASETA SERENAZGO SAN FERNANDO ALTO) /LIMA-LIMA-LURIGANCHO (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 15/07/2016

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 15/07/2016

FECHA IMPRESIÓN: 19/04/2023

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 - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

ORDEN DE SERVICIO N° 0000930

N° Exp. SIAF : []

UNIDAD EJECUTORA : 408 RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001404

Día	Mes	Año
15	08	2023

1. DATOS DEL PROVEEDOR Señor(es) : J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C. Dirección : AV. LIMA SUR N° 212 INT. STAND 41 - C.C. LOS PORTALES DE CHOSICA LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: 01134500010001340868 RUC : 20600002407 Teléfono : RPC: 987871569 - Fax : Concepto : SERVICIO DE IMPRESION DE BANNER PARA EL CERS	2. CONDICIONES GENERALES N° Cuadro Adquisic: 000936 Tipo de Proceso : ASP N° Contrato : Moneda : S/ T/C :
--	---

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
500100050561	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL. REFERIRSE A : BANNER DE MEDIDA 3 X 2 MTRS FULL COLOR CON 4 OJALES CANTIDAD: 01 TIEMPO DE ENTREGA: 01 DIA ARTÍCULO N°162 DEL REGLAMENTO DE LA LEY N°30225, LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO APROBADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N°344-2018-EP, QUE REGULA LA APLICACIÓN DE LA "PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN", PRECISANDO QUE LA MISMA DEBE APLICARSE AL CONTRATISTA QUE INJUSTIFICADAMENTE SE RETRASE EN LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES A SU CARGO, A RAZÓN DE UNA PENALIDAD POR CADA DÍA DE ATRASO, HASTA POR UN MONTO MÁXIMO EQUIVALENTE AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO VIGENTE O, DE SER EL CASO, DEL ÍTEM QUE DEBIÓ EJECUTARSE. ESTA PENALIDAD SERA DEDUCIDA DE LOS PAGOS A CUENTA, DEL PAGO FINAL O LIQUIDACIÓN FINAL. * * * * * (CIENTO CINCO Y 00/100 SOLES) * * * * *	105.00

AFECTACION PRESUPUESTAL				
Meta/ Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto
0102	20.006.0008.9001.3999999.5000003	2 - 09	2.3.2.7.11.6	S/ 105.00

TOTAL S/ 105.00

Exonerado :	0.00
V. Venta :	88.98
I.G.V. :	16.02
Total :	105.00

Facturar a nombre de: RED DE SALUD DE HUAROCHIRI Dirección : []		RUC : 20544005864
ELABORADO POR UCHUYPOMA QUISPE, JOSE LUIS	ORDENACIÓN DEL SERVIDOR LIC. ISMAEL MARTIN ENCAINACION LINAN JEFE (C) DE LA UNIDAD DE LOGISTICA	CONFORMIDAD DEL SERVICIO Fecha Día Mes Año
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES	

NOTA IMPORTANTE :

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S.
- Esta Orden es nula sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

ORDEN DE SERVICIO N° 0000969

N° Exp. SIAF : 0000001713

UNIDAD EJECUTORA : 408 RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001404

Día	Mes	Año
15	09	2023

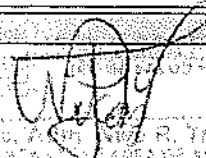
1. DATOS DEL PROVEEDOR	2. CONDICIONES GENERALES
Señor(es) : J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C. Dirección : AV. LIMA SUR N° 212 INT. STAND 41 - C.C. LOS PORTALES DE CHOSICA LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: 01134500010001340868 RUC : 20600002407 Teléfono : RPO: 987871569 - Fax :	N° Cuadro Adquisic: 000977 Tipo de Proceso : ASP N° Contrato : Moneda : S/ T/C :
Concepto : SERVICIO DE IMPRESION DE FUAS PARA PACIENTES AFILIADOS AL SIS.	

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
500100050561	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL SERVICIO DE IMPRESION DE FUAS EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON ORIGINAL Y 1 COPIA TAMAÑO A3. BLOCK POR 100 UNIDADES CANTIDAD : 78 MILLARES TIEMPO DE ENTREGA: 15 DIAS ARTÍCULO N°182 DEL REGLAMENTO DE LA LEY N°30225, LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO APROBADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N°344-2018-EF. QUE REGULA LA APLICACIÓN DE LA "PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN", PRECISANDO QUE LA MISMA DEBE APLICARSE AL CONTRATISTA QUE INJUSTIFICADAMENTE SE RETRASE EN LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES A SU CARGO, A RAZÓN DE UNA PENALIDAD POR CADA DÍA DE ATRASO, HASTA POR UN MONTO MÁXIMO EQUIVALENTE AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO VIGENTE O, DE SER EL CASO, DEL ÍTEM QUE DEBIO EJECUTARSE. ESTA PENALIDAD SERA DEDUCIDA DE LOS PAGOS A CUENTA, DEL PAGO FINAL O LIQUIDACIÓN FINAL. * * * * * (TREINTA MIL CUATROCIENTOS VEINTE Y 00/100 SOLES) * * * * *	30,420.00

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Meta/ Mnemónico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
0020	20.044.0096.0016.3000613.5004437	4 - 13	23.2 7.11 6		S/ 30,420.00

TOTAL S/ 30,420.00

Exonerado :	0.00
V. Venta :	25,779.66
I.G.V. :	4,640.34
Total :	30,420.00

Facturar a nombre de RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			RUC : 20544005864
Dirección :			
ELABORADO POR	ORDENACION DEL SERVICIO	CONFORMIDAD DEL SERVICIO	
UCHUYPOMA QUISPE, JOSE LUIS			
	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO Y SERV. AUXILIARES	Fecha Día Mes Año

NOTA IMPORTANTE :

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S
- Esta Orden es nula sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento

ORDEN DE SERVICIO N° 0000418

N° Exp. SIAF: 0000000747

UNIDAD EJECUTORA : 408 RED DE SALUD DE HUARACHIRI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001404

Día	Mes	Año
14	04	2023

1. DATOS DEL PROVEEDOR Señor(es): J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C. Dirección: AV. LIMA SUR N° 212 INT. STAND 41 - C.C. LOS PORTALES DE CHOSICA LIMA / LIMA / LURIGANCHO CCI: 01134500010001340868 RUC: 20600002407 Teléfono: RPC: 987871569 - Fax: Concepto: SERVICIO DE IMPRESION DE GIGANTOGRAFIA Y CARTEL PARA DENOMINACION DE TELECONSULTORIO EN C.S PED	2. CONDICIONES GENERALES N° Cuadro Adquisic: 000424 Tipo de Proceso: ASP N° Contrato: Moneda: S/ T/C:
---	--

Código	Unid. Med.	Descripción	Valor Total S/
5901000505561	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL GIGANTOGRAFIA DE TELESALUD MEDIDAS 200 cm ancho X 240 cm de largo GIGANTOGRAFIA CON NOMBRE DE CONSULTORIO DE TELESALUD MEDIDAS 150 cm ancho X 30 cm de largo ***** (CIENTO TREINTA Y 00/100 SOLES) *****	130.00

AFECTACION PRESUPUESTAL					
Meta/ Memorístico	Cadena Funcional	FF/Rb	Clasif. Gasto	Monto	
0034	20.043.0095.0017.3043977.5000087	1 - 00	2.3.2 7.11 6		S/ 130.00

TOTAL S/ 130.00

Exonerado :	0.00
V. Venta :	110.17
I.G.V. :	19.83
Total :	130.00

Facturar a nombre de: RED DE SALUD DE HUARACHIRI

Dirección:

RUC - 20544005864

ELABORADO POR: UCHUYPOMA QUISPE, JOSE LUIS	ORDENACION DEL SERVICIO: GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA RED DE SALUD HUARACHIRI TAC ACUM NIVEL TITULO ALTA RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	CONFORMIDAD DEL SERVICIO: GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCION REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD HUARACHIRI LIC ADM ISABEL MARANGA QATAROLA RESPONSABLE DE REGISTRO JEFE Y SERV. AUXILIARES	Fecha Día Mes Año
---	--	---	----------------------

NOTA IMPORTANTE:

- El Proveedor debe adjuntar a su Factura copia de la O/S
- Esta Orden es nula sin las firmas y sellos reglamentarios o autorizados.
- El Contratista (Proveedor) se obliga a cumplir las obligaciones que le corresponden, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento

Re: SOLICITO COTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

De raul boza <jdsociedadainversionessac360@gmail.com>
Destinatario <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Fecha 2024-03-18 09:14

CONSTANCIA DEL RNP (1) (3).pdf (~64 KB) ORDEN DE SERVICIO (1).pdf (~46 KB) anexo 2 jyd.pdf (~671 KB)
ORDEN DE SERVICIO DE IMPRESION DE BANNER (1).pdf (~230 KB) anexo 3 final.pdf (~1,7 MB) SUNAT - Menú SQL (1) (4).pdf (~197 KB)
ORDEN DE SERVICIO FUAS (1).pdf (~234 KB) fuas jyd proformar.docx (~3,8 MB)

Buenos días señores, le envío la cotización según lo requerido, así mismo adjunto todos los doc. requeridos.
Esperamos su pronta respuesta, gracias.

El sáb, 16 mar 2024 a las 11:27, raul boza (<jdsociedadainversionessac360@gmail.com>) escribió:

Buenos días señores, le envío la cotización según lo requerido, así mismo adjunto todos los doc. requeridos.
Esperamos su pronta respuesta, gracias.

El vie, 15 mar 2024 a las 9:11, <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe> escribió:

BUENOS DÍAS

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACIÓN DETALLADA, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO.

* ADJUNTAR EL RNP

* ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA

* ADJUNTAR EXPERIENCIA

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;

Nivé Tito Alarcón
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochoiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

Re: SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

De Angie Zuñiga <solucionesgraficas0801@gmail.com>
Destinatario <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Fecha 2024-03-18 10:12

anexo 3.pdf (~167 KB) anexo2.pdf (~664 KB) CONSTANCIA DEL RNPANGIE (1).pdf (~62 KB) RUC ANGIE (1).pdf (~134 KB)
RUC ANGIE (1).pdf (~134 KB) ORDEN DE SERVICIO RECETAS (3).pdf (~229 KB) O.S N°245-SIAF N°449.pdf (~414 KB) OS 1215.pdf (~2,3 MB)

Buenos días Señores
Estamos enviando la cotización los servicios solicitados.
Estaremos esperando su pronta respuesta.

El jue, 14 mar 2024 a las 14:32, <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe> escribió:
BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TOR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

- * ADJUNTAR EL RNP
- * ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA
- * ADJUNTAR EXPERIENCIA

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;


Atentamente;



RED DE SALUD HUAROCHIRI

NOVE TITO ALARCON
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720
www.redhuarochiri.gob.pe

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	001-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUARACHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	NICA INVERSIONES S.A.C.			
		RUC	20610166343			
		Dirección	JR. PARURO NRO. 189 DPTO. 4 INT. 3 A LIMA - LIMA - LIMA			
		Teléfono(s)	976744963			
		Correo electrónico	nicainversiones2022@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	LUIS ENRIQUE CADENAS ARANDA			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6	 Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI



De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <nicaainversiones2022@gmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:27

ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB) nica.pdf (~65 KB)

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

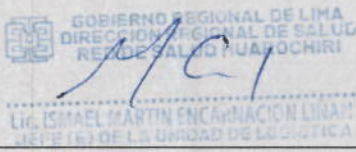
Atentamente;



RED DE SALUD HUAROCHIRI

NIVE TITO ALARCON
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720
www.redhuarochiri.gob.pe

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	002-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUARACHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL			
		RUC	10417750245			
		Dirección	Calle real 160 san Fernando alto chosica			
		Teléfono(s)	997 128 854			
		Correo electrónico	Solucionesgraficas0801@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	ZUÑIGA BULLON ANGIE MARIBEL			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6	 Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

29

De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <Solucionesgraficas0801@gmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:32

📎 zuñiga.pdf (~65 KB) 📎 ANEXO N° 03.docx (~444 KB) 📎 servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB)

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA **RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ÉSTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;


Atentamente;



NIVE TITO ALARCON
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720
www.redhuarochiri.gob.pe

RED DE SALUD HUAROCHIRI

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	003-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUAROCHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	J & D SOCIEDAD E INVERSIONES S.A.C.			
		RUC	20600002407			
		Dirección	JR. AREQUIPA NRO. 347 (INTERIOR 19) LIMA - LIMA - LURIGANCHO			
		Teléfono(s)	01 3618172			
		Correo electrónico	jdsociedadeinversionessac360@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	BOZA VARGAS ISAUL			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6						
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

27

De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <jdsociedadainversionessac360@hotmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:36.

ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB) sociedad.pdf (~65 KB)

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;


Atentamente;



RED DE SALUD HUAROCHIRI

Niye Tito Alarcón
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	004-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUAROCHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martín Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	NOEL VALERIO TERESA			
		RUC	10072362417			
		Dirección	Calle Los Nogales N° 105, Lima 7			
		Teléfono(s)	959406903			
		Correo electrónico	te_resa06@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	NOEL VALERIO TERESA			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6	 Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <te_resa06@hotmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:37

noel.pdf (~215 KB) ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB)

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGUN EL TERMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACION DE MERCADO, **DEBERAN REMITIR SU COTIZACION - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACION.

ESTA INFORMACION DEBERA SER ENVIADA AL CORREO MAS TARDAR EL DIA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACION DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURIDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZON SOCIAL
- RUC
- DIRECCION
- NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRONICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTAN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONOMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;

--



RED DE SALUD HUAROCHIRI

Nive Tito Alarcon
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	005-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUARACHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	MAUTINO COLLAZOS GLADIS MARIBEL			
		RUC	10456319985			
		Dirección	No indica			
		Teléfono(s)	997 741 097			
		Correo electrónico	gladis.mautino@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	MAUTINO COLLAZOS GLADIS MARIBEL			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FJA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6						
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

23

De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <gladis.mautino@gmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:38

ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB) mautino.pdf (~214 KB)

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

*** ADJUNTAR EL RNP**

*** ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA**

*** ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;

--



RED DE SALUD HUAROCHIRI

Nive Tito Alarcón
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	006-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUARACHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	RAMOS ZEGARRA INES KARINA			
		RUC	10408920456			
		Dirección	No indica			
		Teléfono(s)	981280165			
		Correo electrónico	kamiloabel123@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	RAMOS ZEGARRA INES KARINA			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6	 Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

21

De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <kamilloabel123@hotmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:39

ramos.pdf (~214 KB) ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB)

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGUN EL TERMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACION DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACION - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACION.

ESTA INFORMACION DEBERA SER ENVIADA AL CORREO MAS TARDAR EL DIA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACION DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURIDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZON SOCIAL
- RUC
- DIRECCION
- NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRONICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTAN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONOMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;



Nive Tito Alercon
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

RED DE SALUD HUAROCHIRI

Anexo N°02

Solicitud de Cotización


1	Número y fecha del documento	Número	007-2023
		Fecha	14.03.2024

2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
		RUC	20544005864
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUAROCHIRI - RICARDO PALMA
		Teléfono	(01) 355 - 9720
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan

3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	ROJAS RAFAEL ABEL
		RUC	10075171485
		Dirección	No indica
		Teléfono(s)	996 362 241
		Correo electrónico	rojasrafa77@hotmail.com
		Representante o persona de contacto	ROJAS RAFAEL ABEL

4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	X
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas		Términos de referencia	X

5	Información Complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					

6	
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones	

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI



De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <rojasrafa77@hotmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:39

ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB) rojas.pdf (~210 KB)

BUENAS TARDES

SRES.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA **RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ**, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIR

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;



RED DE SALUD HUAROCHIRI

Nive Tito Alarcon
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	008-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUARACHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	SERVICIOS GENERALES MULTIFAST S.A.C.			
		RUC	20611432667			
		Dirección	MZA. B LOTE. 2 A.H. CLORINDA MLALAGA DE PRADO LIMA - LIMA - LURIGANCHO			
		Teléfono(s)	940745900			
		Correo electrónico	multifastservgn@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	ARBILDO DELGADO MIGUEL			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUARACHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6	<p>GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD HUARACHIRI</p> <p>LIC. ISMAEL MARTIN ENCARNACION LIÑAN</p> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p>					

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

12



De: <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario: <multifastservgh@gmail.com>
Fecha: 2024-03-14 14:40

multifast.pdf (~224 KB) ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB)

BUENAS TARDES

SRES,

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA **RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ**, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGÚN EL TÉRMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACIÓN DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACIÓN - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACIÓN.

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ENVIADA AL CORREO MÁS TARDAR EL DÍA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACIÓN DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURÍDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZÓN SOCIAL
- RUC
- DIRECCIÓN
- NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRÓNICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTÁN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONÓMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;

--



Nive Tito Alarcon
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

RED DE SALUD HUAROCHIRI

Anexo N°02

Solicitud de Cotización

1	Número y fecha del documento	Número	009-2023
		Fecha	14.03.2024

2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
		RUC	20544005864
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUAROCHIRI - RICARDO PALMA
		Teléfono	(01) 355 - 9720
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan

3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	CONTRATISTAS Y ASOCIADOS DJN S.A.C.
		RUC	20611886552
		Dirección	CAL.MANZANA 26 MZA. D LOTE. 3 A.H. HORACIO ZEVALLOS GAMEZ LIMA - LIMA - ATE
		Teléfono(s)	961 873 562
		Correo electrónico	inversionesdjsac@gmail.com
		Representante o persona de contacto	LAYZON VILLANTOY GABRIEL

4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	X
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas		Términos de referencia	X

5	Información Complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					

6	 LICENCIADO MARTIN ENCARNACION LIÑAN JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

SOLICITO CONTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

15

De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <inversionesdfsac@gmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:41

ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB) contratistas y asoc.pdf (~223 KB)

BUENAS TARDES

SREŚ.

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DÉSEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGUN EL TERMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACION DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACION - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APPLICABLES PARA ESTA CONTRATACION.

ESTA INFORMACION DEBERA SER ENVIADA AL CORREO MAS TARDAR EL DIA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACION DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURIDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZON SOCIAL
- RUC
- DIRECCION
- NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRONICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTAN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

* **ADJUNTAR EL RNP**

* **ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONOMICA**

* **ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;


--



RED DE SALUD HUAROCHIRI

Nive Tito Alarcon
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

Anexo N°02

Solicitud de Cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	10-2023			
		Fecha	14.03.2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		RUC	20544005864			
		Dirección	AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI NRO. 407C LIMA - HUAROCHIRI - RICARDO PALMA			
		Teléfono	(01) 355 - 9720			
		Correo electrónico	tramite.documentario@redhuarochiri.gob.pe MARTINENCARNACION@hotmail.com			
		Persona de Contacto	Martin Encarnación Liñan			
3	Datos del Proveedor	Nombre de la Entidad	LUCAPI INVERSIONES E.I.R.L.			
		RUC	20611906171			
		Dirección	CAL.SANTISIMA TRINIDAD MZ C MZA. C LOTE. 26 A.V. SANTISIMA TRINIDAD LIMA - LIMA - CARABAYLLO			
		Teléfono(s)	960448459			
		Correo electrónico	inversioneslucapi@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	OLORTEGUI CAPILLO BILL FRAY			
4	Objeto de la Contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X	
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO ATENCION -FUA PARA PACIENTES ASEGURADOS AL SIS DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI			
		Se adjunta	Especificaciones Técnicas	Términos de referencia	X	
5	Información Complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N°03), para dar respuesta a este documento.					
6	 Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

SOLICITO COTIZACION PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI



De <logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe>
Destinatario <inversioneslucafi@gmail.com>
Fecha 2024-03-14 14:42

lucafi.pdf (~223 KB) ANEXO N° 03.docx (~444 KB) servicio de impresion de FUAS.pdf (~1,2 MB)

BUENAS TARDES

SRES,

SIRVA LA PRESENTE PARA SALUDARLOS E INFORMARLE QUE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, DESEA CONTRATAR:

CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIONES DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

POR EL SERVICIO SEGUN EL TERMINO DE REFERENCIA (TDR) ADJUNTO.

EN TAL SENTIDO, DE ESTAR INTERESADOS EN PARTICIPAR DE LA PRESENTE INDAGACION DE MERCADO, **DEBERÁN REMITIR SU COTIZACION - ANEXO N° 03 FIRMADO; ADICIONAL LA COTIZACION DETALLADA**, ES DECIR QUE SU VALOR ESTIMADO DEBE CONSIDERAR TODOS LOS CONCEPTOS QUE SEAN APLICABLES PARA ESTA CONTRATACION.

ESTA INFORMACION DEBERA SER ENVIADA AL CORREO MAS TARDAR EL DIA **LUNES 18 DE MARZO DE 2023 A LAS 14:00 HORAS** MEDIANTE UNA COTIZACION DETALLADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE SI ES UNA PERSONA JURIDICA O PERSONA NATURAL INDICANDO LO SIGUIENTE:

- NOMBRES Y APELLIDO Y/O RAZON SOCIAL
- RUC
- DIRECCION
- NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO
- CORREO ELECTRONICO

LOS PRECIOS DEBEN ESTAN CON IGV Y TODOS LOS GASTOS QUE CONCIERNE DICHO SERVICIO

*** ADJUNTAR EL RNP**

*** ADJUNTAR FICHA RUC / ACTIVIDAD ECONOMICA**

*** ADJUNTAR EXPERIENCIA**

ES TODO LO QUE PUEDO INDICAR;

Atentamente;

--



RED DE SALUD HUAROCHIRI

Nive Tito Alarcon
Logística Adquisiciones
Red de Salud Huarochiri
logistica.adquisiciones@redhuarochiri.gob.pe
(01) 3559720 // 944636691
www.redhuarochiri.gob.pe

HOJA DE TRAMITE

Nº de registro 05169774

Fecha 04-03-2024

Folios 0012

Expediente 03154227

Remitente CD JORGE ERASMO TOMAILLA TENAZOA DIRECTOR

Documento MEMORANDO 000155-DIRESA LIMA-UE1404-DE/OSI

Asunto REQUERIMIENTO DE FUAS Y RECETAS ÚNICAS ESTANDARIZADAS

DEL REMITENTE				
De	Pase a	Folios	Proveido	Firma
OSI- R.HUAROCHIRI	ADMIN- R.HUAROCHIRI	2		
	hoesluca	26	05 MAR. 2024	



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Dirección Regional de Salud



Red de Salud de Huarochiri

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

MEMORANDO N° 00155-2024-DIRESA LIMA -UE1404 DE/ OSI

OFICINA SALUD INTEGRAL
REG. DOC 05169774
REG. EXP. 03154227

A : LIC. ISMAEL MARTIN ENCARNACION LIÑAN
DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION

ASUNTO : REQUERIMIENTO DE FUAS Y RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS.

REFERENCIA : INFORME N°066-2024 DIRESA LIMA-UE1404-DE-UDS/OSI

C/ATENCION : UNIDAD DE LOGISTICA

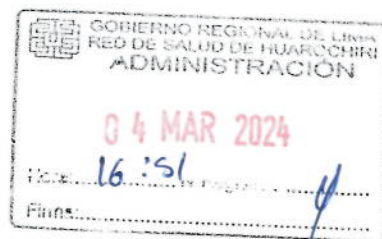
FECHA : Ricardo Palma, 04 de Marzo del 2024

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente, así en atención al documento de referencia, mediante el cual **informa que se necesita de manera URGENTE abastecer a los establecimientos de salud con FUAS y Recetas para registrar de forma física la atención brindada al paciente asegurado al SIS**, según se detalla al documento de referencia.

En tal sentido, la Dirección de la Oficina de Salud Integral remite dicha información para la atención correspondiente.

Sin otro particular; aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RIS HUAROCHIRI

CD. JORGE ERASMO TOMAILLA TENAZOA
C.O.P. 16102
DIRECTOR DE LA OFICINA DE SALUD INTEGRAL

JTT/osi
C.c.Archic

w.redhuarochiri.gob.pe

Calle Jose Carlos Mariategui 407-C
Urb. Santa Ana - Ricardo Palma, Lima 15. Perú
Tlf: 355-9720



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

INFORME N° 066 - 2024 DIRESA LIMA-UE1404-DE-UDS/OSI

Reg. Doc.	05166487
Reg. Exp.	03154227

A : C.D. JORGE TOMAILLA TENAZOA
DIRECTOR DE LA OFICINA DE SALUD INTEGRAL

DE : C.D. JORGE TOMAILLA TENAZOA
COORDINADOR DE UNIDAD DE SEGUROS

ASUNTO : REQUERIMIENTO DE FUAS Y RECETAS ÚNICAS ESTANDARIZADAS

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE LOGÍSTICA

REFERENCIA : INFORME N°05-2024 DIRESA LIMA-UE1404-DE-UDS/INFORMATICA

FECHA : Ricardo Palma, 04 de marzo del 2023.

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez informarle que se necesita de manera urgente abastecer a los establecimientos de salud con FUAs y Recetas para registrar de forma física la atención brindada al paciente asegurado al SIS.

En razón de ello se presenta términos de referencia del servicio a adquirir.

Agradeciendo de antemano la atención que se le brinde a la presente, quedo de usted.

Atentamente.


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA
RED DE SALUD DE HUARACHIRI
C.D. JORGE ERASMO TOMAILLA TENAZOA
C.O.P.: 16102
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE SEGUROS



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

ANEXO N°02

TERMINOS DE REFERENCIA PARA CONTRATACIONES POR MONTOS
MENORES O IGUALES A OCHO (08) UIT – SERVICIOS EN GENERAL

1. AREA USUARIA/DEPENDENCIA QUE REQUIERE EL BIEN

Dirección de Atención Integral - Oficina de Seguros

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Adquisición del servicio de impresiones del Formato Único de Atención (FUA).

3. OBJETO Y/O FINALIDAD PUBLICA

Con la presente contratación del servicio mencionado se garantiza la continuidad del registro de atenciones al asegurado SIS.

4. REQUERIMIENTO O CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

a) Requerimiento:

N° Ítem	Código SIGA	Clasificador	Descripción del Servicio (según SIGA)	Unidad de Medida
500100051552	0253	23 27 11 6	SERVICIO DE FOTOCOPIADO E IMPRESIONES	MILLAR

b) Características del servicio a contratar:

Servicio de impresión de FUA según las siguientes características:

PP.	META	FF.	ESPECÍFICA DE GASTO	BIEN O SERVICIO	ESPECIFICACIÓN TECNICA	PRESENTACIÓN	CANTIDAD
9002	129	DYT	23 27 11 6	FUAS	•Papel autocopiativo con original y 1 copia tamaño A3.	block por 100 unidades	188 millares

La adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUAS) se realizará en aplicación de la Resolución Jefatural N° 015-2021-SIS donde se detalla los siguiente: el FUA es el formato en el que se registra en físico los datos requeridos por el SIS respecto a la prescripción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos





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

sanitarios, procedimientos y diagnósticos, así como la prestación brindada por la IPRESS; la cual sirve de sustento para el pago de la prestación correspondiente.

Se precisa que en aplicación de la RJ 015-2021/SIS la numeración del FUA para cada IPRESS será diferente, ya que se considerará el código RENIPRESS, a continuación, se presenta un modelo:

FUA que corresponde a la atención N° 12 de la IPRESS Ricardo palma (código RENIPRESS 00005950) impreso en el año 2024.

NUMERO DE FORMATO		
00005950	24	00000012
↑ cod. renipress	↑ lote (últimos dos dígitos de año)	↑ número correlativo

- ❖ Se adjunta anexo N° 1 y N° 2 del modelo de FUA .

PERFIL PROFESIONAL:

No aplica

5. PRODUCTO A ENTREGAR (ENTREGABLE) por corresponder

Entrega de 188 millares de FUA ..

6. SEGURO

No aplica

7. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

8. LUGAR DE ENTREGA O EJECUCION DE LA PRESTACION:

Lugar:

- La entrega se realizará en el almacén de la Red de Salud Huarochiri ubicado en José Carlos Mariátegui 407 C ,15537 Distrito de Ricardo Palma, Provincia de Huarochiri.





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

9. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO:

El plazo de entrega inicia desde el día siguiente de suscrito el contrato o de notificada la orden de servicio hasta la conformidad de la última prestación y pago.

- **Dos entregas en un plazo máximo de quince días hábiles.**

10 FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en un único pago.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Informe del funcionario responsable de la Unidad de Seguros, emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Acta de conformidad – Anexo N° 07
- Comprobante de pago.

10.CONFORMIDAD:

Es señal de conformidad cuando el área usuaria firma el acta de conformidad N° 07, el área usuaria remite el anexo N° 07 - acta de conformidad del servicio a la Unidad de Logística en un plazo Máximo de cinco (05) días calendarios de culminado el servicio.

11.PENALIDAD MORA:

Penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías: F 0.40.
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días, Para bienes, servicios en general y consultorías: F = 0.25

12 OTRAS PENALIDADES:

No aplica.



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

ANEXO N°1 MODELO FUA ANVERSO

PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA							
NÚMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA			
				CÓDIGO			
ING. PRIM. SEC.				SECCIÓN			
TURNO							
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN			
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA	
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA				
OFERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA				
DEL ASEGURADO / USUARIO							
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFAS			
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN			
				CÓD. SEGURO			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO			
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES			
SEXO		FECHA		DÍA		MES	
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					AÑO	
FEMENINO							
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO				N° DE HISTORIA CLÍNICA	
GESTANTE						ETNIA	
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	
DE LA ATENCIÓN							
FECHA DE ATENCIÓN		HORA		UPS		CÓD. PRESTA.	
DÍA	MES	AÑO				CÓD. PRESTACIÓN(ES) ADICIONAL(ES)	
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR		HOSPITALIZACIÓN	
						FECHA	
						DÍA	
						MES	
						AÑO	
						DE INGRESO	
						DE ALTA	
						DE CORTE ADMINISTRATIVO	
CONCEPTO PRESTACIONAL							
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		SEPELIO	
		N° Autorización		N° Autorización		TRaslado	
		Monto S/.		Monto S/.		NATIMUERTO	
						OBITO	
						OTRO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO							
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO	CONTRAREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS							
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS	
DE LA GESTANTE	DEL RECEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		BCG	
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL		DPT	
EDAD GEST	APGAR 1°	R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPPI		APO	
ALTURA UTERINA	5°	BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		ASA	
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)	ENFER. CONGÉNITA / SEGUÍA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		SPR	
CONTROL PUERP (N°)		N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		SR	
						HVB	
						GRUPO DE RIESGO HVB	
						PENTAVAL	
						OTRA VACUNA	
DIAGNÓSTICOS							
N°		DESCRIPCIÓN		INGRESO		EGRESO	
				TIPO DE DX		CIE - 10	
				P D R		D R	
				P D R		D R	
				P D R		D R	
				P D R		D R	
				P D R		D R	
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				N° DE COLEGIATURA	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO	
FIRMA		ASEGURADO		APODERADO		HUELLA DIGITAL DEL ASEGURADO	
APODERADO:		NOMBRES Y APELLIDOS		DNI o CE DEL APODERADO:		HUELLA DIGITAL DEL APODERADO	
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							

JCC/JTT
C.c.
() Archivo



TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO										FORMATO DE ATENCION N°									
PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS																			
CODIGO SUMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRE S	ENT R	DX	COD BIENES	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX						
03513	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO	TAB	400 ug + 80 mg Fe				80001	SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES	BBI										
00269	ALBENDAZOL	TAB	200 mg				02132	CLOFINAMINA MALEATO	JBE	2 mg/5 ml x 120 ml									
00806	AMOXICILINA	TAB	500 mg				02724	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO	JBE	15 mg/5 ml x 120 ml									
00807	AMOXICILINA	TAB	250 mg				03519	FERROSO SULFATO	JBE	15 mg de Fe/5 ml									
00750	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	TAB	500 mg + 125 mg				04511	LORATADINA	JBE	5 mg/5 ml x 60 ml									
00947	AZITROMICINA	TAB	500 mg				05309	PARACETAMOL	JBE	120 mg/5 ml x 60 ml									
01522	CAPTROPIL	TAB	25 mg				05586	PREDNISONA	JBE	5 mg/5 ml x 120 ml									
01636	CEFALEXIN	TAB	500 mg				16291	BENZOPHENOLINA PROCARBA CON DILUYENTE	INV	1000000 U									
01848	DIPROFOLACIDON (COMO CLORHIDRATO)	TAB	500 mg				18153	BENZOTIA BENZOPIRIDOLINA CON DILUYENTE	INV	1200000 U									
02149	CLOFINAMINA MALEATO	TAB	4 mg				18158	CEFTRAXOMA SODICA (COMO SAL SODICA) CON DILUYENTE	INV	1 g									
02836	DIOXIDACILINA (COMO SAL SODICA)	TAB	50 mg				02128	CLOFINAMINA MALEATO	INV	10 mg/ml x 3 ml									
02891	DIMEHINDROLATO	TAB	50 mg				02642	DEKAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA)	INV	4 mg/2 ml x 2 ml									
03191	ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O ETILSUCINATO)	TAB	500 mg				03767	DEXTROSA	INV	330 mg/ml (D3%)									
03215	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO	TAB	10 mg				02788	DIOFENACAO SODICO	INV	25 mg/ml x 3 ml									
03552	FERROSO SULFATO	TAB	300mg(Fe 60mg Heme)				03213	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO	INV	20 mg/ml x 3 ml									
03595	FLUCONAZOL	TAB	150 mg				03747	GENTAMICINA (COMO SULFATO)	INV	80 mg/ml x 2 mL									
04034	IBUPROFENO	TAB	400 mg				04394	LIDOCANA CLORHIDRATO + EPINEFRINA	INV	20mg + 20ug/ml									
04514	LORATADINA	TAB	10 mg				04594	MEDIOPROGESTERONA ACETATO	INV	150 mg/ml x 1 mL									
04805	METRONIDAZOL	TAB	500 mg				04677	METIMIZOL SODICO	INV	3 g x 2 mL									
04982	NAPROXENO	TAB	500 mg				05658	RANTIDINA (COMO CLORHIDRATO)	INV	25 mg/ml x 2 mL									
05335	PARACETAMOL	TAB	500 mg				05873	SODIO CLORURO	CRM	1 g/100 g (1%) x 20 g									
05590	PREDNISONA	TAB	50 mg				02319	CLOTIMAZOL	CAP	20 mg									
05588	PREDNISONA	TAB	20 mg				05154	DIMOFILAZOL	BLIS	30ug+150ug x 21 tab									
05661	RANTIDINA (COMO CLORHIDRATO)	TAB	200 mg				18102	ETILENEGLICOL + LEVOMISTRETEL	AER	100g+100g(L100%)									
00259	ALBENDAZOL	SUS	100mg/ml x 20mL				05731	SALBUTAMOL (COMO SULFATO)	PLV	20 g									
18091	ALUMINO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO	SUS	400+400mg/ml				20036	SALES DE REHIDRATACION ORAL	CVU	500 mg									
00794	AMOXICILINA	SUS	250mg/ml x 60mL				02354	CLOTIMAZOL											
00725	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	SUS	250mg + 62.5mg/ml x 150mL																
01256	GUMUTO SUBSALICILATO	SUS	87.3mg/ml x 100mL																
01628	CEFALEXIN	SUS	250 mg/5 mL x 80 mL																
04034	IBUPROFENO	SUS	100 mg/5 mL x 80 mL																
04582	METRONIDAZOL	SUS	100 mg/5 mL x 30 mL																
05986	SULTAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	SUS	200mg + 40mg/mL																
03536	TENNADO SULFATO	SOL	25mg de Falm.																
05281	PARACETAMOL	SOL	100mg/mL x 10mL																
DISPOSITIVOS MEDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS																			
CODIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRE S	ENT R	DX	CODIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX						

UNIDAD EJECUTORA : 408 RED DE SALUD DE HUARACHIRI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001404
Centro de Costo: 14042.03.02 DIRECTOR DE SALUD INTEGRAL
Fecha de Solicitud: 12/03/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
500100051552	SERVICIO DE FOTOCOPIADO E IMPRESIONES	Servicio	0.00	0.00	0.00	73,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA

RED DE SALUD DE HUARACHIRI

C.D. JORGE ERASMO TOMAILLA TENAZOA

C.O.P.: 16102

COORDINADOR DE LA UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

INFORME N° 05 -2024 DIRESA LIMA-UE1404-DE-UDS/INFORMÁTICA

A : C.D JORGE TOMAILLA TENAZOA
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE SEGUROS

DE : STEFANIE ROJAS GUEVARA
RESP.INFORMÁTICO-UNIDAD DE SEGUROS

ASUNTO : REQUERIMIENTO DE FUA Y RECETAS ÚNICAS ESTANDARIZADAS

FECHA : 20 DE FEBRERO DEL 2024

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez informarle que se necesita abastecer a los establecimientos de salud en cuanto a FUA y recetas para el registro de atenciones brindada a los pacientes asegurados al SIS para el presente año.

En ese sentido, se solicita que se atienda el presente requerimiento de acuerdo a las siguientes cantidades especificado según establecimiento en el cuadro N°1 y 2. Solicitando en total 188 millares de FUA y 188 millares de recetas.

CUADRO N° 1.- REQUERIMIENTO DE FUA

NUMERACION DE FUA LOTE 24			
N°	MICRORED	EESS	TOTAL
1	HOSP. MATUCANA	HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	8400
2	MICRORED RDO. PALMA	PEDRO ABRAHAM LOPEZ GUILLEN	30000
3	MICRORED RDO. PALMA	RICARDO PALMA	20700
4	MICRORED RDO. PALMA	EL VALLE	9100
5	MICRORED RDO. PALMA	SANTA EULALIA	10400
6	MICRORED RDO. PALMA	BUENOS AIRES	10500
7	MICRORED RDO. PALMA	SAGRADO CORAZON DE JESUS	6000
8	MICRORED RDO. PALMA	HUAYARINGA ALTA	8000
9	MICRORED RDO. PALMA	SAN ANDRES DE TUPICOCHA	1200
10	MICRORED RDO. PALMA	COCACHACRA	3000
11	MICRORED RDO. PALMA	EL PARAISO	3000
12	MICRORED RDO. PALMA	LANCA	900
13	MICRORED RDO. PALMA	SAN ANTONIO	6000
14	MICRORED RDO. PALMA	C.S.M.C. SAN ANTONIO	1800
15	MICRORED RDO. PALMA	JOSE LUIS ROMERO AGUILAR	500
16	MICRORED RDO. PALMA	SAN BARTOLOME	1000
17	MICRORED RDO. PALMA	SAN DAMIAN	800
18	MICRORED RDO. PALMA	CORCONA	800
19	MICRORED RDO. PALMA	SANTIAGO DE TUNA	900

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

20	MICRORED RDO. PALMA	CANCHACALLA	900
21	MICRORED RDO. PALMA	SUNICANCHA	900
22	MICRORED RDO. PALMA	LA MERCED DE CHAUTE	900
23	MICRORED RDO. PALMA	CUMBE	900
24	MICRORED RDO. PALMA	TAPICARA	900
25	MICRORED HUARACHIRÍ	HUARACHIRÍ	3600
26	MICRORED HUARACHIRÍ	SAN LORENZO DE QUINTI	2000
27	MICRORED HUARACHIRÍ	ANCHUCAYA	1000
28	MICRORED HUARACHIRÍ	SAN JUAN DE TANTARANCHE	900
29	MICRORED HUARACHIRÍ	HUANCHAC	1000
30	MICRORED HUARACHIRÍ	ALLOCA	1000
31	MICRORED HUARACHIRÍ	QUIRIPA	1000
32	MICRORED HUARACHIRÍ	LUPU	750
33	MICRORED HUARACHIRÍ	SAN PEDRO DE HUANCAYRE	800
34	MICRORED HUARACHIRÍ	SANGALLAYA	800
35	MICRORED HUARACHIRÍ	HUANCATA	800
36	MICRORED HUINCO	SAN PEDRO DE CASTA	1800
37	MICRORED HUINCO	CALLAHUANCA	2400
38	MICRORED HUINCO	SAN ANTONIO CHACLLA	2400
39	MICRORED HUINCO	HUANZA	1200
40	MICRORED HUINCO	CARAMPOMA	1500
41	MICRORED HUINCO	CUMPE	800
42	MICRORED HUINCO	SAN JUAN DE IRIS	800
43	MICRORED HUINCO	LARAOS	1000
44	MICRORED HUINCO	HUACHUPAMPA	1050
45	MICRORED HUINCO	HUINCO	800
46	MICRORED HUINCO	VICAS	800
47	MICRORED HUINCO	ACOBAMBA	1000
48	MICRORED LANGA	CALAHUAYA	1800
49	MICRORED LANGA	LANGA	1000
50	MICRORED LANGA	ANTIOQUIA	1500
51	MICRORED LANGA	VILLA JARDÍN-CUCUYA	4200
52	MICRORED LANGA	ESCOMARCA	900
53	MICRORED LANGA	MARIATANA	900
54	MICRORED LANGA	LAHUAYTAMBO	1000
55	MICRORED LANGA	NIEVE NIEVE	700
56	MICRORED LANGA	SAN JOSE DE LOS CHORRILLOS	700
57	MICRORED LANGA	MATARA	700
58	MICRORED LANGA	LANCHI	700
59	MICRORED LANGA	SANTO DOMINGO DE LOS OLLEROS	700
60	MICRORED LANGA	SAN MARTÍN DE ORCOCOTO	500
61	MICRORED LANGA	CANLLE	400
62	MICRORED SAN MATEO	SAN MATEO DE HUANCHOR	6400
63	MICRORED SAN MATEO	SAN GERÓNIMO DE SURCO	2800
64	MICRORED SAN MATEO	CHICLA	900
65	MICRORED SAN MATEO	CARHUAPAMPA	700
66	MICRORED SAN MATEO	SAN MIGUEL DE VISO	1200
67	MICRORED SAN MATEO	CASAPALCA	1200
68	MICRORED SAN MATEO	ICHOCA	600

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

69	MICRORED SAN MATEO	CHOCNA	900
70	MICRORED SAN MATEO	PARAC	900
71	MICRORED SAN MATEO	YURACMAYO	0
TOTAL			188 000

CUADRO N°2.- REQUERIMIENTO DE RECETAS

NUMERACIÓN DE INICIO	NUMERACIÓN FINAL	TOTAL, A REQUERIR
1	188 000	188 000

Agradeciendo de antemano la atención que se brinda a la presente, quedo de usted.

Atentamente.



Stefanie Rojas Guevara
Resp.Informático UDS