



Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	14/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE
	2.2 Monto total según informe de indagación	74,203.50
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACIÓN 395-2023
3	Declaración jurada del proveedor	
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	
4	<div style="text-align: center;"> <p><b>G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.</b>  <small>RUC 2068774713</small>    <b>Lilliam Z. Gulo Rodriguez</b>  <b>GERENTE GENERAL</b></p> </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

Anexo N° 3


Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	14/03/2023	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple X
			No cumple
	2.3	Monto total cotizado	74,203.50
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACIÓN 395-2023
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;"> <p><b>G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.</b></p> <p>RUC 20607711713</p>  <p>.....</p> <p><b>Lilliam Z. Gulo Rodriguez</b></p> <p><b>GERENTE GENERAL</b></p> </div>		
Nombre, firma y sello del proveedor			



**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	03			
		Fecha	14/03/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS NORTE			
		RUC	20146925686			
		Dirección	JR. JOSE DE SUCRE N° 1258 - CARAZ			
		Teléfono(s)	*****			
		Correo electrónico	Rshnlogistica@gmail.com			
		Persona de contacto	OWEN GUERRERO ITA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.			
		RUC	20607711713			
		Dirección	AV. LOS PINOS NRO. 1793 INT. A URB. EL PINAR LIMA -			
		Teléfono(s)	961810261			
		Correo electrónico	GMEDICALM@GMAIL.COM			
		Representante o persona de contacto	LILIAM GUI RODRIGUEZ			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center">  <p>GOBIERNO REGIONAL ANCASH DIRECCION DE SALUD ANCASH RED DE SALUD HUAYLAS NORTE</p> <p><i>Augusto Chacon Basagaita</i> C.P.C. Augusto Chacon Basagaita JEFE DE LA UNIDAD LOGISTICA</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

Anexo N° 4


Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	14/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE
2.2	Monto total según informe de Indagación	83,562.500
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACIÓN LH 11015
3	<b>Declaración jurada del proveedor</b>  Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.  Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	
4	<div style="text-align: center;"></div> Nombre, firma y sello del proveedor	



Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	14/03/2023	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	83,562.500	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACIÓN LH 11015	
3	Declaración jurada del proveedor		
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>			
4	<div style="text-align: center;"><p>LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C. LUCIA MARTINEZ MEZONES GERENTE GENERAL RUC 20604626693</p></div> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>		


## Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	01		
		Fecha	14/03/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS NORTE		
		RUC	20146925686		
		Dirección	JR. JOSE DE SUCRE N° 1258 - CARAZ		
		Teléfono(s)	*****		
		Correo electrónico	Rshnlogistica@gmail.com		
		Persona de contacto	OWEN GUERRERO ITA		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.		
		RUC	20604626693		
		Dirección	AV. CIRCUNVALACION MZA. K LOTE8 C2 - LURIGANCHO		
		Teléfono(s)	977691779		
		Correo electrónico	LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM		
		Representante o persona de contacto	LUCIA MARTINEZ MEZONES		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	x	Términos de referencia
5	Información complementaria				
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	 <p>GOBIERNO REGIONAL ANCASH DIRECCION DE SALUD ANCASH RED DE SALUD HUAYLAS NORTE</p> <p><i>Augusto Chacon Basagorria</i> C.R.C. Augusto Chacon Basagorria JEFE DE LA UNIDAD LOGISTICA</p>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

}



Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	14/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE
	2.2 Monto total según informe de indagación	80,220.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACIÓN 3918120
3	Declaración jurada del proveedor	
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	
4	<div style="text-align: center;">               GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C.              DIANA PAMELA ROMERO ROBRIGUEZ              Gerente General           </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	14/03/2023	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple
			X
		No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	80,220.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACIÓN 3918120
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;">   GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C.  DIANA PAMELA ROMERO RODRÍGUEZ  Gerente General </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		



## Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	02		
		Fecha	14/03/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS NORTE		
		RUC	20146925686		
		Dirección	JR. JOSE DE SUCRE N° 1258 - CARAZ		
		Teléfono(s)	*****		
		Correo electrónico	Rshnlogistica@gmail.com		
		Persona de contacto	OWEN GUERRERO ITA		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C.		
		RUC	20602734740		
		Dirección	AV. DEL EJERCITO NRO. 1117 INT. 301 URB. SANTA CRUZ		
		Teléfono(s)	958459202		
		Correo electrónico	VENTASGLASSGOW@GMAIL.COM		
		Representante o persona de contacto	DIANA ROMERO RODRIGUEZ		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMO ODONTOLOGICO BARNIZ FLUORADO X 0.4 ML PARA LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	 <p>GOBIERNO REGIONAL ANCASH DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH RED DE SALUD HUAYLAS NORTE</p> <p><i>Augusto</i> C.P.C. Augusto Edson Chacon Basagotta JEFE DE LA UNIDAD LOGÍSTICA</p>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					