


Anexo N° 4

28


| Declaración jurada del proveedor |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| 1                                | Fecha del documento   | 03/04/2023   |
| 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 INSUMOS DE LABORATORIO PARA LOS HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS - CARAZ Y HOSPITAL DE APOYO YUNGAY DE LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE. |
|                                  | 2.2 Monto total según informe de indagación   | S/ 58,878.00   |
|                                  | 2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)  | PROFORMA COT: 253 - 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 data-bbox="590 1249 1018 1435" data-label="Text"> <p>LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>LUCIA MARTINEZ MEZONES<br/>GERENTE GENERAL<br/>RUC 20604626693</p> </div>  |  |
|                                  | Nombre, firma y sello del proveedor   |  |

Anexo N° 2

| Solicitud de cotización   |   |   |  |   |                        |
|---|---|---|--|---|------------------------|
| 1   | Número y fecha del documento  | Número                                    | 01   |   |                        |
|   |   | Fecha                                     | 3/04/2023  |   |                        |
| 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 SAC   |   |                        |
|   |   | RUC                                       | 20604626693  |   |                        |
|   |   | Dirección                                 | AV. CHILLON N° 1339 - LIMA   |   |                        |
|   |   | 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 INSUMOS DE LABORATORIO PARA LOS HOSPITALES DE APOYO DE 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<br/>DIRECCIÓN DE SALUD<br/>RED DE SALUD HUAYLAS NORTE</p> <p><i>Augusto</i><br/>C.P.C. Augusto Chacon Basagotia<br/>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   | 03/04/2023   |
| 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 INSUMOS DE LABORATORIO PARA LOS HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS - CARAZ Y HOSPITAL DE APOYO YUNGAY DE LA RED DE SALUD HUAYLAS NORTE. |
|                                  | 2.2 Monto total según informe de indagación   | S/ 59,658.80   |
|                                  | 2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)  | PROFORMA COT: 115 - 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                                | <p style="text-align: center;"><b>G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.</b><br/> RUC 20607711713<br/> <br/> .....<br/> <b>Lilliam Z. Gulo Rodriguez</b><br/> GERENTE GENERAL</p>  |  |
|                                  | Nombre, firma y sello del proveedor   |  |

Anexo N° 3

| Cotización y declaración jurada del proveedor |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 1   | Fecha del documento   | 03/04/2023   |   |
| 2   | Cotización  |  |   |
| 2.1   | Descripción del objeto de la contratación   | COMPRA DE INSUMOS DE LABORATORIO PARA LOS HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS - CARAZ Y HOSPITAL DE APOYO YUNGAY DE 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  | S/ 59,658.80   |   |
| 2.4   | Detallar documentación adjunta, de ser el caso  | COT : 115 - 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   | <p style="text-align: center;"> <b>G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.</b><br/> <small>RUC 20607711713</small><br/> <br/> <b>Lillam Z. Guio Rodriguez</b><br/> <b>GERENTE GENERAL</b> </p>  |  |   |
| Nombre, firma y sello del proveedor           |   |  |   |



**Anexo N° 2**

| Solicitud de cotización |   |   |  |   |                        |   |
|-------------------------|---|---|--|---|------------------------|---|
| 1                       | Número y fecha del documento  | Número                                    | 01   |   |                        |   |
|                         |   | Fecha                                     | 3/04/2023  |   |                        |   |
| 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 SAC  |   |                        |   |
|                         |   | RUC                                       | 20607711713  |   |                        |   |
|                         |   | Dirección                                 | AV. LOS PINOS 1793 - LIMA  |   |                        |   |
|                         |   | Teléfono(s)                               | 961810261  |   |                        |   |
|                         |   | Correo electrónico                        | Gmedicalm@gmail.com  |   |                        |   |
|                         |   | Representante o persona de contacto       | LILIAM GUIO TORRES   |   |                        |   |
| 4                       | Objeto de la contratación   | Objeto de la contratación                 | Bienes   |   | Servicios              | X |
|                         |   | Descripción del objeto de la contratación | COMPRA DE INSUMOS DE LABORATORIO PARA LOS HOSPITALES DE APOYO DE 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                       | <div align="center">  <p>GOBIERNO REGIONAL ANCASH<br/>DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH<br/>RED DE SALUD HUAYLAS NORTE</p> <p><i>Augusto Edén Chacon Basagottia</i><br/>C.P.C. Augusto Edén Chacon Basagottia<br/>JEFE DE LA UNIDAD LOGÍSTICA</p> </div> |   |  |   |                        |   |
|                         | Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones  |   |  |   |                        |   |

}