

==REFERENCIA: ADQUISICION DE GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

[illegible]

LA MEJOR OFERTA ES DE: IMPROVE MEDICAL S.A.C., CON 20604338418, POR EL MONTO DE S/.67000

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCA
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR




DR. Gonzales Montoya Alejandro X.
RESPONSABLE DE INSTITUCIONES

GOBIERNO REGIONAL DE ANCAHUA
DIRECCION DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES
17/04/2019
CPC. Avila Calderon Alberth Anthony
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

D.S. N° 344-2018-EF "Reglamento de la Ley N° 30025, Ley de Contrataciones del Estado" Artículo 10. Excepciones. No requieren inscribirse como proveedores en el RNP: a) las entidades del Estado comprendidas en el artículo 3 de la Ley; b) las sociedades conyugales y las sucesiones

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios									
1	Datos del documento		Número de informe		25-10-2024				
			Fecha de informe		INFORME N°178-2024				
2	Objeto de la contratación		Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	ADQUISICION DE 1 TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES		
3	Antecedentes								
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general		Sí Cumple		No Cumple		?Cumple con la condición?		
	a.		Disponibilidad inmediata		X		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.		
	b.		Fáciles de obtener en el mercado		X		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.		
	c.		Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado		X		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.		
	d.		Que no se fabriquen, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad		XP		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.		
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.									
5	Observaciones								
6					GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCION DE MEDIO AMBIENTE Y SALUD HUMANA SUR		CPC, Avila Colideron Albertin Antony JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA		
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del organo encargado de las contrataciones									

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 1

Campo		Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión del Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.	
2	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios, describiendo además el objeto de la contratación.	
3	Registrar los antecedentes que la Entidad considere conveniente.	
4	Analizar el cumplimiento de cada una de las condiciones para emplear la comparación de precios. En tal sentido, la Entidad debe indicar si cumple o no cumple cada una de dichas condiciones y, de ser afirmativa la respuesta, consignar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de cada una de las condiciones. Para tales efectos, la Entidad debe tomar en cuenta las definiciones consignadas en el numeral 6.1 de la Directiva, así como el listado de supuestos en que no corresponde emplear la comparación de precios mencionados en el numeral 6.2 de la Directiva.	
5	Registrar las observaciones que la Entidad estime conveniente.	
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones	

COTIZACION
N° C010240295
R.U.C.: 2055778841

Fecha Emisión: 24/10/2024

Dirección Fiscal: Mza. V Lote. 4 Int. 303 A.H. Juan Pablo II -
Lima - Lima - Carabayillo
Teléfono fijo: 01 757 0769
956 715 827 - 935 434 104 - 941 105 754
Email: ventas@jembios.com - jembios@hotmail.com
Website: www.jembios.com



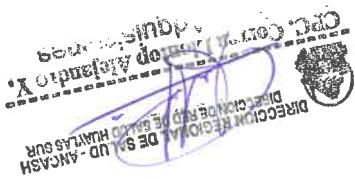
DATOS DE CLIENTE				DATOS ADJUNTOS DE DOCUMENTO			
CODIGO :	3108230008	RUC :	20488336917	VALIDEZ DE OFERTA :	10 Dias	COND. PAGO :	CONTADO
SEÑOR(ES) :	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR			MONEDA :	SOLES	PLAZO DE ENTREGA :	10 DIAS CALENDARIOS
DIRECCIÓN :	P.J. MARIA ALVARADO TRUJILLO NRO. 241 URB. INDEPENDENCIA ANCASH - HUARA			ATENCION :	AREA DE COMPRAS	PLAZO DE ENTREGA :	10 DIAS CALENDARIOS
REFERENCIA :	ATENCION DIRECTA			ELABORADO POR :	DILVA PEREZ	NOS ES GRATO HACERLES PRESENTE LA SGTE. COTIZACION DE LOS SIGUIENTES ARTICULOS CON LOS MEJORES PRECIOS DEL MERCADO.	

ITEM	CODIGO	CANT	UM	DESCRIPCION DE ARTICULO	F. VENC.	P. UNITARIO	TOTAL
1	TR10004	500	KIT	TRIGLICERIDOS LIQUIDO X 100 ML	30/11/2026	155.0000	77,500.00
Marca: QCA Procedencia: ESPAÑA							

TOTAL REGISTROS :	1	SON: SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS Y 00/100 SOLES (S.E.U.O)	(PRECIOS INCLUYEN IGV)
LOS ARTICULOS CUENTAN CON SU RESPECTIVO DESCUENTO			
REPRESENTANTE DE VENTAS :			
DILVA PEREZ			
904 474 178			
ventasjembios6@gmail.com			
RESERVACIONES :			


CORPORACION JEM BIOS E.I.R.L.
Hualinda
CALLE 435661-11

Depositar a Nombre de: CORPORACION JEM BIOS E.I.R.L.
Moneda S/ N° Cuenta CTE 0011-0312-0100017829-61
Banco BVA S/ 011-312-000100017829-61
BCP S/ 191-91679508-0-61



4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
0	Información a consignar

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4
--

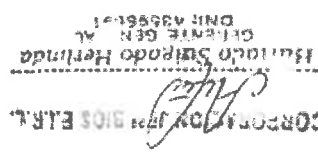
4		Nombre, firma y sello del proveedor
---	--	-------------------------------------

3	<p>Declaración jurada del proveedor</p> <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; 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>
---	---

1	Fecha del documento	24/10/2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	Reactivos de laboratorio
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 77,500.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	Proforma de cotización, documentos sustentados de funcionamiento.

Declaración jurada del proveedor

Anexo N° 4

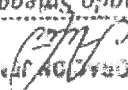
Solicitud de cotización	
1	Número y fecha del documento
	Número
	Fecha
	25/10/2024
2	Datos de la Entidad
	Nombre de la Entidad
	RUC
	Dirección
	Ex Fiscalía de la Nación, Boulevard Pastoriza Huaracina, Psj.
	20488336917
	Correo electrónico
	Persona de contacto
3	Datos del proveedor
	Nombre o razón social
	CORPORACION JEM BIOS EIR
	RUC
	20557788841
	Dirección
	Mza. V lote 4 int. 303- A.H: Juan Pablo II
	Teléfono(s)
	904474178
	Correo electrónico
	Ventasjembios6@gmail.com
	Representante o persona de contacto
	Dilva Perez Diaz
	Objeto de la contratación
	Bienes
	x
	Servicios
	Material médico
	Descripción del objeto de la contratación
	Se adjunta
	Especificaciones técnicas
	Términos de referencia
	x
5	Información complementaria
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.
6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones
	

Instrucciones para el llenado del formato del
anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

4	<p>Nombre, firma y sello del proveedor</p> <p>  Corporación Jem Bios E.I.R.L. Juan Pablo Herlinda Gerente General DNI 42696191 </p>
---	--

3	<p>Declaración jurada del proveedor</p> <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. 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>
---	--

Cotización y declaración jurada del proveedor																					
1	Fecha del documento	24/10/2024																			
2	Cotización	<table><tr><td>2.1</td><td>Descripción del objeto de la contratación</td><td colspan="2">REACTIVO DE LABORATORIO</td></tr><tr><td rowspan="2">2.2</td><td rowspan="2">Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda</td><td>Si cumple</td><td>x</td></tr><tr><td>No cumple</td><td></td></tr><tr><td>2.3</td><td>Monto total cotizado</td><td colspan="2">S/. 77,500.00</td></tr><tr><td>2.4</td><td>Detallar documentación adjunta, de ser el caso</td><td colspan="2">Proforma de costos, documentos regulatorios.</td></tr></table>		2.1	Descripción del objeto de la contratación	REACTIVO DE LABORATORIO		2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	x	No cumple		2.3	Monto total cotizado	S/. 77,500.00		2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Proforma de costos, documentos regulatorios.	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	REACTIVO DE LABORATORIO																			
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	x																		
		No cumple																			
2.3	Monto total cotizado	S/. 77,500.00																			
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Proforma de costos, documentos regulatorios.																			

Anexo N° 3



De: Ricardo Rios Vásquez
RUC: 17460272131

SOLICITUD DE COTIZACION

N°	DIA	MES	AÑO
147	26	10	2024

DEPENDENCIA
RAZON SOCIAL
RUC
DIRECCION
CONTACTO
CORREO ELECTRONICO

RED DE SALUD HUAYLAS SUR
RILUMA GROUP de Ricardo Rios Vasquez
17460272131
Jr. Rufino Torrico 624 – Ofic. 208 Cercado de Lima
TELEFONO / CELULAR: 993769818 / 977671982
rilumagroup@hotmail.com / rivasquez612@gmail.com

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad saludarlo cortésmente y poner a su disposición la propuesta económica solicitada mediante el documento de la referencia, el cual se describe en el siguiente cuadro:

PEDIDO DE COMPRA N°

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN	MARCA	PLAZO DE ENTREGA	CANT.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
01	KITS TRIGLICERIDOS ENZIMATICO X 100 DET	QCA ESPANA	15 DIAS	500	S/. 150.00	S/. 75,000.00
TOTAL						S/. 70,000.00

VIGENCIA DE COTIZACION
CCI
PRECIO INCLUYE IGV
GARANTIA

15 DIAS	N° 011 814 000201019414 16	BANCO: BBVA BANCO CONTINENTAL	SI	12 MESES
---------	----------------------------	-------------------------------	----	----------

- La propuesta económica incluye todos los tributos, seguros, transportes, inspecciones y pruebas de ser el caso, costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda tener incidencia sobre el costo del bien o servicio a prestar.
- Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO, que:**

- Cumpro con los requisitos y condiciones establecidas en Las Especificaciones Técnicas según corresponda de la presente contratación;
- No he incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad;
- No tengo impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, según lo dispuesto en el Artículo N°11 del Reglamento de la Ley de Contrataciones N°30225;
- Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento;
- Me comprometo a mantener mi oferta durante el procedimiento de selección/contratación y a perfeccionar el contrato en caso de resultar favorecido con la buena pro;
- Me comprometo a mantener mi oferta hasta la cancelación del bien o servicio.




Av. Tomas Valle 949 Ofic. 303 – S.M.P. - Lima Cel.: 977671982 / 993769818
Email: rilumagroup@hotmail.com / rivasquez612@gmail.com



De: Ricardo Rios Vásquez
RUC: 17460272131

7. Conozco las sanciones contenidas en la Ley de contrataciones y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General;
8. Participo del proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conozco las disposiciones del Decreto Legislativo N°1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas;
9. Conozco, acepto y me someto a los documentos del procedimiento de selección/contratación, condiciones y reglas del procedimiento de selección;
10. En caso de ser contratado, me someto a la penalidad por mora, establecido por el Artículo N° 161 y 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones.


RILUMA GROUP
Ricardo Rios Vásquez
AGENTE GENERAL
SR.(A) RICARDO RIOS VASQUEZ
DNI N° 008722405





De: Ricardo Rios Vásquez
RUC: 17460272131

ANEXO 2

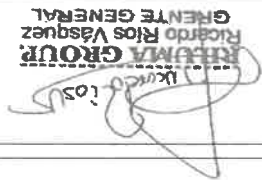
Solicitud de cotización	
Número y fecha del documento	Número 147
	Fecha 26/10/2024

2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	
		RUC	
		Dirección	
		Teléfono(s)	
		Correo electrónico	
		Persona de contacto	

3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	RILUMA GROUP	
		RUC	17460272131	
		Dirección	JR. KUTINO TORRICO 644 – URB. 2US LERCAÑO DE LIMA	
		Correo electrónico	rilumagroup@hotmail.com	
4	Objeto de la contratación	Representante o persona de contacto	RICARDO RIOS VÁSQUEZ	
		Objeto de la contratación	Bienes	X
			Servicios	
5	Información complementaria	Se adjunta	Especificaciones técnicas	X
			Términos de referencia	

5	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.
---	---

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


RICARDO RIOS VÁSQUEZ
GERENTE GENERAL

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2	
Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando así mismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones



De: Ricardo Rios Vásquez
RUC: 17460272131

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	26/10/2024
---	---------------------	------------

2		Cotización	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	TRIGLICERIDOS ENZIMÁTICO x 500 DETERMINACIONES	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 75,000.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	PROFORMA	

3	Declaración jurada del proveedor	Accepto 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	Nombre, firma y sello del proveedor	
---	-------------------------------------	--

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



De: Ricardo Rios Vásquez
RUC: 17460272131

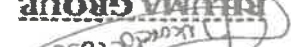
Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	26/10/2024
---	---------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	TRIGLICERIDOS ENZIMÁTICO x 500 DETERMINACIONES	
2.2	Monto total según informe de indagación	75,000.00	
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA	

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>RIUMA GROUP Ricardo Rios Vásquez GERENTE GENERAL</p>	Nombre, firma y sello del proveedor
---	--	-------------------------------------

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



R&Y MEDIC S.A.C.
IMPORTACION - DISTRIBUCION
R.U.C. 20601038774
Av. El Trebol Mz. 1 Lote 8 Int. 307 - 3er Piso - Comas - Lima
info.rymedic@gmail.com / Cel: 943 198 269
www.rymedic.com.pe

PROFORMA N° 293 -2024

Lima, 26 de octubre del 2024

Señores:
RED DE SALUD HUALLAS SUR
DPTO. LOGISTICA
Presente. -

De nuestra estima personal:

Nos es grato dirigimos a Ud. con el fin de presentarles las cotizaciones solicitada:

ITEM	CANT	U. M.	NOMBRE_ITEM	MARCA	PROCED	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL S/.
1	500	kit	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO X 100 DET	QCA	ESPAÑA	140.00	70,000.00

El valor referencial incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas de ser el caso, los costos laborales respectivos conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor de los bienes y servicios a contratar

TERMINOS Y CONDICIONES

- Condiciones Generales**
- Tiempo de entrega 15 días calendario después de la notificación de la Orden de Compra
 - Garantía de los bienes 6 meses
 - Validez de cotización 15 días calendario
 - Precios en soles incluye I.G.V.
 - Forma de pago: 10 días después de la conformidad del área usuaria.

R & Y MEDIC S.A.C.
YANERY JOHANN PIEDRA ARROYO
REPRESENTANTE LEGAL
RUCI: 20601038774

CPC. Contr. y Adquisiciones
Director Regional de Salud Huallas Sur
Dr. Alejandro Y.

Solicitud de cotización


1	Número y fecha del documento	Número	293
		Fecha	26/10/2024

2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	
		RUC	
		Dirección	
		Teléfono(s)	
		Correo electrónico	
		Persona de contacto	

3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	R & Y MEDIC S.A.C.
		RUC	20601038774
		Dirección	A. El Trebol Mz. I Lte. O Int. 307 – 3er Piso comas - Lima
		Teléfono(s)	943198269
		Correo electrónico	rymedic@gmail.com
		Representante o persona de contacto	Yanery Yovany Piedra Arroyo

4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		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	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones	 R & Y MEDIC S.A.C. REPRESENTANTE LEGAL RUC: 20601038774

Anexo N° 2

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones



Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	26/10/2024
---	---------------------	------------

2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple
			No cumple
	2.3	Monto total cotizado	70,000.00

2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Proforma
-----	--	----------

3	Declaración jurada del proveedor	Asímismo, 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. 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.
---	----------------------------------	--

4	Nombre, firma y sello del proveedor	
---	-------------------------------------	--

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3


Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor	
1	Fecha del documento
	26/10/2024

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	TRIGLICERIDOS ENZIMÁTICO x 100 DETERMINACIONES
	2.2	Monto total según informe de indagación	70,000.00
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	proforma

3	<p>Declaración jurada del proveedor</p> <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>  <p>R & Y MEDIC S.A.C. REPRESENTANTE LEGAL RUC: 20601038774</p> </div> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>
---	---

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación, el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación, así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



Señores:
RED DE SALUD HUAYLAS SUR
Oficina de Logística

CANT.	UN.	DESCRIPCIÓN	MARCA	PROCEDENCIA	P. UNIT. S/.	P. TOTAL S/.
500	KIT	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO X 100 DET	QCA	ESPAÑA	134.00	67,000.00
TOTAL S/.						67,000.00

El precio de la oferta en soles, incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

FORMA DE PAGO
PLAZO DE ENTREGA
GARANTÍA COMERCIAL
OFERTA VALIDA
• RUC DE LA EMPRESA
• CORREO ELECTRÓNICO
• RNP VIGENTE
• TELÉFONO DE LA EMPRESA
• DIRECCIÓN DE LA EMPRESA
• NOMBRE DEL CONTACTO
• NÚMERO DE CUENTA INTERBANCARIA - CCI : 00219100258979908351 -
• N° DE DNI DEL REPR. LEGAL : 41900559

IMPROVE MEDICAL S.C.

DIRECCION PROTECCION DE LA LUD - ANSASH
 DIRECCION DE RENDIMIENTO DE SERVICIO
 C.R.C. CONTRA LA CORRUPCION



Solicitud de cotización										
1	Número y fecha del documento	Número	289		Fecha	26/10/2024				
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad								
		RUC								
		Dirección								
		Teléfono(s)								
		Correo electrónico								
		Persona de contacto								
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	IMPROVE MEDICAL S.A.C.		RUC	20604338418		Dirección	Av. Chillon N° 1339 Int. 406 Urb. Alameda del Mar Lima	
		Teléfono(s)	953629151		Correo electrónico	improvemedical.ventas@gmail.com		Representante o persona de contacto	ROSEL SANCHEZ LOZANO	
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios					
		Descripción del objeto de la contratación	- TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES							
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia					
		Información complementaria								
5	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.									
6										
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones										

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

ANEXO N° 2

www.improvemedical.com.pe



IMPROVE MEDICAL S.A.C.
R.U.C. 20604338418
Av. Chillon N° 1339 Int. 406 Urb. Alameda del Mar
4to. Piso - Lima - Comas
ventas.improvemedical@gmail.com
Cel.: 953 629 151
Telf.: (01) 272-5602
www.improvemedical.com.pe





Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor	
1	Fecha del documento
	26-10-2024

2		Cotización	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda
	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES		Si cumple X
			No cumple
2.3	Monto total cotizado	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso
	67,000.00		PROFORMA

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	Nombre, firma y sello del proveedor

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento
	26-10-2024

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	TRIGLICERIDOS ENZIMÁTICO x 100 DETERMINACIONES	
2.2	Monto total según informe de indagación	67,000.00	
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA	

3	Declaración jurada del proveedor
	<p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni 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>Así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>

4	Nombre, firma y sello del proveedor

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación, el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación, así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001697

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR			NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740		
Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem		Unidad de Medida
CANTIDAD Y/O VALORES					
			EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total
					Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur					
09/10/2024	0000002093	350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L	Unidad	0.00
				0.00	500.00
09/10/2024	0000002093	351000023496	ACETE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL	Unidad	0.00
				0.00	15.00
09/10/2024	0000002093	351100020017	BILIRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	6.00
09/10/2024	0000002093	351100020018	BILIRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	6.00
09/10/2024	0000002093	351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	500.00
09/10/2024	0000002093	351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	500.00
09/10/2024	0000002093	351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	500.00
09/10/2024	0000002093	351100020187	UREA ENZIMATICA	Del	0.00
				0.00	12,000.00
09/10/2024	0000002093	351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	25.00
09/10/2024	0000002093	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	200.00
09/10/2024	0000002093	351100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	100.00
09/10/2024	0000002093	351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	25.00
09/10/2024	0000002093	351100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	90.00
09/10/2024	0000002093	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Kit	0.00
				0.00	200.00
09/10/2024	0000002093	355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIPRES	Unidad	0.00
				0.00	3.00
09/10/2024	0000002093	355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIPRES X 1000 DETERMINACIONES	Unidad	0.00
				0.00	3.00
09/10/2024	0000002093	358600090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	Kit	0.00
				0.00	70.00
09/10/2024	0000002093	358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL	Unidad	0.00
				0.00	15.00
09/10/2024	0000002093	358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL	Unidad	0.00
				0.00	15.00
09/10/2024	0000002093	495700780011	AGUA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 In	Unidad	0.00
				0.00	73,000.00
09/10/2024	0000002093	511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	Unidad	0.00
				0.00	500.00
09/10/2024	0000002093	511000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GUNDA	Unidad	0.00
				0.00	600.00
09/10/2024	0000002093	511000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON EUNDA	Unidad	0.00
				0.00	400.00
09/10/2024	0000002093	512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100	Unidad	0.00
				0.00	400.00
09/10/2024	0000002093	512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO	Unidad	0.00
				0.00	100.00
09/10/2024	0000002093	512000350257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMÁTICA 10 UL - 100 UL X 1000	Pqte.	0.00
				0.00	250.00
09/10/2024	0000002093	512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00
				0.00	250.00
10/10/2024	0000002096	495700280140	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA S X 100	Unidad	0.00
				0.00	240.00
10/10/2024	0000002096	495700280142	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA L X 100	Unidad	0.00
				0.00	100.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001697

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud Modificación	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur										
10/10/2024	0000002096	495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA M	Unidad	0.00	0.00	28,600.00	0.00		

- 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 ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUAYLAS SUR
CPC. *Wilka Calderón Alberti Antony*
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA

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

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



Huarez, 11 de octubre del 2024.

INFORME N°00178-2024- DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED

A : C.D. WILDER GIRALDO FONTENLA
Director de ODI de la R.S.H.
DOC: 03118966 EXP.: 01874290

DE : Q.F. OSWALDO BLACIDO GONZALES
Jefe de Sub Almacén Especializado de Medicamentos de la RSHS

ASUNTO : SE SOLICITA COMPRA INSTITUCIONAL DE MATERIALES E INSUMOS
DE LABORATORIO CON PRESUPUESTO SIS.

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RSHS.

REFERENCIA : INFORME N°035-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

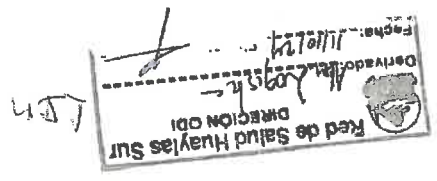
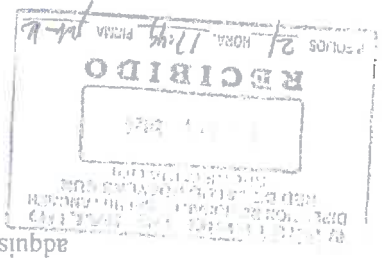
Es grato dirigirme a usted, a fin de saludarle cordialmente y al mismo tiempo solicitar la compra institucional urgente de materiales e insumos, que se encuentran en estado de desabastecimiento en todos los establecimientos de salud de nuestra jurisdicción, que cuentan con el servicio de laboratorio.

1. BASE LEGAL.

- 1.1. Ley N° 31953. Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2024.
- 1.2. Ley N° 26842- Ley General de Salud, numeral III. III "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley, pues el derecho a la protección de la salud es irrenunciable".
- 1.3. Resolución Ministerial N° 116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios -SISMED.
- 1.4. Resolución ministerial N° 007-2021/MINSA, que establece mantener un alto porcentaje de establecimientos de salud que aseguren los medicamentos, insumos y equipos críticos para los programas presupuestales seleccionados y disponibilidad de medicamentos esenciales.
- 1.5. Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", aprobada con R.M. N° 116-2018/MINSA, numeral 6.3.5, menciona, "que a nivel regional o local, previa emisión de un informe técnico de la ARAM, la Jefatura de Farmacia o quien haga sus veces, se permite la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios considerados en compras nacionales cuando se presenten algunas de las siguientes situaciones:

-Falta de productos o riesgo de desabastecimiento en el almacén de unidad ejecutora.

-Emergencias, o emergencias sanitarias, y desastres declarados por Decreto Supremo". En estas circunstancias, el Seguro Integral de Salud (SIS) reconoce el precio resultante de estas adquisiciones, para fines de reposición.





1.6. Cuarta agenda al convenio entre el Seguro Integral de Salud, fondo intangible solidario de salud y el Gobierno Regional de Ancash para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.

II. ANTECEDENTES.

2.1. En este año 2024, el ingreso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios por compra corporativa CENARES, tiene un retraso significativo que afecta en gran medida los índices de disponibilidad a nivel de la jurisdicción de la unidad ejecutora. Según la programación de compra corporativa 2024, enviada a CENARES, la unidad ejecutora Red de Salud Huaylas Sur, programó 344 ítems, de los cuales, a la fecha han ingresado solo 35, que corresponde al 10.2% del total programado.

2.2. La Red de Salud Huaylas Sur, cuenta con 28 establecimientos de salud con servicio de laboratorio, los cuales realizan exámenes auxiliares y complementarios a los pacientes asegurados al SIS de toda la jurisdicción. A la fecha, todos estos establecimientos carecen de materiales e insumos básicos, lo que está trayendo como consecuencia gastos de bolsillo y omisión de exámenes de laboratorio en desmedro de la salud del paciente asegurado al SIS.

2.3. El coordinador de Laboratorio de la RSHS, emitió una serie de informes reiterativos para la adquisición de dichos materiales e insumos como: INFORME N°018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, INFORME N°022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB e INFORME N°031-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, lo cual tuvo su demora en atender por falta de presupuesto en el SIGA, pero este problema ya fue subsanado con las liberaciones de las metas presupuestales correspondientes.

III. ANALISIS.

Según los índices de disponibilidad de dispositivos médicos y productos sanitarios, consultados en la página del MUNDO IPRESS, actualizado hasta agosto 2024, la disponibilidad llegó al 96.%, por encima del indicador financiero N°02 del SIS de la Cuarta Agenda entre el SIS y Gobierno Regional, cuyo índice ideal debe pasar el 91% mensual, por tal motivo, para mantener este índice es necesario seguir abastecidos de insumos de alta rotación y que garantizarán una atención oportuna y de calidad al paciente asegurado al SIS.

Los materiales de laboratorio son instrumentos que son utilizados por el personal profesional y técnico de laboratorio para poder realizar sus procedimientos diagnósticos y auxiliares, los cuales tienen que tener la calidad adecuada para poder realizar los procedimientos de experimentación. En relación, a los insumos, estos apoyan de forma cualitativa y/o cuantitativa diagnósticos médicos que sirven a un adecuado tratamiento al paciente, especialmente a los que padecen enfermedades crónicas que tienen problemas de diabetes, hipercolesterolesmia, o procesos infecciosos.



Así mismo, se debe recordar que, según el numeral III, de la Ley Nº 26842- Ley General de Salud, menciona: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley, pues el derecho a la protección de la salud es irrenunciable"; así mismo, el numeral 6.3.5 de la Directiva Administrativa Nº 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", aprobada con R.M. Nº 116-2018/MINSA, menciona, "que a nivel regional o local, previa emisión de un informe técnico de la ARAM, la jefatura de farmacia o quien haga sus veces, se permite la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios considerados en compras nacionales cuando se presenten algunas de las siguientes situaciones:

-Falta de productos o riesgo de desabastecimiento en el almacén de unidad ejecutora.

-Emergencias, o emergencias sanitarias, y desastres declarados por Decreto Supremo". En estas circunstancias, el Seguro Integral de Salud (SIS) reconoce el precio resultante de estas adquisiciones, para fines de reposición.

IV. CONCLUSIÓN:

Por lo expuesto, ante el estado de desabastecimiento de 30 materiales e insumos de laboratorio que repercuten negativamente en paciente asegurado al SIS, pues para completar su tratamiento tienen que hacer gasto de bolsillo adicional, surge la urgente necesidad de realizar la compra urgente de los 30 materiales e insumos de laboratorio que se detallan en el anexo Nº 05.

V. RECOMENDACIÓN:

Se recomienda realizar la compra en el mas breve plazo de 30 materiales e insumos de laboratorio que serán utilizados para la atención de pacientes con control o detección de enfermedades crónicas e infecciosas. Es todo en cuanto informe para su conocimiento y fines que estime conveniente.

Atentamente;

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

C: Archivo
FOLIOS(1)

Anexo:

- INFORME Nº 035-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB con especificaciones técnicas de cada material e insumo.
- Anexo Nº 05.

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.°	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
360500030007	AGUA DESTILADA X 5 L	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
361000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
361100020017	BILIRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
361100020018	BILIRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
361100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
361100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
361100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
361100020187	UREA ENZIMATICA	Del	0.00	0.00	12,000.00	0.00
361100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
361100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
361100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
361100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
361100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00
364700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Kil	0.00	0.00	200.00	0.00
365100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
365100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
365800090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	Kil	0.00	0.00	70.00	0.00
365800170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
365800170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
495700780011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	0.00	0.00	73,000.00	0.00
511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
511000260188	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
511000260199	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON EDTA DIPOTASICO X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
512000360257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000	Pqe.	0.00	0.00	250.00	0.00

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002093

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N -	ITEM	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSION		INCLUSION	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
512000350361	PUNTERA (TPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000		Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27). ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR. FTE. FTO. SIS.

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 Ancash
Dirección Regional de Salud Ancash
Regional de Salud
Luz Karina Palacios Cruz
Luz Karina Palacios Cruz
Luz Karina Palacios Cruz
Luz Karina Palacios Cruz

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínico Luis Toledo
REG-48687
Unid. LABORATORIO - RCHS.

DIRECCIÓN DE RED DE SALUD ANCASH
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
Unid. LABORATORIO
Unid. LABORATORIO

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002093

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
MRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
351100020017	BILIRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020018	BILIRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020158	GLUCOSA ENZMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020181	TRIGLICERIDOS ENZMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020187	UREA ENZIMATICA	Det	0.00	0.00	12.000.00	0.00
351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
351100020506	CREATININA ENZMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00
354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Kil	0.00	0.00	200.00	0.00
355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
355100020232	SÉT DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZAS	Kit	0.00	0.00	70.00	0.00
356600090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
356600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
356600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	73.000.00	0.00
495700780011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
511000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
511000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON EDTA DIPOTÁSICO X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
512000350257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000	Pqe.	0.00	0.00	250.00	0.00

ANEXO Nº 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES Nº 0000002093

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
MRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
51200350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETAUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00

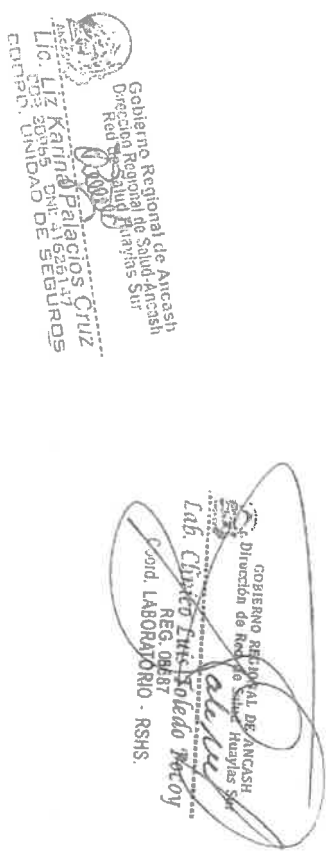
Susiento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27).ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR. F.TE. FTO. SIS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que correspondá(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:



Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección Regional de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínico Luis Toledo Páez
REG. 09687
Cond. LABORATORIO - RSHS.

GOBIERNO REGIONAL de Ancash
Dirección Regional de Salud Huaylas Sur
Luz Karina Palacios Cruz
Asesora
Luz Karina Palacios Cruz
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

RECIBO DE ENTREGA DE
MATERIAL
JEFF T. SIMMONS
Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002096

Fecha : 15/10/2024
Hora : 11:41:00
Página : 1 de 1

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
MRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 10/10/2024

Código Item N.-	ITEM	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSION		INCLUSION	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
495700280140	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA S X 100		Unidad	0.00	0.00	240.00	0.00
495700280142	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA L X 100		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLAM		Unidad	0.00	0.00	28.600.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27) ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR. FTE. FTO. SIS.
De ser el caso, indicar sílfos 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 Arequipa
Regional de Salud Huaylas Sur
Ruta de Salud Huaylas Sur
Luz María Palacios Cruz
Coordinadora de Gestión de Recursos Humanos

Coordinador de Recursos Humanos
Lab. Clínico Luis Toledo Pardo
REG. 08637
COORD. LABORATORIO - RSHS

Firma: Responsable del Área Usuaria

20



Ministerio de Salud del Perú
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR



Ns. de. 03118453
Ns. Epm. 01874012
Huaraz, 11 de octubre del 2024
INFORME Nº 035-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : C.D. Wilder IRALDO FONTENLA

Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS

DE

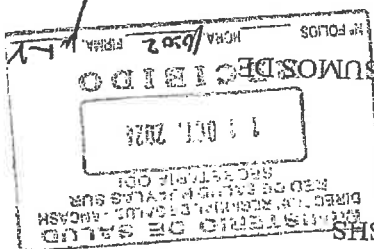
: Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOY

Coordinador de Laboratorio de la RSHS

LABORATORIO (URGENTE)

ATENCIÓN: SIS - SISMED - LOGISTICA

ASUNTO : REITERO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DECIBIDO



Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 30 de abril, el INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, y el (informe reiterativo) INFORME Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, de fecha 28 de mayo y el (INFORME Nº 031-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB de fecha 10 de setiembre del 2024, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO Nº 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.J. 019-2024-SIS/J que aprobó la Directiva Nº-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EBSS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio y en la actualidad ya se encuentran desabastecidos la gran mayoría de EBSS por lo que reitero el pedido que es de mucha urgencia.

Adjunto:

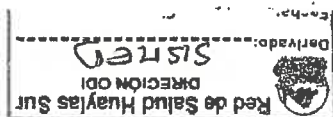
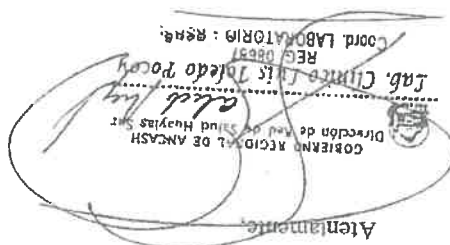
- INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME Nº 031-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB

- Términos de Referencia por cada insumo (TDR) original

- Lista de pedidos de insumos de laboratorio

Sin otro particular, me suscribo de usted.

ALTP/





Ministerio de Salud del Perú
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Huaraz, 10 de setiembre del 2024

INFORME Nº 031-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Kruspkaya INFANZON QUIJANO

Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS
Ry. Lc. 03076400 Ry. Lc. 01849860

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOCY

Coordinador de Laboratorio de la RSHS

ASUNTO : REITERO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE

LABORATORIO (URGENTE)

ATENCION: LOGISTICA

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 24 de abril, el INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, y el (informe reiterativo) INFORME Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO Nº 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la R.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.L. 019-2024-SIS/I que aprobó la Directiva Nº-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EESS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio y en la actualidad ya se encuentran desabastecidos la gran mayoría de EESS por lo que reitero el pedido que es de mucha urgencia.

- INFORME Nº 028-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- ANEXO Nº 05 SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES

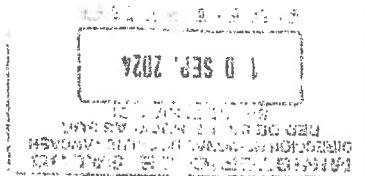
- Términos de Referencia por cada insumo (TDR) original

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

[Firma manuscrita]
Lab. Clínico Luis Toledo Pocoy
REG. 0866
Coord. LABORATORIO : RSHS
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur

ALTP/



Ministerio de Salud del Perú
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR



Huaraz, 28 de mayo de 2024

INFORME Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Reyna HUARCA LOPEZ
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS
DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOCY
ASUNTO : RETIRO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE
LABORATORIO

ATENCIÓN: SIS-SISMED-LOGISTICA

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 24 de abril, el INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO Nº 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.J. 019-2024-SIS/J que aprobó la Directiva Nº-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EESS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio.

Adjunto:

- INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME Nº 057-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/US

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,
Lab. Clínico Luis Toledo Pococy
Coord. Laboratorio - RSHS

ALTP/

Ministerio de Salud del Perú
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR



Huarez, 30 de abril del 2024

INFORME N° 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Reyna HUARCA LOPEZ
Reg. Lic. 02896844
Reg. Exp. 01448111
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOT

Coordinador de Laboratorio de la RSHS

ASUNTO : ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE

LABORATORIO

ATENCION: SIS-FARMACIA-LOGISTICA

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que hago llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con proyección y garantizando el stock hasta marzo del 2025.

Adjunto:

➤ lista de materiales e insumos de laboratorio

Sin otro particular, me suscribo de usted.

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínico Luis Toledo Pocot
REG. 0883
Coord. LABORATORIO - RSHS

ALTP/

10 MAY 2024
05-1043

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE BIENES - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EETT

REQUERIMIENTO DE BIENES - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. DATOS GENERALES DE LA CONTRATACIÓN:

1.1. Denominación de la Contratación	Adquisición de (materiales e insumos de laboratorio para el cumplimiento de campañas, actividades extramurales e intramurales y el cumplimiento de metas e indicadores)
1.2. Área Usuaría (Unidad Orgánica)	LABORATORIO (ODI)
1.3. Meta Presupuestaria	
1.4. Actividad del POI	
1.5. Persona responsable del requerimiento su supervisión y seguimiento	Indicar el código y su denominación
1.6. Persona(s) a las que se le(s) hará la entrega del (los) Bien(es)	LUIS TOLEDO POCOY
1.7. Persona que otorgará la Conformidad	ENCARGADOS DE LOS LABORATORIOS DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR LUIS TOLEDO POCOY

2. FINALIDAD PÚBLICA:

Cumplir con los indicadores de diferentes estrategias sanitarias en apoyo al diagnóstico

3. ANTECEDENTES:

Razones preliminares que motivan la generación de la necesidad son:
Atención intramurales y extramurales en campañas integrales de salud de diferentes estrategias y programas como Control Neo Natal, Anemia, Hipertensión, Diabetes, TBC, y diferentes indicadores y programas etc...

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN:

Compra de materiales e insumos para el uso en laboratorio para el apoyo al diagnóstico en campañas integrales de salud de enfermedades de los diferentes programas y estrategias sanitarias del ministerio de Salud.

5. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR:



a. Descripción y cantidad de los bienes:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DET</p> <p>Método: Colesterol Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml Contenido del kit: A. Reactivo 1 x 100 ml B. Estándar 200mg/dl 1 x 5 ml Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad: 2 mg/dl, Linealidad: 700 mg/dl.</p> <p>Muestra: Suero o plasma</p>	500	Frasco x 100 Det.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>GLUCOSA ENZIMATICA KIT X 100 DET O 100 ML</p> <p>Método: Glucosa Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml Contenido del kit: A. Reactivo 1 x 100 ml B. Estándar 100mg/dl 1 x 5 ml Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad 2 mg/dl, Linealidad 500 mg/dl.</p> <p>Muestra: Suero, plasma o L.C.R.</p>	500	Kits 1 frasco x 100 Det. Estándar 1 x 5 ml

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>TRIGLICÉRIDOS ENZIMATICO X 100 DET.</p> <p>Método: Glicerol Fosfato Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml</p>	500	Kits: 1 frasco x 100 Det. A.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>Contenido del kit:</p> <p>A. Reactivo 1 x 100 ml</p> <p>B. Estándar 200 mg/dl 1 x 5 ml</p> <p>Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad: 3 mg/dl, Linealidad: 1000 mg/dl.</p> <p>Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA</p>		<p>Reactivo 1 x</p> <p>B. Estándar 200 mg/dl 1 x</p> <p>5 ml</p>

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>UREA ENZIMATICA X 1 DET.</p> <p>Método: Ureasa-GLDH</p> <p>Presentaciones: 1 x 80 ml</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Reactivo (1) 1 x 60 ml/ 3 x 50 ml/ 3 x 100 ml</p> <p>B. Reactivo (2) 1 x 20 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 100 ml</p> <p>C. Estándar 40 mg/dl 1 x 5 ml</p> <p>Cinético UV tiempo fijo, reactivo líquido, técnica monorreactiva o birreactiva. Inserto en español contiene datos de exactitud y coeficiente de variación, valores referenciales en suero y orina, interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 mg/dl. Linealidad: 300 mg/d L.</p> <p>Muestra: Suero, plasma u orina</p>	12000	1 DET.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>BILIRUBINA TOTAL KIT X 100 DET.</p> <p>Método Jendrassik - Grof</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml</p> <p>B. Cafeína 2 x 100 ml</p> <p>C. Nitrito sódico 1 x 2 ml</p> <p>Colorimétrico. Reactivo líquido, una vez preparado el reactivo Diazo es estable 15 días a temperatura ambiente ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), incluye factor. Inserto en español conteniendo datos de coeficiente de variación, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.1</p>	6	Kits:
		<p>A. Ac. Sulfanílico 1x</p> <p>B. Cafeína 50ml</p> <p>C. Nitrito sódico 1 x 100 ml</p>



mg/dl, linealidad: 25mg/dl, valores referenciales.		1x2ml
--	--	-------

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
BILIRUBINA DIRECTA KIT 100 DET. Método Jendrassik - Grof Contenido del kit: A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml B. Solución Salina 2 x 100 ml C. Nitrato sódico 1 x 2 ml Colorimétrico. Reactivo líquido, una vez preparado el reactivo Diazo es estable 15 días a temperatura ambiente ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), incluye factor. Inserto en español conteniendo datos de coeficiente de variación, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.1 mg/dl, linealidad: 15mg/dl, valores referenciales. Muestra: Suero o plasma	6	Kits: A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml B. Solución Salina 1 x 100 ml C. Nitrato sódico 1 x 2 ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100 Material de vidrio de alta calidad longitud: aprox. 75 mm \pm 0,5 mm espesor de la pared: aprox. 0,2 75 \pm 0,025 mm heparinizados con sodio (80 iu/ml \pm 30 %) el extremo color rojo, pulido con fuego para reducir el desgaste de la centrifuga en tubos distribuidores de 100 piezas, por cartones de 10 tubos	500	frascos x 100 unidades c/u

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 ML CON GEL SEPARADOR X 100 • Tubo plástico con sistema al vacío de 13 x 100 mm • Capacidad 6ml	600	Caja x 100 unidades



DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Las Puntas Azules Universales ICB, se han elaborado con polipropileno de alta calidad, el cual satisface todos los estándares. • Compatibles con todas las marcas de pipetas, Kartell, Gilson, Brand, entre otras. • Gran rango de volumen, que va desde los 100 ul hasta 1000 ul. • Tipo Eppendorf. • Bolsa con 1000 Piezas graduadas 		250	Bolsa x 1000 unidades
PIPETA AUTOMATICA 100 ul-1000 ul COLOR AZUL X 1000 PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA			

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> • De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil. • De color natural sin colorantes • Sin polvo • No estéril. • Uso único y para laboratorio. • Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación • Medidas de Talla : M • Ancho de Guante : 85 +/- 5 mm. • Largo de Guante (mínimo) : 195 mm. • Espesor (mínimo) : Dedo: 0.07 mm. 		28.600	unidades
GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA M (UNIDAD)			

<ul style="list-style-type: none"> • Con gel separador en forma inclinada (pico de flauta) • Gel tipo monómero, transparente. • Sin aditivo, con activador de la coagulación (partículas de sílice esparcidas por la pared del tubo). • Paredes internas silicónadas para evitar adherencias de los hematíes. • Tapón de color amarillo. 			
---	--	--	--



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
AGUA DESTILADA GALON X 5 LT ✓ uso para bioquímica ✓ pH: 5.4 ✓ Conductividad 20 °C <10 S/cm. ✓ Nitratos < 1 mg NO3/l ✓ Cloruros 2.5 mg Cl/l Silice 1.1 mg SiO2/l ✓ Calcio 0.02 mg Ca/l ✓ Magnesio < 0.003 mg Mg/l ✓ Sodio 0.22 mg Na/l ✓ Potasio < 0.03 mg K/l ✓ Hierro 5 g Fe/l Zinc < 0.5 g Zn/l ✓ Conformes totales 0 ufc/100 ml.	500	Galón

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10UL-100UL X 1000 • Las Puntas Azules Universales ICB, se han elaborado con polipropileno de alta calidad, el cual satisface todos los estándares. • Compatibles con todas las marcas de pipetas, Kartell, Gilson, Brand, entre otras. • Gran rango de volumen, que va desde los 10 ul hasta 100 ul. • Tipo Eppendorf. • Bolsa con 1000 Piezas graduadas	250	Bolsa x 1000 unidades



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 -Aguja de acero inoxidable de alta resistencia - Las agujas están recubiertas de silicona médica, lubricante que disminuye la fricción y bisel de corte	73.000	unidad

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TIRA RECTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES Especificaciones: ✓ Parámetros: Acido ascórbico, Bilirrubina, Sangre, Densidad, Glucosa, Cetonas, Leucocitos, Nitrito, pH, Proteína, Urobilinógeno; ✓ Caja: 100 unds	200	frasco x 100 determinaciones

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
LAMINILLAS CUBRE OBJETOS 22 MM X 22 MM X 100 Referencia: 22 x 22 Unidad de venta: caja x 100 unidades Uso: en campos como la química y la biología - Medidas: 22 x 22 mm - No ejercer mucha presión sobre el objeto y la laminita - Color transparente - Excelente planicidad - Fabricadas de vidrio borosilicato De 263 M - Resistente a químicos y de la primera clase hidrolítica	400	caja x 100 unidades



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TGO/AST U.V. LIQUIDA X 100 DET. Método: IFCC Presentaciones: 1 x 50 ml. Contenido del kit: A. Disol. de enzimas 1 x 40/ 2 x 100 ml/ 3 x 250 ml	25	A. Disol. de enzimas 40ml B. Sustrato

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
PROTEÍNA C REACTIVA X 100 DET (PCR) Test en placa Presentaciones: 100 det. Contenido del kit: A. Reactivo latex 1 x 2 ml/ 1 x 4 ml B. Control positivo 1 x 0.5 ml C. Control negativo 1 x 0.5 ml D. Placa de reacción y agitadores desechables Partículas de poliestireno sensibilizadas con anti-Proteína C, control positivo de pool de sueros humanos con título de PCR mayor a 7.5 mg/L y control negativo menor a 7.5 mg/L. Inserto en español con valor referencial, interferencias. Con Técnica Semicuantitativa. Sensibilidad de 7.5 mg/L, fenómeno de prozona a partir de 100 mg/L. Muestra: Suero	70	Kits: x 100tests A. Reactivo latex 1 x 2 ml/ 1 x 4 ml B. Control positivo 0.5 ml C. Control negativo 0.5 ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES Método: Jaffe Modificado Contenido del kit: A. Disol. de ác. pícrico 1 x 100 ml B. Disol.alcalina 1 x 100 ml C. Estándar 2mg/dl 1 x 5 ml Método cinético de tiempo fijo. Reactivo líquido con DMSO. Inserto en español contiene datos de exactitud y coeficiente de variación, interferencias, valores referenciales en suero/plasma y orina. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.03 mg/dl, Linealidad: 15 mg/dl. Muestra: Suero o plasma con heparina, orina	100	Kits: A. Disol. de ác. pícrico 1 x 100 ml B. Disol.alcalina 1 x 100 ml C. Estándar 2mg/dl 1 x 5 ml



		<p>trifacetado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medida de 21G x 1"(25mm) - Doble aguja, la interna revestida con una válvula de goma que permita toma múltiple. - Con tecnología Precisión Glide para un mejor desplazamiento de la aguja en vena - Producto esterilizado con radiación gamma y libre de látex para evitar reacciones alérgicas
--	--	--

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 ML</p> <p>ESPECIFICACIONES.</p> <p>Apariencia: Líquido amarillo claro</p> <p>Olor: Característico</p> <p>Densidad 20°C: Aproximadamente 1.02 g/cm³</p> <p>Solubilidad: Casi insoluble en agua 20° C</p> <p>Viscosidad 20°C: 100 – 120 mPas</p> <p>Índice de refracción: 1.515 – 1.517</p> <p>Fluorescencia: ≤ 1500 ppb</p>	15	1 frasco x 500ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML</p> <p>Para determinar los grupos A, B, AB y 0 así como el Rh con sangre real. Contenido: reactivos anti-A, anti-B, anti-D (anti Rh0), Conservación de +2° a +8°C</p>	200	Kits: Unidad de A,B,D de 10 ml/ cada uno

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> • PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO • con 1 áreas de depósito en la plancha de plástico con cera e ingrediente de relleno y cera de abeja natural, sin químicos dañinos al material plástico • numeradas 1-24 • individualmente empaquetadas en bolsitas de plástico 	100	unidades



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>B. Sustrato 1 x 10 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 190 ml</p> <p>Cinético UV, reactivo líquido. Técnica monorreactiva y birreactiva, inserto en español contiene valores referenciales, estandarizada para tres tipos de temperatura 25, 30 y 37 °C, factor para cada técnica, temperatura y longitud de onda usada. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 U/L, Linealidad 680: U/L.</p> <p>Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA</p>		10 ml.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>TGP/AST U.V. LIQUIDA X 100 DET.</p> <p>Método: IFCC</p> <p>Presentaciones: 1 x 50 ml.</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Disol. de enzimas 1 x 40/ 2 x 100 ml/ 3 x 250 ml</p> <p>B. Sustrato 1 x 10 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 190 ml</p> <p>Cinético UV, reactivo líquido. Técnica monorreactiva y birreactiva, inserto en español contiene valores referenciales, estandarizada para tres tipos de temperatura 25, 30 y 37 °C, factor para cada técnica, temperatura y longitud de onda usada. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 U/L, Linealidad 680: U/L.</p> <p>Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA</p>	25	<p>A. Disol. de enzimas 1 x</p> <p>40ml</p> <p>B. Sustrato 1 x</p> <p>10 ml</p>

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>PRUEBA RAPIDA DE HORMONA GONADOTROPINACORIONICA (HCG)</p> <p>El Ensayo Rápido Combo de HCG OnSite es un inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral para la detección precoz del embarazo, proporcionando una prueba visual directa para la hormona placentaria, HCG, al nivel de corte de 25 mIU hCG / ml de orina o suero humanos.</p>	90	<p>Frasco x</p> <p>25 unidades</p>



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 ML FORMATO: 1 FRASCOS X 5ML TEMP. CONSERVACION: +2/+8 °C REF: 994685 (1X5ML) liofilizado	15	1 FRASCOS X 5ML
DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 ML FORMATO: 1 FRASCOS X 5ML TEMP. CONSERVACION: +2/+8 °C REF: 994685 (1X5ML) liofilizado	15	1 FRASCOS X 5ML
DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
• SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO • DIFERENCIAL 5 STRIPES X 500 DETERMINACIONES 4 PIEZAS • Serie roja: rango variable según edad y sexo • Serie megacartocítica: (150000 - 450000)/ul • Serie blanca: (4000 - 10000)/ul • Diferencial leucocitario: variable según edad • Adulto: Neut. (40 - 70) % Eos. hasta 5% Bas. hasta 2% • Linf. (25 - 50) % Mon. hasta 12%	3	1 x 500 determinaciones de 4 piezas



		<ul style="list-style-type: none"> Diferencial leucocitario: variable según edad Adulto: Neut. (40 – 70) % Eos. hasta 5% Bas. hasta 2% Linf. (25 – 50) % Mon. hasta 12%
--	--	--

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 ML CON EDTA DIPOTASICO CAJA X 100 <ul style="list-style-type: none"> Tubo plástico con sistema al vacío de 12 x 75 mm Capacidad 3ml Co EDTA dipotasico Tapón de color morado. 	400	Caja x 100 unidades
DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN DE (LILA) NITRILLO SIN POLVO TALLA S X 100 COLOR <ul style="list-style-type: none"> De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil. De color natural sin colorantes Sin polvo No estéril. Uso único y para laboratorio. Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación Medidas de Talla : S Ancho de Guante : 75 +/- 5 mm. Largo de Guante (mínimo) : 180 mm. Espesor (mínimo) : Dedo: 0.05 mm. 	240	Caja x 100 unidades

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN DE (AZUL) NITRILLO SIN POLVO TALLA L X 100 COLOR <ul style="list-style-type: none"> De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil. De color natural sin colorantes Sin polvo No estéril. 	100	Caja x 100 unidades

<ul style="list-style-type: none"> • Uso único y para laboratorio. • Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación • Medidas de Talla : L • Ancho de Guante : 95 +/- 5 mm. • Largo de Guante (mínimo) : 230 mm. • Espesor (mínimo) : Dedo: 0.08 mm. 		
--	--	--

b. Garantía Comercial:

Contra defectos de diseño y/o fabricación, averías, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

Periodo de garantía: Los bienes deberán de tener una garantía mínima de: un (01) año y 6 meses.

los insumos a adquirir deberán tener como mínimo la fecha de expiración mayor a dos años.

c. Capacitación y/o Entrenamiento:

Capacitación al personal de laboratorio de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, los temas de la capacitación será programado de acuerdo al producto adquirido, deberá ser como mínimo 2 días, 8 horas por día, para 45 personas por día aproximadamente, el lugar se definirá dentro del proceso, el perfil del expositor, deberá ser de acuerdo al tema que le corresponda, como microbiología, bioquímica, hematología, inmunoserología, inmunofluorescencia y otros, con certificación aprobada por el ministerio de salud entre otros.

d. Lugar y plazo de ejecución de la prestación:

Lugar: Los bienes serán entregados en el Almacén Central de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, sito en P.J. María Alvarado Trujillo NRO 241 – Independencia – Huaraz – Ancash.

Plazo: Los bienes serán entregados en un plazo de 5 (CINCO), días hábiles a partir de la notificación de la orden de compra.

6. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- ✓ El proveedor, **deberá de dedicarse al rubro** de comercialización de bienes iguales o similares a los requeridos.
- ✓ Registro Único de Contribuyentes (RUC) habilitado.
- ✓ Código de Cuenta Interbancario (CCI) registrado y vinculado a su número de RUC.



✓ Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente, en el capítulo de Bienes (Se excluye en el caso que el valor del bien sea menor o igual a 1 UIT).

✓ Copia simple de Resolución Directoral de Autorización Sanitaria de Funcionarios otorgada al establecimiento farmacéuticos proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, Como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos sanitarios (ANM) o por las autoridades de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a nivel Regional (ARM), según corresponda, de acuerdo a la legislación y normativa vigente

✓ Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento vigente a nombre del proveedor, emitido por la DIGEMID como ANM o por la ARM, según corresponda, de acuerdo a la legislación y normativa vigente, solo en el caso que el proveedor sea el laboratorio nacional fabricante del bien, se presentara, la copia simple del certificado BPM.

✓ copia simple de Buenas Prácticas de Distribución de Transporte – BPD-T vigente, de acuerdo a la legislación y normativa vigente, emitido por la FIGEMID como ANM o por la ARM, según corresponda.

✓ El proveedor deberá presentar una muestra de cada producto a contratar y garantizar la calidad del producto, registro sanitario y protocolo de análisis.

✓ El proveedor deberá presentar copia simple del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)



7. VALOR ESTIMADO:

El Valor estimado será determinado por la Unidad de Abastecimiento mediante el estudio de mercado:

8. ADELANTOS:

La RED DE SALUD HUAYLAS SUR, no otorga adelantos o parte de pago por la adquisición de los bienes.

9. CONFORMIDAD DE LOS BIENES:

La conformidad y la recepción de los materiales e insumos será dada por el encargado del área usuaria. (LABORATORIO) de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, por ser materiales e insumos especializados.

LISTA DE COMPRA LABORATORIO II-2024 SOLO ESTA LO PRIORITARIO POR QUE EL SISMED INDICA QUE NO HAY PRESUPUESTO Y HAY QUE ESPERAR LOS SALDOS

medicod	Código Siga	descrip	CANTIDAD DEL PEDIDO
12679	351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO - - KIT - 100 DET	500
10738	351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	500
11188	351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA - - KIT - 100 DET	500
38553	511000260138	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100 - - UNIDAD -	600
38814	355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIPRES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZA - - SET -	3
20395	495700780011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1	73000
42953	511000260139	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3ML CON EDTA DIPOTASICO X 100	400
23113	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML	200
41364	495700280143	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA S - - UNIDAD -	40000
20455	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS - - KIT - 100 DET	200
36305	351100020187	UREA ENZIMATICA - - KIT - 1 DET	12000
21932	351100020506	CREATININA ENZIMATICA - - UNIDAD - 100 DET	100
41488	495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA M - - UNIDAD -	20000
27381	350500030007	AGUA DESTILADA GALON X 5 LT	500
28530	511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100 - - UNIDAD -	500
10005	351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 ML	15
35206	358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL - - UNIDAD - 5 mL	15
31414	358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO - - SOLUCI - 5 mL	15
21813	351100020992	PRUEBA RAPIDA DE HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA (HCG)	90
11734	358600090439	PROTEINA C REACTIVA - - KIT - 100 DET	70
21923	512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 mm X 22 mm X 100 UNIDADES - - UNIDAD -	400
41485	495700280146	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA L - - UNIDAD -	10000
34564	512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	250
52254	7	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 µL - 100 µL X 1000	250
11719	512000280390	PLASTILINA PARA SELADO DE MICROHEMATOCRITO - - UNIDAD -	100
29235	351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) X 100 DETERMINACIONES	25
38750	351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	25
10347	351100020017	BILIRUBINA DIRECTA - - KIT - 100 DET	6
28045	351100020018	BILIRUBINA TOTAL - - KIT - 100 DET	6
30923	355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIPRES	3

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 Dirección de Recursos Humanos
 Lab. Chacabuco 1000
 REG-08887
 Coordinador Laboratorio - RRRH

solicitud cotización d e insonios de laboratorio

De	Destinatario	Fecha
<area_adquisiciones@redhuaylassur.gob.pe>	<importaciones.osmed@gmail.com>, <import.medic.norte@gmail.com>, <biomedicacalima@hotmail.com>, <biobysa@hotmail.com>, <Ordenes-tecnico@omegaperu.com.pe>, <servicio@omegaperu.com.pe>, <maraveiaintl@gmail.com>, <edinsonpadilla@hotmail.com>, <inversiones.medicasmpair@gmail.com>, <administracion@medicacalchannahelperu.com>, 57 más...	2024-10-21 4:33 pm

☒ COMPRA INSTITUCIONAL DE LABORATORIO.pdf (~10 MB) ☒ CARTA CCI (1).docx (~17 KB) ☒ DECLARACION JURADA (1).docx (~20 KB)

ESTIMADO (A):

Por medio del presente reciba un cordial saludo a nombre de la DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR y al mismo tiempo solicitarle se sirva

presentar una cotización por este medio, referente estudio de mercado de insumos d laboratorio

Asi mismo se indica que la cotización a presentar debe contener:

a) El precio de la oferta incluye todos los tributos, impuestos transporte y cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar, cotizar en soles.

b) Forma de pago: Crédito

c) Llenar los formatos adjuntos (DECLARACION JURADA Y CCI)

d) Adjuntar FICHA RUC actual y RNP

e) así mismo, solicitamos, en caso corresponda nos remita los

comentarios y/u opiniones respecto a los términos de referencia

El plazo máximo de presentación de la cotización es de hasta 02 día calendario, dando respuesta a este correo electrónico.

AREA DE ADQUISICIONES

DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR