





| Informe Sustentatorio para emplear la Comparación de Precios   |  |  |   |                           |           |
|--|--|--|---|---------------------------|-----------|
| 1  | Datos del documento  | Número de informe  |   | 09-2023                   |           |
|  |  | Fecha de informe   |   | 18/07/2023                |           |
| 2  | Objeto de la contratación  | Objeto de la contratación  | Bienes  | X                         | Servicios |
|  |  | Descripción del objeto de la contratación  | ADQUISICIÓN DE PIEZA DE MANO SCALER ULTRASONIDO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA. |                           |           |
| 3  | <b>Antecedentes</b><br>Mediante INFORME N°13-2023-GRA/DIRESA/UERSHGA/SP-S.BUCAL-WJAG., Coordinadora aseguramiento Público de la RED DE SALUD HUAMANGA, remite el requerimiento de compra para la ADQUISICIÓN DE PIEZA DE MANO SCALER ULTRASONIDO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA. Con el cual se procede a efectuar el procedimiento de indagación de mercado, encontrándose condiciones en el mercado del producto solicitado, con los cuales se determinó realizar el procedimiento de selección de comparación de precios: |  |   |                           |           |
| 4  | Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general  |  |   | ¿Cumple con la condición? |           |
|  |  |  |   | Sí Cumple                 | No Cumple |
|  | a.   | Disponibilidad inmediata   | X   |                           |           |
|  | Según Indagación de mercado, se tiene que los bienes solicitados objeto de contratación, son de <u>disponibilidad inmediata</u> en los centros comerciales existentes en el mercado nacional y local, sin necesidad de realizar adecuaciones y/o modificaciones, toda vez que ello satisface la necesidad, los plazos que cotizaron son de 5 días calendario.  |  |   |                           |           |
|  | b.   | Fáciles de obtener en el mercado   | X   |                           |           |
|  | Existe pluralidad de proveedores en el mercado, con las características estandarizadas. En total se presentaron 3 proveedores quienes cotizaron los bienes con las marcas y especificaciones estandarizadas.   |  |   |                           |           |
|  | c.   | Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado   | X   |                           |           |
|  | Las especificaciones técnicas del bien objeto de contratación, se encuentra bajo la calidad establecida por el mercado.  |  |   |                           |           |
|  | d.   | Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante | X   |                           |           |
|  | El bien objeto de la contratación, no requiere fabricación, producción bajo condiciones de particularidades dados por la entidad, toda vez que es un producto terminado y estandarizado que satisface las necesidades de manera inmediata sin necesidad de ninguna adecuación o modificación alguna.   |  |   |                           |           |
| En consecuencia, cumplen las condiciones para la aplicación del procedimiento de comparación de precios.   |  |  |   |                           |           |
| 5  | <b>Observaciones</b><br>No se registro ningún inconveniente durante la etapa de indagación de mercado y verificación de condiciones para ser adquirido bajo la modalidad de Comparación de Precios.  |  |   |                           |           |
| <div style="text-align: center;">  <p>RED DE SALUD HUAMANGA<br/>OFICINA DE ADMINISTRACIÓN<br/>UNIDAD DE ABASTECIMIENTOS Y SS.AA.<br/>Abog. Dany S. Gutiérrez Peralta<br/>JEFE</p> </div> |  |  |   |                           |           |
| Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones   |  |  |   |                           |           |

**Anexo N° 2**


| Solicitud de cotización |   |   |   |   |                        |  |
|-------------------------|---|---|---|---|------------------------|--|
| <b>1</b>                | <b>Número y fecha del documento</b>   | Número                                    | 09  |   |                        |  |
|                         |   | Fecha                                     | 18/07/2023  |   |                        |  |
| <b>2</b>                | <b>Datos de la Entidad</b>  | Nombre de la Entidad                      | <b>UNIDAD EJECUTORA RED SALUD HUAMANGA</b>  |   |                        |  |
|                         |   | RUC                                       | 20495122361   |   |                        |  |
|                         |   | Dirección                                 | URB. BANCO DE LA NACION MZ "D" LT "16"  |   |                        |  |
|                         |   | Teléfono(s)                               | 963505238   |   |                        |  |
|                         |   | Correo electrónico                        | Logística.UE406.redhuamanga@gmail.com   |   |                        |  |
|                         |   | Persona de contacto                       | <b>DANY SILVIO GUTIERREZ PERALTA</b>  |   |                        |  |
| <b>3</b>                | <b>Datos del proveedor</b>  | Nombre o razón social                     | <b>CIENCIA MEDICA PERU S.A.C.</b>   |   |                        |  |
|                         |   | RUC                                       | 20604743380   |   |                        |  |
|                         |   | Dirección                                 | URB. MIHGUEL GRAU MZ. J LOTE 25 – SALAMANCA – ATE - LIMA  |   |                        |  |
|                         |   | Teléfono(s)                               | 966614433   |   |                        |  |
|                         |   | Correo electrónico                        | ventas@ciencimed.com  |   |                        |  |
|                         |   | Representante o persona de contacto       | <b>Ing MICHAEL C. MIRANDA MAYHUA</b>  |   |                        |  |
| <b>4</b>                | <b>Objeto de la contratación</b>  | Objeto de la contratación                 | Bienes  | X | Servicios              |  |
|                         |   | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICIÓN DE PIEZA DE MANO SCALER ULTRASONIDO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA. |   |                        |  |
|                         |   | Se adjunta                                | Especificaciones Técnicas   | X | Términos de Referencia |  |
| <b>5</b>                | <b>Información complementaria</b>   |   |   |   |                        |  |
|                         | Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.                   |   |   |   |                        |  |
| <b>6</b>                | <div style="text-align: center;">  </div> |   |   |   |                        |  |
|                         | Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones                                  |   |   |   |                        |  |



**Anexo N° 2**

| Solicitud de cotización  |  |   |   |   |                        |  |
|--|--|---|---|---|------------------------|--|
| <b>1</b>   | <b>Número y fecha del documento</b>  | Número                                    | 09  |   |                        |  |
|  |  | Fecha                                     | 18/07/2023  |   |                        |  |
| <b>2</b>   | <b>Datos de la Entidad</b>   | Nombre de la Entidad                      | <b>UNIDAD EJECUTORA RED SALUD HUAMANGA</b>  |   |                        |  |
|  |  | RUC                                       | 20495122361   |   |                        |  |
|  |  | Dirección                                 | URB. BANCO DE LA NACION MZ "D" LT "16"  |   |                        |  |
|  |  | Teléfono(s)                               | 963505238   |   |                        |  |
|  |  | Correo electrónico                        | Logística.UE406.redhuamanga@gmail.com   |   |                        |  |
|  |  | Persona de contacto                       | <b>DANY SILVIO GUTIERREZ PERALTA</b>  |   |                        |  |
| <b>3</b>   | <b>Datos del proveedor</b>   | Nombre o razón social                     | <b>INVERSIONES GENERALES MIJA S.A.C.</b>  |   |                        |  |
|  |  | RUC                                       | <b>20554303812</b>  |   |                        |  |
|  |  | Dirección                                 | CAL. GENERAL JULIAN ARIAS ARAGUEZ N° 699-MIRAFLORES - LIMA  |   |                        |  |
|  |  | Teléfono(s)                               |   |   |                        |  |
|  |  | Correo electrónico                        | ventas@mijasac.com  |   |                        |  |
|  |  | Representante o persona de contacto       | <b>JAIMES GUERRA MAYRA ALEXANDRA</b>  |   |                        |  |
| <b>4</b>   | <b>Objeto de la contratación</b>   | Objeto de la contratación                 | Bienes  | X | Servicios              |  |
|  |  | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICIÓN DE PIEZA DE MANO SCALER ULTRASONIDO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA. |   |                        |  |
|  |  | Se adjunta                                | Especificaciones Técnicas   | X | Términos de Referencia |  |
| <b>5</b>   | <b>Información complementaria</b>  |   |   |   |                        |  |
|  | Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.  |   |   |   |                        |  |
| <b>6</b>   | <div style="text-align: center;">  <br/>  <br/>             Abog. Dany S. Gutiérrez Peralta             <br/>             JEFE           </div> |   |   |   |                        |  |
| Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones |  |   |   |   |                        |  |

**Anexo N° 2**

| Solicitud de cotización  |   |                                     |   |                           |                        |   |
|--|---|-------------------------------------|---|---------------------------|------------------------|---|
| <b>1</b>   | <b>Número y fecha del documento</b>   | Número                              | 09  |                           |                        |   |
|  |   | Fecha                               | 18/07/2023  |                           |                        |   |
| <b>2</b>   | <b>Datos de la Entidad</b>  | Nombre de la Entidad                | UNIDAD EJECUTORA RED SALUD HUAMANGA                           |                           |                        |   |
|  |   | RUC                                 | 20495122361   |                           |                        |   |
|  |   | Dirección                           | URB. BANCO DE LA NACION MZ "D" LT "16"                        |                           |                        |   |
|  |   | Teléfono(s)                         | 963505238   |                           |                        |   |
|  |   | Correo electrónico                  | Logística.UE406.redhuamanga@gmail.com                         |                           |                        |   |
|  |   | Persona de contacto                 | DANY SILVIO GUTIERREZ PERALTA                                 |                           |                        |   |
| <b>3</b>   | <b>Datos del proveedor</b>  | Nombre o razón social               | COORPORACION LUVADE E.I.R.L.                                  |                           |                        |   |
|  |   | RUC                                 | 20606813211   |                           |                        |   |
|  |   | Dirección                           | AGRUPACIÓN LA FLORIDA MZ D L4 – SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA |                           |                        |   |
|  |   | Teléfono(s)                         |   |                           |                        |   |
|  |   | Correo electrónico                  | Corporacionluvade3030@gmail.com                               |                           |                        |   |
|  |   | Representante o persona de contacto | LUSILA VASQUEZ DELGADO  |                           |                        |   |
|  |   | <b>4</b>                            | <b>Objeto de la contratación</b>                              | Objeto de la contratación | Bienes                 | X |
| Descripción del objeto de la contratación  | ADQUISICIÓN DE PIEZA DE MANO SCALER ULTRASONIDO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA.   |                                     |   |                           |                        |   |
| Se adjunta   | Especificaciones Técnicas   |                                     |   | X                         | Términos de Referencia |   |
|  |   |                                     |   |                           |                        |   |
| <b>5</b>   | <b>Información complementaria</b>   |                                     |   |                           |                        |   |
|  | Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.   |                                     |   |                           |                        |   |
| <b>6</b>   | <div style="text-align: center;">  <p>RED DE SALUD HUAMANGA<br/>OFICINA DE ADMINISTRACIÓN<br/>UNIDAD DE ABASTECIMIENTOS Y S.S.AA.<br/>Abog. Dany S. Gutiérrez Peralta<br/>JEFE</p> </div> |                                     |   |                           |                        |   |
| Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones |   |                                     |   |                           |                        |   |