




ANEXO N° 1

INFORME SUSTENTATORIO PARA EMPLEAR LA COMPARACIÓN DE PRECIOS						
1	Datos del documento	Número de informe		COMPRES N° 013-2024 UERSSAF/OEC-01		
		Fecha de informe		13/11/2024		
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	Contratación de mini rack, para las microredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.			
3	Antecedentes Que mediante el INFORME N° 00115-2024-GRA-AYACUCHO/DREA/UERSSAF/UAS/LSP, la responsable de la Coordinación de la unidad de aseguramiento en salud formula su requerimiento, el cual es derivado al despacho de la Unidad de Abastecimiento y Servicios Auxiliares; el requerimiento es para <i>“Contratación de mini rack, para las microredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.”</i> , razón por la cual el responsable de adquisiciones realiza la indagación del mercado como resultado concluye que el requerimiento y/o plan corresponde a un procedimiento de selección COMPARACION DE PRECIO ya que cumple las tres condiciones como la disponibilidad inmediata y fáciles de obtener en el mercado y que no son fabricados o producidos.					
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.					
	b. Fáciles de obtener en el mercado			X		
	Existe pluralidad de proveedores en el mercado, con las características 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	Observaciones					
	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>GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO U.E. 408 R.D. DE SALUD SAN FRANCISCO</p> </div> <div style="text-align: center;">  Lic. Adm. Vladimir Oscar Brigada Contreras JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.A </div>						


ANEXO N° 2

SOLICITUD DE COTIZACIÓN						
1	Número y fecha del documento	Número	COMPRE N° 013-2024 UERSSAF/OEC-01			
		Fecha	25/11/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD SAN FRANCISCO			
		RUC	20534772166			
		Dirección	PLAZA 4 DE OCTUBRE SAN FRANCISCO S/N			
		Teléfono(s)	958571626			
		Correo electrónico	abastecimiento.uerssaf@gmail.com			
		Persona de contacto	Bach. Roger L. Yaranga Laurente			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CARLOS AVILES VASQUEZ			
		RUC	10453313072			
		Dirección	AV. AVIACIÓN N° 352			
		Teléfono(s)	931459828			
		Correo electrónico	aviles05101988@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	CARLOS AVILES VASQUEZ			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	Contratación de mini rack, para las microrredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
6	<div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE AYACUCHO U.E. 406 RED DE SALUD SAN FRANCISCO</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p style="font-size: small;">Lic. Adm. Vladimir Oscar Brigada Contreras JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.A.</p> </div>					
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	26-11-2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	Contratación de Equipo Hemoglobinómetro Portátil para los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	73,170.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	se adjunta 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>C.P. CARLOS AVILES VASQUEZ</p>		
Nombre, firma y sello del proveedor			

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR		
1	Fecha del documento	26 - 11 - 2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	Contratación de mini rack, para las microredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.
	2.2 Monto total según informe de indagación	73, 170.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	Se adjunta 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>C.P. CARLOS AVILES VASQUEZ</p>	
Nombre, firma y sello del proveedor		



FORMATO DE COTIZACIÓN - DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.
Órgano Encargado de las Contrataciones.

Presente.- Referencia: Solicitud de Cotización – Descripción de la prestación.
De mi mayor consideración,
La siguiente información son datos del ofertante:

Nombres y Apellidos / Razón Social: CARLOS AVILES VASQUEZ	
DNI: 45331307	RUC: 10453313072
Dirección de Notificación: AV LOS INCAS 570 JESUS NAZARENO	
Nombre de contacto: CARLOS AVILES VASQUEZ	
Telf. Fijo/Móvil:	Correo Electrónico: aviles05101988@gmail.com
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 0034400169553002664	Banco BBVA CONTINENTAL
MYPE:	SI () NO ()

Declaro Bajo Juramento al amparo del principio de presunción de veracidad, aceptar en su integridad los Términos de referencia o las Especificaciones técnicas proporcionadas por la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco, conforme a las condiciones y plazos establecidos, adjuntando para tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los Precios de Ley)
01	EQUIPO DE MINI RACK - Según especificaciones técnicas, adjunto a la presente.	Unidad	27	2,710.00	73,170.00
TOTAL GENERAL					

CONDICIONES CONTRACTUALES

GARANTÍA	24 MESES
PLAZO DE ENTREGA	05 días calendarios
LUGAR DE ENTREGA	Microredes y Hospitales de la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.

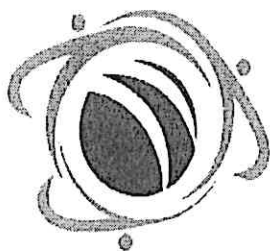
La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado. Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de 07 días hábiles, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

AYACUCHO, 26 de NOVIEMBRE de 2024


C.P. CARLOS AVILES VASQUEZ

Firma
NOMBRES Y APELLIDOS:
RAZÓN SOCIAL:
RUC:



GROUP AVILÉS MULTISERVICIOS

DE: CARLOS AVILES VASQUEZ
JR. Av. AVIACION 352 – AYACUCHO
CEL: 931459828 aviles05101988@gmail.com

RUC: 10453313072

FECHA 26/11/2024

VENTA:

- RACKS , MINI RACKS, MUEBLES EN MELAMINE
- ESTANTES DE METAL Y MADERA
- SILLAS DE OFICINA
- ACCESORIOS DE OFICINA

PROFORMA

N° 00750

SEÑOR: RED SALUD SAN FRANCISCO

DIRECCION..... RUC.....

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT	P. TOTAL
27	MINI RACKS PLATAFORMAS FABRICADAS EN PLANCHAS 1/27 X 0.9MM CON REFUERZO; CAPACIDAD 250 KG X NIVEL POSTES DE 2"X2" X 2.0MM DE ESPESOR VIGAS DE 2" X 3" X 2.0MM. PERNOS HEXAGONALES DE 3/8" COLOR: AZUL CON NARANJA SEGÚN EE.TT.	2,710.00	73,170.00
TOTAL S/			73,170.00

GARANTIA DE 24 MESES
INCLUYE IGV
PLAZO DE ENTREGA 05 DIAS

GROUP AVILES MULTISERVICIOS

CARLOS AVILES VASQUEZ
DNI 45331307



FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:
Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.
Órgano Encargado de las Contrataciones.

De mi mayor consideración,
La siguiente información son datos del oferante:

Nombres y Apellidos / Razón Social: CARLOS AVILES VASQUEZ	
DNI: 45331307	RUC: 10453313072
Dirección de Notificación: AV LOS INCAS 570 JESUS NAZARENO	
Nombre de contacto: CARLOS AVILES VASQUEZ	
Tel. Fijo/Móvil: 931459828	Correo Electrónico:
Código de Cuenta Interbancario (CCI) ¹ : 0034400169553002664	Banco: BBVA CONTINENTAL
MYPE:	SI () NO ()

Al amparo del principio de presunción de veracidad², DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los Términos de referencia o Especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente electiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de Entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado³
5. No tener inhabilitación vigente⁴ para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
7. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
8. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada en el presente documento.
9. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y entidad bancaria señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
10. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

AYACUCHO, 26 de NOVIEMBRE de 2024

Firma NOMBRES Y APELLIDOS

¹ Código de cuenta Interbancario, el mismo que consta de 20 dígitos y debe estar asociado a su número de RUC, debiendo consignar la entidad bancaria de procedencia y el tipo de moneda.

² Numeral 1.7 – Principio de presunción de veracidad; Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General.


³ Numeral 11.1 del Artículo 11 de la Ley.

⁴ Artículo 242 de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

ANEXO N° 2

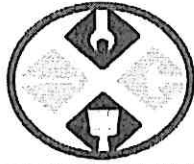
SOLICITUD DE COTIZACIÓN					
1	Número y fecha del documento	Número	COMPRES N° 013-2024 UERSSAF/OEC-01		
		Fecha	25/11/2024		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD SAN FRANCISCO		
		RUC	20534772166		
		Dirección	PLAZA 4 DE OCTUBRE SAN FRANCISCO S/N		
		Teléfono(s)	958571626		
		Correo electrónico	abastecimiento.uerssaf@gmail.com		
		Persona de contacto	Bach. Roger L. Yaranga Laurente		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	KENNY YOSSIL LIZARBE SILVA		
		RUC	10476948351		
		Dirección	JR. CELIS DE LA NAYRA 151		
		Teléfono(s)	928350290		
		Correo electrónico	lizarbesilvakenny@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	KENNY YOSSIL LIZARBE SILVA		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	Contratación de mini rack, para las microredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia
5	Información complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO U.E. 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCO</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px dashed black; margin: 5px 0;"/> <p>Lic. Adm. Vladimir Oscar Brigada Contreras JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.A.</p> </div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px; padding-top: 5px;"> Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones </div>				

ANEXO N° 3

COTIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR			
1	Fecha del documento	26 DE NOVIEMBRE DEL 2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	Contratación de Equipo Hemoglobinómetro Portátil para los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	71,010.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	SE ADJUNTA COTIZACION N° 919	
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;">  Keny Y. Lizarbe Silva RUC 10476948351 GERENTE GENERAL </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR		
1	Fecha del documento	26 DE NOVIEMBRE DEL 2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	Contratación de mini rack, para las microredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.
	2.2 Monto total según informe de indagación	71,010.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	SE ADJUNTA COTIZACION N° 919
3	Declaración jurada del proveedor Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar. Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	
4	<div style="text-align: center;">  Keny Y. Lizarbe Silva RUC 10476948351 GERENTE GENERAL </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		



INVERSIONES SILVA

RUC:10476948351

PROFORMA

Nº 00395

DE: LIZARBE SILVA, KENNY YOSSIL
DIRECCIÓN: JR. CELIS DE LA NAYRA 151

VENTA DE RACKS Y MINI RACKS
MATERIALES DE CONSTRUCCION,
ARTICULOS DE FERRETERIA,
PLASTIQUERIA, Y ARTICULOS DE
LIMPIEZA ENTRE OTROS.

SERVICIO EN CARPINTERIA,
CERRAJERIA, VIDRIERIA,
GASFITERIA
ELECTRICIDAD, ALBAÑILERIA Y
MANTENIMIENTO EN GENERAL.

FECHA: 26/11/2024

SEÑOR: RED SALUD SAN FRANCISCO

DIRECCION:

CANT	DESCRIPCION	P.UNIT	TOTAL
27	mini racks según EE.TT. PLATAFORMAS FABRICADAS EN PLANCHIA 1/27 X 0.9MM CON REFUERZO; CAPACIDAD 250 KG X NIVEL POSTES DE 2"x2" X 2.0MM DE ESPESOR VIGAS DE 2" X 3" X 2.0MM. PERNOS HEXAGONIALES DE 3/8" COLOR: AZUL CON NARANJA GARANTIA DE 24 MESES	2,630.00	71,010.00
PRECIO INCLUYE IGV		TOTAL S/	71010.00

PLAZO DE ENTREGA 05 DIAS CALENDARIOS


Keny Y. Lizarbe Silva
RUC 10476948351
GERENTE GENERAL

CORREO: LIZARBESILVAKENY@GMAIL.COM

CEL: 993974476



FORMATO DE COTIZACIÓN - DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.
Órgano Encargado de las Contrataciones.

Presente.- Referencia: Solicitud de Cotización – Descripción de la prestación.

De mi mayor consideración,

La siguiente información son datos del ofertante:

Nombres y Apellidos / Razón Social: LIZARBE SILVA, KENNY YOSSIL	
DNI: 47694835	RUC: 10476948351
Dirección de Notificación: JR CELIS DE LA NAYRA 151	
Nombre de contacto: LIZARBE SILVA, KENNY YOSSIL	
Telf. Fijo/Móvil:	Correo Electrónico: lizarbesilvakeny@gmail.com
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 00344001327160758256	Banco INTERBANK
MYPE:	SI () NO ()

Declaro Bajo Juramento al amparo del principio de presunción de veracidad, aceptar en su integridad los Términos de referencia o las Especificaciones técnicas proporcionadas por la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco, conforme a las condiciones y plazos establecidos, adjuntando para tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los Precios de Ley)
01	EQUIPO DE MINI RACK - Según especificaciones técnicas, adjunto a la presente.	Unidad	27	2,630.00	71,010.00
TOTAL GENERAL					

CONDICIONES CONTRACTUALES	
GARANTÍA	24 MESES
PLAZO DE ENTREGA	05 días calendarios
LUGAR DE ENTREGA	Microredes y Hospitales de la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado. Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de 07 días hábiles, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

AYACUCHO, 26 de NOVIEMBRE de 2024

Firma

NOMBRES Y APELLIDOS: LIZARBE SILVA, KENNY YOSSIL

RAZÓN SOCIAL:

RUC: 10476948351

Kenny Y. Lizarbe Silva

RUC 10476948351

GERENTE GENERAL



FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:
Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.
Órgano Encargado de las Contrataciones.

De mi mayor consideración,
La siguiente información son datos del oferante:

Nombres y Apellidos / Razón Social: LIZARBE SILVA, KENNY YOSSIL	
DNI: 47694835	RUC: 10476948351
Dirección de Notificación: JR CELIS DE LA NAYRA 151	
Nombre de contacto: LIZARBE SILVA, KENNY YOSSIL	
Tel. Fijo/Móvil: 928350290	Correo Electrónico: lizarbesilvakeny@gmail.com
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 00344001327160758256	Banco: INTERBANK
MYPE:	SI () NO ()

Al amparo del principio de presunción de veracidad², DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los Términos de referencia o Especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de Entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado³
5. No tener inhabilitación vigente⁴ para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
7. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
8. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada en el presente documento.
9. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y entidad bancaria señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
10. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

AYACUCHO, 26 de NOVIEMBRE de 2024


Keny Y. Elzarbe Silva
RUC 10476948351
GERENTE GENERAL

Firma NOMBRES Y APELLIDOS


¹ Código de cuenta interbancario, el mismo que consta de 20 dígitos y debe estar asociado a su número de RUC, debiendo consignar la entidad bancaria de procedencia y el tipo de moneda.

² Numeral 1.7 – Principio de presunción de veracidad, Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General.

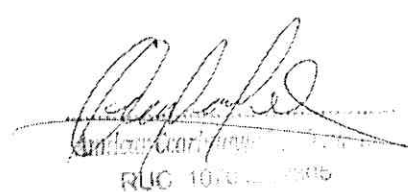
³ Numeral 11.1 del Artículo 11 de la Ley.

⁴ Artículo 242 de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

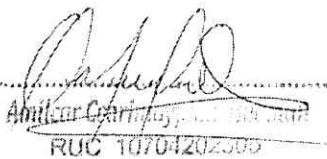
ANEXO N° 2

SOLICITUD DE COTIZACIÓN						
1	Número y fecha del documento	Número	COMPRES N° 013-2024 UERSSAF/OEC-01			
		Fecha	25/11/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD SAN FRANCISCO			
		RUC	20534772166			
		Dirección	PLAZA 4 DE OCTUBRE SAN FRANCISCO S/N			
		Teléfono(s)	958571626			
		Correo electrónico	abastecimiento.uerssaf@gmail.com			
		Persona de contacto	Bach. Roger L. Yaranga Laurente			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CCARHUAYPIÑA HUAMAN, AMILCAR			
		RUC	10704202305			
		Dirección	AV. LOS INCAS N° 745 – JESUS NAZARENO – HUAMANGA – AYACUCHO.			
		Teléfono(s)	993974476			
		Correo electrónico	amilcar.danza@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	CCARHUAYPIÑA HUAMAN, AMILCAR			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	Contratación de mini rack, para las microredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
6	<div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO U.E. 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCO</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px dashed black; width: 100%;"/> <p style="font-size: small;">Lic. Adm. Vladimir Oscar Brigada Contreras JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.A.</p> </div>					
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	26-11-2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	Contratación de Equipo Hemoglobínometro Portátil para los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	72,900.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Adjunto 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>RUC 1010 - 0005</p>		
Nombre, firma y sello del proveedor			

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR		
1	Fecha del documento	26-11-2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	Contratación de mini rack, para las microredes y hospitales, para las áreas de farmacia de los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud San Francisco.
	2.2 Monto total según Informe de Indagación	72,900.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	Adjunto 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>Nombre, firma y sello del proveedor</p>	



FORMATO DE COTIZACIÓN - DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.
Órgano Encargado de las Contrataciones.

Presente.- Referencia: Solicitud de Cotización – Descripción de la prestación.

De mi mayor consideración,

La siguiente información son datos del ofertante:

Nombres y Apellidos / Razón Social: Ccarhuaypiña Huaman, Amilcar	
DNI: 70470230	RUC: 10704202305
Dirección de Notificación: Av. Los Incas 745 - Jesús Nazareno - Huamanga - Ayacucho	
Nombre de contacto: ccarhuaypiña Huaman, Amilcar	
Telf. Fijo/Móvil: 973 974 476	Correo Electrónico: amilcar.danza@gmail.com
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 003440036	Banco: INTERBANK
MIPE: 52250002543	SI (X) NO ()

Declaro Bajo Juramento al amparo del principio de presunción de veracidad, aceptar en su integridad los Términos de referencia o las Especificaciones técnicas proporcionadas por la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco, conforme a las condiciones y plazos establecidos, adjuntando para tal efecto la siguiente propuesta económica:

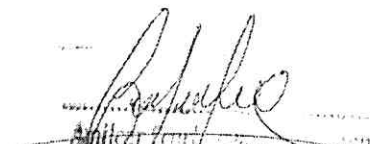
ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los Precios de Ley)
01	EQUIPO DE MINI RACK - Según especificaciones técnicas, adjunto a la presente.	Unidad	27	2,700.00	72,900.00
TOTAL GENERAL					

CONDICIONES CONTRACTUALES	
GARANTÍA	24 meses
PLAZO DE ENTREGA	05 días calendarios
LUGAR DE ENTREGA	Almacén de la Entidad, ubicado en el Distrito de Ayna San Francisco, Provincia de La Mar, Departamento de Ayacucho.

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado. Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de 07 días hábiles, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Ciudad, 26 de 11 de 2024


RUC 10704202305

Firma
NOMBRES Y APELLIDOS: Amilcar Ccarhuaypiña Huaman
RAZÓN SOCIAL:
RUC: 10704202305



FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:
Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco.
Órgano Encargado de las Contrataciones.

De mi mayor consideración,
La siguiente información son datos del oferante:

Nombres y Apellidos / Razón Social: <u>Cearhuaypina Huaman, Amilcar</u>	
DNI: <u>70420230</u>	RUC: <u>10704202305</u>
Dirección de Notificación: <u>Ay. Los Incas 745 - JESUS NAGARENO - Huamanga - Ayacucho</u>	
Nombre de contacto: <u>Cearhuaypina Huaman, Amilcar</u>	
Tel. Fijo/Móvil: <u>993974476</u>	Correo Electrónico: <u>amilcar.danza@gmail.com</u>
Código de Cuenta Interbancario (CCI): <u>00344003652</u>	Banco: <u>INTERBANK</u>
MYPE: <u>250002543</u>	SI (X) NO ()

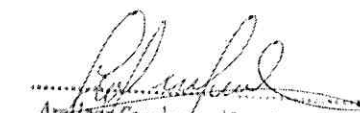
Al amparo del principio de presunción de veracidad², DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los Términos de referencia o Especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de Entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado³
5. No tener inhabilitación vigente⁴ para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
7. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
8. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada en el presente documento.
9. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y entidad bancaria señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
10. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Unidad Ejecutora Red de Salud San Francisco, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Ciudad, 26 de LL de 2021

Firma NOMBRES Y APELLIDOS

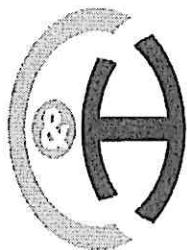

Amilcar Cearhuaypina Huaman
RUC 10704202305

¹ Código de cuenta interbancario, el mismo que consta de 20 dígitos y debe estar asociado a su número de RUC, debiendo consignar la entidad bancaria de procedencia y el tipo de moneda.

² Numeral 1.7 - Principio de presunción de veracidad, Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

³ Numeral 11.1 del Artículo 11 de la Ley.

⁴ Artículo 242 de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.



GRUPO C&H

RUC: 10704202305

PROFORMA

Nº. 00651

De: CCARHUAYPIÑA HUAMAN AMILCAR

VENTA

Cumas, Colchones, carlinas, confeccion de ropas deportivas y todo tipo de materiales de hogar, racks y miniracks.

SERVICIO

Servicios en Construcción Civil y mantenimiento, Construcción en Drywall. Trabajo en albañería, Pintura entre otras.

DIA	MES	AÑO
26	NOVIEMBRE	2024

Cel: 993974476

SEÑOR: U. E. RED SALUD SAN FRANCISCO
DIRECCION:

DIRECCION:

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO U.	TOTAL										
27	MINIRACK	2,700.00	72,900.00										
	S												
	<table><tr><th>RACKS</th><th>NIVELES</th><th>LARGO</th><th>ALTO</th><th>FONDO</th></tr><tr><td>MINIRACK CARGA MEDIANA</td><td>05</td><td>2.00m</td><td>2.40m</td><td>1.00m</td></tr></table>			RACKS	NIVELES	LARGO	ALTO	FONDO	MINIRACK CARGA MEDIANA	05	2.00m	2.40m	1.00m
	RACKS			NIVELES	LARGO	ALTO	FONDO						
MINIRACK CARGA MEDIANA	05	2.00m	2.40m	1.00m									
garantia 24 meses													
OBSERVACION:		TOTAL	S/ 72,900.00										

PRECIO INCLUYE IGV

PLAZO DE ENTREGA 05 DIAS