
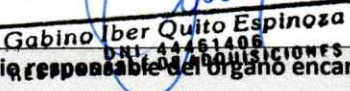


Anexo N° 1

Informe sustenta torio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe		MEMORANDUN N°333-2023-GRA-DIRES-DRSPN-CH-ODI/US	
		Fecha de informe		13 Marzo del 2023	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE		
Antecedentes					
MEMORANDUN N°333-2023-GRA-DIRES-DRSPN-CH-ODI/US					
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	
	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 fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante			X	
	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	<div align="center">  GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacifico Norte </div> <div align="center">  Gabino Iber Quito Espinoza DNI: 44461406 Responsable del órgano encargado de las contrataciones </div>				

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	MEMORANDUN N°333-2023-GRA-DIRES-DRSPN-CH-			
		Fecha	16 de marzo del 2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
		RUC	20569238537			
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CIENCIA MÉDICA PERÚ S.A.C			
		RUC	20604743380			
		Dirección	URB. MIGUEL GRAU MZ J LOTE 25 - SALAMANCA - ATE - LIMA			
		Teléfono(s)	966614433			
		Correo electrónico	ventas@ciencimed.com			
		Representante o persona de contacto				
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	x	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
6	 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte  Gabino Iber Quito Espinoza DNI: 44461406 Responsable de Adquisiciones					
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

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	16/03/2023
----------	----------------------------	------------

2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/74,160.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO COTIZACION		

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 align="center">  <p>CIENCIA MEDICA PERU S.A.C. R.U.C. 2060170600 Ing. Michael C. Miranda Mayhua GERENTE GENERAL</p> </div>
	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	16/03/2023
----------	----------------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE
2.2	Monto total según informe de indagación	74,160.00
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 align="center">  CIENCIA MEDICA PERU S.A.C. <small>R.U.C. 2061792800</small> Ing. Michael C. Miranda Mayhua <small>GERENTE GENERAL</small> </p> <p align="center">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

LIMA, 15 DE MARZO DEL 2023

COTIZACIÓN : No 0001560-2023
SEÑORES : DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE - ANCASH
ATENCIÓN : AREA DE ABASTECIMIENTOS

Presente.

Por intermedio de la presente estamos haciendo llegar nuestra cotización en respuesta a su solicitud:

N°	DESCRIPCION	MARCA	CANT	UND	P. UNIT	TOTAL
	ENALAPRIL MALEATO 20MG TAB FV 06/2024	FARMINDUSTRIA	1000	UND	0.16	160.00
	GLIBENCLAMIDA 5MG TAB FV 06/2025	FARMINDUSTRIA	50000	UND	0.04	2,000.00
	METFORMINA CLORHIDRATO 850MG TAB FV 09/2025	JPS	300000	UND	0.24	72,000.00
TOTAL						74.160.00

Condiciones Comerciales

1. Precio expresado en Soles e incluyen IGV.
2. La validez de la cotización es de 02 días desde su emisión/ la cotización no separa stock sin confirmación de deposito
3. ORDEN DE COMPRA: El Cliente debe emitir la orden de compra a favor de CIENCIA MEDICA SAC
4. FORMA DE PAGO: Diferido
5. LUGAR DE ENTREGA: Todo el Perú
6. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS HABILES DESPUES DE la notificación de orden de compra

Confiando el presente merezca su aprobación quedamos a su disposición.

Atentamente,

Cc.

CIENCIA MEDICA PERU S.A.C.
R.U.C. 20604743380

Ing. Michael C. Miranda Mayhua
GERENTE GENERAL



Organismo
Supervisor de las
Contrataciones
del Estado

RUC N° 20604743380

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

CIENCIA MEDICA PERU S.A.C. - CIENCIMED S.A.C.

Domiciliado en: Ca. TAMBO GRANDE Mza. J Lt.25 Urb. MIGUEL GRAU-LIMA-LIMA-ATE (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 28/03/2022

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 28/03/2022

FECHA IMPRESIÓN: 17/03/2023

Nota:

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: www.rnp.gob.pe - opción Verifique su Inscripción.

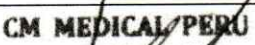

Retornar

Imprimir

Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda			
Número de RUC:		20604743380 - CIENCIA MEDICA PERU S.A.C. - CIENCIMED S.A.C.	
Tipo Contribuyente:		SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	
Nombre Comercial:		-	
Fecha de Inscripción:	22/05/2019	Fecha de Inicio de Actividades:	01/07/2019
Estado del Contribuyente:		ACTIVO	
Condición del Contribuyente:		HABIDO	
Domicilio Fiscal:		CAL.TAMBO GRANDE MZA. J LOTE. 25 URB. MIGUEL GRAU LIMA - LIMA - ATE	
Sistema Emisión de Comprobante:	MANUAL/COMPUTARIZADO	Actividad Comercio Exterior:	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Sistema Contabilidad:		MANUAL/COMPUTARIZADO	
Actividad(es) Económica(s):		Principal - 9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P. Secundaria 1 - 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS Secundaria 2 - 4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA	
Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816):		FACTURA GUIA DE REMISION - REMITENTE	
Sistema de Emisión Electrónica:		FACTURA PORTAL DESDE 25/07/2019	
Emisor electrónico desde:		25/07/2019	
Comprobantes Electrónicos:		FACTURA (desde 25/07/2019), GUIA (desde 02/08/2019)	
Afiliado al PLE desde:		-	
Padrones:		NINGUNO	
Fecha consulta: 17/03/2023 18:03			

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	16/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE
2.2	Monto total según informe de indagación	78,170.00
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	  Juan C. Miranda Barrón <small>GERENTE GENERAL</small>	
	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° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	MEMORANDUN N°333-2023-GRA-DIRES-DRSPN-CH-			
		Fecha	16 DE MARZO DEL 2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
		RUC	20569238537			
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	Juan Carlos Miranda Barrón			
		RUC	10411870583			
		Dirección	Cal. Tambo Grande 191 Urb Miguel Grau - Ate - Lima			
		Teléfono(s)	947350944			
		Correo electrónico	contacto@cmmedicalperu.com			
		Representante o persona de contacto				
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones <i>Gabriel Iber Quinto Espinoza</i> 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

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor				
1	Fecha del documento	16/03/2023		
2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/78,170.00	
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO COTIZACION	
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>			

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: Juan Carlos Miranda Barrón
 VENTA DE EQUIPOS MEDICOS, MATERIALES,
 INSUMO, Y ACCESORIOS QUIRURGICOS,
 REACTIVOS Y OTROS
 IMPORTACIONES.



RUC: 10411870583

PROFORMA N° 529035- CM/2023

Cliente:

Fecha de Proforma 15 de Marzo del 2023

**RED DE SALUD PACIFICO NORTE -
 ANCASH**

Condiciones de pago A tratar

Referencia:

Vigencia de proforma 10 días

Atención:

Área de abastecimiento

N°	DESCRIPCION	MARCA	CANT	UND	P. UNIT	TOTAL
1	ENALAPRIL MALEATO 20MG TAB FV	FARMINDUSTRIA	1000	UND	0.17	170.00
2	GLIBENCLAMIDA 5MG TAB FV	FARMINDUSTRIA	50000	UND	0.06	3,000.00
3	METFORMINA CLORHIDRATO 850MG TAB	JPS	300000	UND	0.25	75,000.00
SON: SETENTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA CON 00/100 SOLES					VALOR	66,245.76
					18% IGV	11,924.24
					PRECIO	78,170.00

CONDICIONES GENERALES

Tiempo de entrega : 15 Dias luego se adjudique la O/C.
 Lugar de entrega : En sus almacenes o según coordinación.
 Forma de pago : Contra entrega Comercial
 Validez de la Oferta : 10 dias, sujeto a confirmación de Stock.
 Garantia : Caso contrario según lote.

CUENTA BANCARIA

Banco de Credito (BCP) : N° 220-38149145-0-90 CCI: 002-2013814914509027

CM MEDICAL PERU


 Juan C. Miranda Barrón
 GERENTE GENERAL

Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda			
Número de RUC:	10411870583 - MIRANDA BARRON JUAN CARLOS		
Tipo Contribuyente:	PERSONA NATURAL CON NEGOCIO		
Tipo de Documento:	DNI 41187058 - MIRANDA BARRON, JUAN CARLOS		
Nombre Comercial:	CM MEDICAL PERU		
Fecha de Inscripción:	06/02/2006	Fecha de Inicio de Actividades:	06/02/2006
Estado del Contribuyente:	ACTIVO		
Condición del Contribuyente:	HABIDO		
Domicilio Fiscal:	-		
Sistema Emisión de Comprobante:	MANUAL/COMPUTARIZADO	Actividad Comercio Exterior:	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Sistema Contabilidad:	MANUAL/COMPUTARIZADO		
Actividad(es) Económica(s):	<p>Principal - 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS</p> <p>Secundaria 1 - 4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA</p> <p>Secundaria 2 - 9521 - REPARACIÓN DE APARATOS ELECTRÓNICOS DE CONSUMO</p>		
Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816):	<p>FACTURA</p> <p>RECIBO POR HONORARIOS</p> <p>NOTA DE CREDITO</p> <p>GUIA DE REMISION - REMITENTE</p>		
Sistema de Emisión Electrónica:	<p>FACTURA PORTAL DESDE 18/05/2018</p> <p>BOLETA PORTAL DESDE 20/05/2020</p> <p>RECIBOS POR HONORARIOS AFILIADO DESDE 14/03/2014</p>		
Emisor electrónico desde:	14/03/2014		
Comprobantes Electrónicos:	RECIBO POR HONORARIO (desde 14/03/2014),FACTURA (desde 18/05/2018),GUIA (desde 18/05/2018),BOLETA (desde 20/05/2020)		
Afiliado al PLE desde:	-		
Padrones:	NINGUNO		
Fecha consulta: 17/03/2023 18:05			



RUC N° 10411870583

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

MIRANDA BARRON JUAN CARLOS

Domiciliado en: LIMA - LIMA - ATE (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 28/06/2017

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 28/06/2017

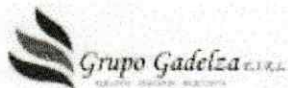
FECHA IMPRESIÓN: 17/03/2023

Nota:

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: www.rnp.gob.pe - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

**GRUPO GADELZA E.I.R.L.****RUC 20605471375**

AV. HUANDOY MZ 205 LT 30 AAHH SAN MARTIN , LOS OLIVOS , LIMA - LIMA

D. Comercial: Av. Huandoy Mz 205 Lt 30 AAHH San Martin

Central telefónica: 938570493/976669711/944573794

Email: grupo.gadelza@gmail.com

**COTIZACIÓN
COT-00000027**

Cliente: DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE
RUC: 20569238537
Dirección: DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE ,
Chimbote , Santa - ÁNCASH
T. Pago: Crédito
Vendedor: Administrador

Fecha de emisión: 2023-03-15
Tiempo de Validez: 10 días calendario
Tiempo de Entrega: 15 días calendario

CANT.	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	LOTE	P.UNIT	DTO.	TOTAL
1,000	NIU	ENALAPRIL 20MG TAB	PORTUGAL			0.087	0.00	87.00
50,000	NIU	GLIBENCLAMIDA 5MG TAB	FARMINDUSTRIA			0.044	0.00	2,200.00
300,000	NIU	METFORMINA 850MG TAB	FARMINDUSTRIA			0.315	0.00	94,500.00
OP. GRAVADAS: S/								82,022.89
IGV: S/								14,764.11
TOTAL A PAGAR: S/								96,787.00

PAGOS:**SALDO: S/ 96,787.00**

Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda			
Número de RUC:	20605471375 - GRUPO GADELZA E.I.R.L.		
Tipo Contribuyente:	EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA		
Nombre Comercial:	-		
Fecha de Inscripción:	05/11/2019	Fecha de Inicio de Actividades:	05/11/2019
Estado del Contribuyente:	ACTIVO		
Condición del Contribuyente:	HABIDO		
Domicilio Fiscal:	AV. HUANDUY MZA. 205 LOTE. 30 A.H. SAN MARTIN LIMA - LIMA - LOS OLIVOS		
Sistema Emisión de Comprobante:	MANUAL	Actividad Comercio Exterior:	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Sistema Contabilidad:	MANUAL		
Actividad(es) Económica(s):	<p>Principal - 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS</p> <p>Secundaria 1 - 8690 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA</p> <p>Secundaria 2 - 9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.</p>		
Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816):	GUIA DE REMISION - REMITENTE		
Sistema de Emisión Electrónica:	<p>FACTURA PORTAL DESDE 16/12/2019</p> <p>BOLETA PORTAL DESDE 12/05/2020</p> <p>DESDE LOS SISTEMAS DEL CONTRIBUYENTE. AUTORIZ DESDE 28/05/2021</p> <p>GUIA DE REMISION DESDE 18/03/2022</p>		
Emisor electrónico desde:	16/12/2019		
Comprobantes Electrónicos:	FACTURA (desde 16/12/2019),BOLETA (desde 12/05/2020),GUIA (desde 18/03/2022)		
Afiliado al PLE desde:	-		
Padrones:	NINGUNO		
Fecha consulta: 17/03/2023 18:18			

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

GRUPO GADELZA E.I.R.L.

Domiciliado en: CAL. CESAR VALLEJO NRO. 732 INT. 301 URB. PANAMERICANA NORTE LIMA
LIMA LOS OLIVOS (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 28/11/2019

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 28/11/2019

FECHA IMPRESIÓN: 17/03/2023

Nota:

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: www.rnp.gob.pe - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	MEMORANDUN N°333-2023-GRA-DIRES-DRSPN-CH-		
		Fecha	16 DE FEBRERO DEL 2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE		
		RUC	20569238537		
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	COORPORACION LLUVADE EIRL		
		RUC	20606813211		
		Dirección	Jr. Chancay N° 633B-Dpto 406, Cercado de Lima		
		Teléfono(s)	Celular: 922230988		
		Correo electrónico	corporacionllyvade3030@gmail.com		
		Representante o persona de contacto			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div align="center">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte</p> </div> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p> <p align="center"><i>Quito Espinoza</i> RESPONSABLE DE ADQUISICIONES</p>				
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	16/03/2023
----------	----------------------------	------------

2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/. 81,680.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION		

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 align="center"> COOPERACION LUYADE E.I.R.L RUC: 20606813211 Luisa Vasquez Delgado Gerente </p>
	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	16/03/2023
----------	----------------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES PARA COBERTURAR EL DESABASTECIMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DIRECCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE
2.2	Monto total según informe de indagación	S/.81,680.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION

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>COOPERACION UYADE E.I.R.L</p> <p>RUC: 20606813211</p> <p>.....</p> <p><i>Luslia Vasquez Delgado</i></p> <p>Gerente</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



Lima, 15 de Marzo del 2023

Cotización N° 1648-2023

Sres.:

RED DE SALUD PACIFICO NORTE – ANCASH

Área de logística

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirnos a Uds. A fin de hacerles llegar nuestra propuesta económica por lo siguiente:

DESCRIPCION	MARCA	CANT	UM	PU	TOTAL
ENALAPRIL MALEATO 20MG TAB FV 06/2024	FARMINDUSTRIA	1000	UND	0.19	180.00
GLIBENCLAMIDA 5MG TAB FV 06/2025	FARMINDUSTRIA	50000	UND	0.07	3,500.00
METFORMINA CLORHIDRATO 850MG TAB FV 09/2025	JPS	300000	UND	0.26	78,000.00
				S/	81,680.00

- ✓ Vigencia de la cotización: (08) días calendario.
- ✓ Incluye IGV (18%).
- ✓ Forma de pago: Crédito comercial.
- ✓ Moneda: Soles
- ✓ Plazo de entrega: veinte (20) días calendario.
- ✓ Garantía del producto: 12 meses.

COORPORACION LUVADE E.I.R.L
RUC: 20606813211

.....
Lusila Vasquez Delgado
Gerente



Jr. Chancay N° 633B-Dpto 406, Cercado de Lima Celular: 922230988,

Email: corporacionluvade3030@gmail.com

Lima-Perú



Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda			
Número de RUC:		20606813211 - COORPORACION LUVADE E.I.R.L.	
Tipo Contribuyente:		EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA	
Nombre Comercial:		COORPORACION LUVADE	
Fecha de Inscripción:	02/11/2020	Fecha de Inicio de Actividades:	01/11/2020
Estado del Contribuyente:		ACTIVO	
Condición del Contribuyente:		HABIDO	
Domicilio Fiscal:		JR. CHANCAY NRO. 633B DPTO. 406 CERCADO DE LIMA LIMA - LIMA - LIMA	
Sistema Emisión de Comprobante:	MANUAL/COMPUTARIZADO	Actividad Comercio Exterior:	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Sistema Contabilidad:		MANUAL/COMPUTARIZADO	
Actividad(es) Económica(s):		Principal - 4659 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO Secundaria 1 - 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS Secundaria 2 - 4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA	
Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816):		GUIA DE REMISION - REMITENTE	
Sistema de Emisión Electrónica:		FACTURA PORTAL DESDE 04/12/2020	
Emisor electrónico desde:		04/12/2020	
Comprobantes Electrónicos:		FACTURA (desde 04/12/2020), GUIA (desde 22/04/2021)	
Afiliado al PLE desde:		-	
Padrones:		NINGUNO	
Fecha consulta: 17/03/2023 18:17			