


ANEXO																				
FORMATO DE CUADRO COMPARATIVO PARA BIENES																				
DEMONIMACIÓN DE LA ADQUISICIÓN					ADQUISICION DE GUANTES PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA															
ITEM N°	DESCRIPCIÓN	CLASIFICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	FUENTE: COTIZACIONES (CORREO ELECTRONICO)								DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO							
					DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.		PHARMA HL IMPORT S.A.C		DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C		CRITERIO	PROVEEDOR	VALOR ESTIMADO							
					RUC: 20608134515		RUC: 20611117249		RUC: 20601057027											
					PRECIO UNITARIO(S/.)	PRECIO TOTAL NO INCLUYE IGV(S/.)	PRECIO UNITARIO(S/.)	PRECIO TOTAL NO INCLUYE IGV(S/.)	PRECIO UNITARIO(S/.)	PRECIO TOTAL NO INCLUYE IGV(S/.)										
1	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	2.3182.1.	UND	517477.00	S/.	0.14	S/.	72,446.78	S/.	0.15	S/.	77,621.55	S/.	0.15	S/.	77,621.55	MENOR VALOR	DISTRIBUIDOR A Y DROGUERIA SAN LUCAS	S/.	72,446.78
TOTAL					S/.	72,446.78		S/.	77,621.55		S/.	77,621.55								
INFORMACION ADICIONAL DE LA FUENTE			MARCA	ALKHOFAR		IQ MEDIC		ALKHOFAR												
			MODELO	No aplica		No aplica		No aplica												
			PROCEDENCIA	No aplica		NACIONAL		No aplica												
			PLAZO DE ENTREGA	05 DÍAS CALENDARIOS		05 DÍAS CALENDARIOS		05 DÍAS CALENDARIOS												
			FORMA DE PAGO	TOTAL		TOTAL		TOTAL												
			MONEDA DE LA FUENTE	SOLES		SOLES		SOLES												
			GARANTIA	01 AÑO		01 AÑO		01 AÑO												
ELABORADO POR: CRISTIAN ANTONY CACHIQUE GALAN																				



Firmado digitalmente por:  
PEÑA VALLES José FAU 20531375808  
hard  
Motivo: EN SEÑAL DE CONFORMIDAD  
Fecha: 19/06/2024 17:20:11-0500  
Cargo: JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA.



Firmado digitalmente por:  
LEVEAU CHAPPA MICHEL ANGELO FIR  
74065320 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 19/06/2024 17:21:39-0500  
Cargo: RESPONSABLES DE ADQUISICIONES

TARAPOTO, MIERCOLES 19 DE JUNIO 2024



Documento Nro: firm1828932025-2024954671. Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico del GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN, generado en concordancia por lo dispuesto en la ley 27269. Autenticidad e integridad pueden ser contrastada a

través de la siguiente dirección web. <https://verificarfirma.regionsanmartin.gob.pe?codigo=c215f8eeqced2q4250q912bq0c55561ff3f2>

**De:** licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe  
**Enviado el:** martes, 18 de junio de 2024 16:45  
**Para:** 'drogueriasanlucas2021@gmail.com'  
**Asunto:** SOLICITUD DE COTIZACION (GUANTES TALLA S)  
**Datos adjuntos:** EE.TT. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.pdf; Anexo N°2- Solicitud de cotizacion-1.pdf; Anexo3.docx; ANEXOS - DECLARACIONES JURADAS 2024.docx

**ESTIMADO PROVEEDOR**

**ASUNTO: SOLICITUD DE COTIZACIÓN "ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**

**PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando las Especificaciones Técnicas (EE.TT), cuyo objeto es la **"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**. Cualquier consulta y/o observación sobre las EETT no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- N° de cotización.
- Fecha de cotización
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de entrega o ejecución en días calendarios.
- Validez de la oferta.
- Garantía y Tiempo de Garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- FICHA RUC Actualizado.
- RNP Actualizado.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.

Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (02) DIAS HÁBILES. SEGÚN DIRECTIVA 01-2024-GRSM/ORA**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente;

**CPC.CRISTIAN ANTONY CACHIQUE GALAN.**

**Especialista en Contrataciones del Estado.**

**OFICINA DE LOGÍSTICA - OGESS ESPECIALIZADA.**

**CEL: 945539693**

**De:** drogueria san lucas <drogueriasanlucas2021@gmail.com>  
**Enviado el:** martes, 18 de junio de 2024 20:06  
**Para:** licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe  
**Asunto:** Re: SOLICITUD DE COTIZACION (GUANTES TALLA S)  
**Datos adjuntos:** Cotizacion PF-319.pdf; Anexo3.pdf; ANEXOS - DECLARACIONES JURADAS 2024.pdf; Guantes Empolvados y Libre de Polvo-nitrilo Ficha Técnica.pdf; 1 FICHA RUC.pdf; 1 CONSTANCIA DEL RNP.pdf; 1. Resolución Jefatural y Certificado de BPA.pdf

El mar, 18 jun 2024 a la(s) 4:45 p.m., <[licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe](mailto:licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe)> escribió:

**ESTIMADO PROVEEDOR**

**ASUNTO: SOLICITUD DE COTIZACIÓN "ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**

**PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando las Especificaciones Técnicas ([EE.TT](#)), cuyo objeto es la **"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**. Cualquier consulta y/o observación sobre las EETT no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- Nº de cotización.
- Fecha de cotización
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de entrega o ejecución en días calendarios.
- Validez de la oferta.
- Garantía y Tiempo de Garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- FICHA RUC Actualizado.
- RNP Actualizado.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.



Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (02) DIAS HÁBILES. SEGÚN DIRECTIVA 01-2024-GRSM/ORA**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente;

**CPC.CRISTIAN ANTONY CACHIQUE GALAN.**

**Especialista en Contrataciones del Estado.**

**OFICINA DE LOGÍSTICA - OGESS ESPECIALIZADA.**

**CEL: 945539693**

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	18/06/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	72,446.78	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	FICHA TECNICA Y 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			
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



**DISTRIBUIDORA Y  
DROGUERIA**  
**SAN LUCAS SAC**

**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN  
LUCAS S.A.C.**  
RUC:20608134515  
JR. VENECIA 268- LA BANDA DE SHILCAYO

**COTIZACIÓN N° 00319**

Banda de Shilcayo, 18 de junio  
del 2024

**DATOS DEL CLIENTE**

**RAZÓN SOCIAL** : OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA DE  
ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA  
**RUC** : 20494013453  
**DIRECCIÓN** : JR. ANGEL DELGADO MOREY NRO. 503 URB. PARTIDO ALTO

**CONDICIÓN DE VENTA**

**CONDICIÓN DE PAGO** : CREDITO  
**PRECIO** : SIN IGV  
**ATENCIÓN** : AREA DE LOGISTICA  
**VALIDEZ DE LA OFERTA** : 20 DIAS CALENDARIOS  
**PLAZO DE ENTREGA** : 5 DIAS CALENDARIOS  
**GARANTIA** : 1 AÑO

Nos es grato dirigirnos a Uds. para presentarles nuestra cotización por lo siguiente:

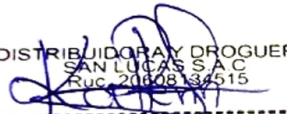
ITEM	DESCRIPCIÓN	MARCA	CANT.	U.M	P.U	P.TOTAL
1	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	ALKHOFAR	517,477	UND	0.140	72,446.78
PRECIO TOTAL (S/.)						<b>72,446.78</b>

*"Para cotizaciones fuera de fecha de vigencia por favor ponerse en contacto con nosotros al correo:  
[drogueriasanlucas2021@gmail.com](mailto:drogueriasanlucas2021@gmail.com), para confirmar disponibilidad de stock"*

**NOTA:**

<b>DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.</b>	
<b>CUENTA CORRIENTE:</b>	
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE CREDITO DEL PERÚ - BCP
NÚMERO DE CUENTA:	550-4200797-0-46
NÚMERO DE CUENTA:	002-550-004200797046-22

Atentamente:

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC 20608134515  
-----  
Katerin Lucero Ruiz Díaz  
GERENTE GENERAL

## INFORME TÉCNICO

**Producto:** GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN  
**Marca comercial:** ALKHOFAR®

### **1. Descripción del producto:**

Los guantes de examen son guantes desechables, ambidiestros se usan durante exámenes médicos y procedimientos que ayudan a prevenir la contaminación entre el personal médico y los pacientes.

Los Guantes de látex para examen presentan dos variedades: Libre de Polvo y Empolvados.

### **Características**

#### **A. Guantes de látex para examen:**

Fabricado con látex natural de color natural, de primera calidad. Puede o no contener polvo. Ambidiestros. De un solo uso

De superficie lisa y uniforme.

Guante elástico, de puño largo, que se adapta perfectamente a la mano y no oprime que evita su deslizamiento.

Produce una gran sensación de comodidad.

Hechos de Látex Natural y polvo de almidón de maíz biodegradable.

Material biocompatible.

Especificaciones Técnicas		
Pruebas	Especificaciones	Método
Acabado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Superficie lisa y uniforme</li><li>• No estériles</li><li>• Empolvados o libres de polvo</li><li>• Puño enrollado</li><li>• Color natural de látex</li><li>• Ambidiestros</li></ul>	Organoléptico
Longitud	XS	Min 220 mm
	S	Min 220 mm
	M	Min 230 mm
	L	Min 230 mm
	XL*	Min 240 mm
Ancho	XS	70±10 mm
	S	80±10 mm
	M	95±10 mm
	L	111±10 mm
	XL*	≥110mm
Espesor de palma y dedos (todas las tallas)	min 0.08 mm	ASTM D3578-05 *Para la talla XL, considerar la especificación, según método Propio MTH10-001

ALKHOFAR S.A.C.

Q.F. Melchor Joel Ybarra G.  
DIRECTOR TÉCNICO  
12582



			método Propio MTH10-001
Resistencia a la tracción	Antes del envejecimiento	Después del envejecimiento	ASTM D3578-05
	Min 18 Mpa	Min 14 Mpa	
Elongación Máxima	Antes del envejecimiento	Después del envejecimiento	ASTM D3578-05
	Min 650%	Min 500%	
Libre agujeros	Ausencia. Gl. AQL 2.5		ASTM D3578-05
Defectos visuales	Ausencia de Pliegues, suciedad, decoloración.		Organoléptico
Límite máximo de polvo para guantes libres de Polvo	máximo 2 mg/guante		ASTM D3578-05
Contenido de Polvo para guantes empolvados	máximo 10 mg/dm²		ASTM D3578-05
Contenido total de proteínas	≤ 150 ug/g		ASTM D3578-05
Pruebas microbiológicas			
Recuento Total de Microorganismos Aerobios (UFC/g)	10², recuento máximo aceptable = 200		USP vigente (Método del Número más probable- NMP)
Prueba para microorganismos específicos			
Salmonella spp. (ufc/g)	Ausencia/g		USP vigente
Staphylococcus aureus (ufc/g)	Ausencia /g		
Escherichia coli (ufc/g)	Ausencia /g		
Pseudomona aeruginosa (ufc/g)	Ausencia /g		
Pruebas de Biocompatibilidad			
Citotoxicidad	No tóxico		ISO 10993-05
Sensibilización	Sin sensibilización		ISO 10993-10
Irritación	Sin Irritación		ISO 10993-10
Toxicidad sistémica	Sin toxicidad sistémica		ISO 10993-11

## 2. Uso del dispositivo médico

Los guantes de látex para examen están destinados a ser utilizados para proteger al personal clínico de la exposición a contaminantes y agentes infecciosos durante procedimientos clínicos o de laboratorio no estériles de todo tipo, excepto cirugía.

## 3. Precauciones, advertencias, cuidados especiales y aclaraciones sobre el uso del dispositivo médico, así como su almacenamiento y transporte

### • Precauciones, restricciones y advertencias:

- No usar si el empaque está abierto o dañado.
- No usar si el producto se encuentra en mal estado y/o vencido.
- De un solo uso.

ALKHOFAR S.A.C.  
Q.F. Melchor Joel Ybarra G.  
DIRECCIÓN 12582

- Reemplazar inmediatamente si están rotos, desgastados o perforados.
- Los guantes no son resistentes al fuego.
- Se deben mantener lejos de chispas, llamas y fuentes de ignición.
- El producto no debe ser utilizado por personas alérgicas al material.
- Si durante el uso, nota una irritación, dermatitis alérgica por el contacto u otro signo de disconformidad, descontinúe su uso inmediatamente y consulte a su médico.

- Aclaraciones sobre el uso:

- Utilizar guantes que se ajusten bien de acuerdo a la medida y recortar las uñas para que el uso sea más efectivo.

- Condiciones de Almacenamiento y transporte

- Los guantes deben almacenarse en un lugar fresco, seco (10°C a 30°C).
- Proteger de los rayos solares.
- En lugares bien ventilados, libres de contaminantes. Lejos de chispas, calor o fuentes de ignición.

#### **4. Forma de presentación del dispositivo médico**

- Caja de cartón conteniendo 100 unidades.

ALKHOFAR S.A.C.  
*Libera*  
Q F Melchor Joel Ybarra G.  
DIRECCIÓN 12582

**ANEXO Nº 03**  
**FORMATO DE COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA OGESS DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

**Referencia: Solicitud de Cotización – PARA LA ADQUISICIÓN DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA “S” PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – OGESS ESPECIALIZADA.**

De mi mayor consideración,

Por medio del presente, en condición de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad las (especificaciones técnicas y/o términos de referencia) proporcionadas por la Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto, me comprometo a su ejecución, cumpliendo con la integridad de las condiciones y plazos establecidos en el requerimiento, adjunto pata tal efecto la siguiente propuesta económica:


ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
01	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	517,477	0.140	72,446.78
<b>TOTAL</b>				72,446.78

<b>GARANTIA</b>	
<b>PLAZO DE ENTREGA:</b>	5 DIAS CALENDARIOS

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 Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto 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 treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Banda de Shilcayo, 18 de junio de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC: 20608134515  
-----  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL  
DISTRIBUIDORA Y  
DROGUERIA SAN LUCAS  
RUC: 20608134515

**ANEXO N° 04**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA OGESS DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

De mi mayor consideración,

**DATOS DEL DECLARANTE:**

<b>Nombres y Apellidos/ Razón Social: KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ / DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS</b>	
<b>DNI: 77296465</b>	<b>RUC: 20608134515</b>
<b>Dirección de notificación: Jr. Venecia 268 – B – Banda de Shilcayo</b>	
<b>Nombre de contacto: KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ</b>	
<b>Telf. Fijo/Móvil: 966867523</b>	<b>Correo Electrónico: drogueriasanlucas2021@gmail.com</b>
<b>Código de Cuenta Interbancario (CCI): 002-550-004200797046-22</b>	<b>Banco: BANCO CREDITO</b>

El que suscribe, al amparo del principio de presunción de veracidad, **DECLARA BAJO JURAMENTO:**

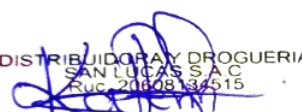
1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, 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 Estado.
5. No tener inhabilitación vigente 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 tener vínculo laboral con otra dependencia de la Ogeess Especializada Hospital II-2 Tarapoto.
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. 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.



10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.
11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco 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.
12. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto, 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.
13. Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto conforme a las condiciones y plazos establecidos.
14. Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
15. Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez perfeccionado el contrato.
16. Conocer que, en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicara automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

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.

Banda de Shilcayo, 18 de junio de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC: 20608134515  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

---

REPRESENTANTE LEGAL  
DISTRIBUIDORA Y  
DROGUERIA SAN LUCAS  
RUC: 20608134515

**ANEXO Nº 05**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORNO Y**  
**ANTICORRUPCIÓN**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA OGESS DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

De mi consideración,

Yo, KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ, identificado con DNI N° 77296465, Representante legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C. con RUC N° 20608134515, domiciliado en Jr. Venecia #268 – B – Banda De Shilcayo, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:

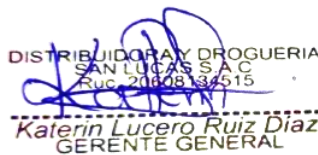
No tener, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refieren los impedimentos señalados en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, el proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución o nulidad del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

Banda de Shilcayo, 18 de junio de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC 20608134515  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL  
DISTRIBUIDORA Y  
DROGUERIA SAN LUCAS  
RUC: 20608134515

**ANEXO N° 06**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA OGESS DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

De mi consideración,

Yo, KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ, identificado con DNI N° 77296465, Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., domiciliado en Jr. Venecia #268 – B – Banda De Shilcayo, en pleno ejercicio de mis derechos declaro **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en el Proyecto Especial de Inversión Pública Escuelas Bicentenario - PEIP EB, con independencia de su régimen laboral o contractual.

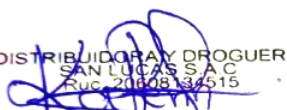
| ☐ SI | ☒ NO |

Que, en el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO O VÍNCULO	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS	CARGO / SERVICIOS QUE BRINDA	Marcar con una "X"	
				CAS, 276 o 728	LOCADOR (TERCERO)

Que, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que, si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, al haber realizado declaración falsa violando el principio de presunción de veracidad, así como en caso de haber incurrido en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente.

Banda de Shilcayo, 18 de junio de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC: 20608134515  
-----  
Katerin Lucero Ruiz Díaz  
GERENTE GENERAL

REPRESENTANTE LEGAL  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS  
RUC: 20608134515

**ANEXO N°07**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E**  
**INCOMPATIBILIDADES**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA OGESS DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

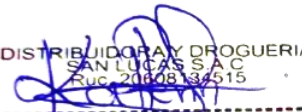
Yo, KATERIN LUCERO RUIZ DÍAZ, identificado con DNI N° 77296465, Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C. con RUC N.º 20608134515 declaro bajo juramento:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N°31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
  - Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
  - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N°31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N°31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUP de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Banda de Shilcayo, 18 de junio de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C.  
RUC 20608134515  
-----  
Katerin Lucero Ruiz Diaz  
GERENTE GENERAL

---

REPRESENTANTE LEGAL

DISTRIBUIDORA Y  
DROGUERIA SAN LUCAS

RUC: 20608134515

**ANEXO Nº 10**  
**FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
**(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA OGESS DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

**Asunto:** Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:

A nombre de:

Nombre del Banco:

Tipo de Cuenta:  Moneda

RUC (Asociado al CCI)

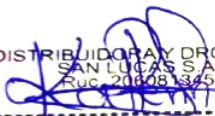
En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado 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 el primer párrafo de la presente.

Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Banda de Shilcayo, 18 de junio de 2024

  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS S.A.C  
RUC 20608134515  
Katerin Lucero Ruiz Díaz  
GERENTE GENERAL

REPRESENTANTE LEGAL  
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA  
SAN LUCAS  
RUC: 20608134515



RUC N° 20608134515

# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

### DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.

Domiciliado en: JR.VENECIA NRO. 268 URB. VENECIA (EX CARRETERA YURIMAGUAS) SAN MARTIN - SAN MARTIN - LA BANDA DE SHILCAYO (Según información declarada en la SUNAT)

**Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:**

---

#### PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 04/11/2021

---

#### PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 04/11/2021

---

**FECHA IMPRESIÓN: 27/03/2024**

#### **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](http://www.rnp.gob.pe) - opción [Verifique su Inscripción.](#)

[Retornar](#)[Imprimir](#)

## Reporte de Ficha RUC

Lima, 24/05/2024

DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.  
20608134515

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	22/06/2021
Fecha de Inicio de Actividades	03/08/2021
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0183 - ITI.SAN MARTIN-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	28/03/2022
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 28/03/2022),BOLETA (desde 28/03/2022)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	DISTRIB. Y DROG. SAN LUCAS SAC
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	4773 - VENTA AL POR MENOR DE OTROS PRODUCTOS NUEVOS EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL/COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	MANUAL/COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	42 - 994460135
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	drogueriasanlucas2021@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Departamento	SAN MARTIN
Provincia	SAN MARTIN
Distrito	LA BANDA DE SHILCAYO
Tipo y Nombre Zona	U.V. VENEZIA

Tipo y Nombre Vía	JR. VENECIA
Nro	268
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	EX CARRETERA DE YURIMAGUAS
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa	
Fecha Inscripción RR.PP	10/03/2021
Número de Partida Registral	11177559
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

Registro de Tributos Afectos				
Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	03/08/2021	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2024	-	-	-

Representantes Legales					
Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 77296465	RUIZ DÍAZ KATERIN LUCERO	GERENTE GENERAL	21/12/1995	10/04/2024	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	PJ. LOS ANGELES 141	SAN MARTIN SAN MARTIN TARAPOTO	22 966867523	drogueriasanlucas2021@gmail.com	

Otras Personas Vinculadas
---------------------------



Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 70420070	CARRANZA SANTA CRUZ LILI JACQUELINE	SOCIO	14/01/1997	25/08/2023	-	99.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
	-	- - -	- -	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 72577394	REÁTEGUI SAAVEDRA CAROLAY MISHIEL	SOCIO	22/02/1994	25/08/2023	-	1.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
	-	- - -	- -	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

**Importante:**

Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: ITI.SAN MARTIN-MEPECO

Fecha: 24/05/2024

Hora: 08:59

Página 4 de 4



---

Jefe del área de Servicios  
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=NxESbA8TVnCzKzL02PFL0M6wZCeOa%2BupzcsWrDYB3PY5tWHYICdssJ7fcUUTmgC%2FS7otgiZ5qXXpqHk2GEf18e459SfE9a%2Fgsk39d1SqChk%3D>



**De:** licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe  
**Enviado el:** martes, 18 de junio de 2024 16:53  
**Para:** 'pharmahl.import@gmail.com'  
**Asunto:** SOLICITUD DE COTIZACION (GUANTES TALLA S)  
**Datos adjuntos:** EE.TT. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.pdf; Anexo N°2- Solicitud de cotizacion-3.pdf; Anexo3.docx; ANEXOS - DECLARACIONES JURADAS 2024.docx

**ESTIMADO PROVEEDOR**

**ASUNTO: SOLICITUD DE COTIZACIÓN "ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**

**PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando las Especificaciones Técnicas (EE.TT), cuyo objeto es la **"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**. Cualquier consulta y/o observación sobre las EETT no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- N° de cotización.
- Fecha de cotización
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de entrega o ejecución en días calendarios.
- Validez de la oferta.
- Garantía y Tiempo de Garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- FICHA RUC Actualizado.
- RNP Actualizado.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.

Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (02) DIAS HÁBILES. SEGÚN DIRECTIVA 01-2024-GRSM/ORA**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente;

**CPC.CRISTIAN ANTONY CACHIQUE GALAN.**

**Especialista en Contrataciones del Estado.**

**OFICINA DE LOGÍSTICA - OGESS ESPECIALIZADA.**

**CEL: 945539693**

**De:** Pharma HL Import <pharmahl.import@gmail.com>  
**Enviado el:** miércoles, 19 de junio de 2024 10:46  
**Para:** licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe  
**Asunto:** Re: SOLICITUD DE COTIZACION (GUANTES TALLA S)  
**Datos adjuntos:** Cotizacion HL\_ 42 -2024.pdf; ANEXOS - DECLARACIONES JURADAS 2024\_HL42.pdf; Guantes-de-latex-para-examen.pdf; CONSTANCIA DEL RNP HL.pdf; BPA Pharma HL Import.pdf; FR HL IMPORT.pdf

Buenos días:  
Por medio del presente correo, se remite la cotización solicitada.

Atentamente

**ADITH PAREDES CHAPIAMA**  
**PHARMA HL IMPORT S.A.C.**

El mar, 18 jun 2024 a las 16:54, <[licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe](mailto:licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe)> escribió:

**ESTIMADO PROVEEDOR**

**ASUNTO: SOLICITUD DE COTIZACIÓN "ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**

**PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando las Especificaciones Técnicas ([EE.TT](#)), cuyo objeto es la **"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**. Cualquier consulta y/o observación sobre las EETT no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- N° de cotización.
- Fecha de cotización
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de entrega o ejecución en días calendarios.
- Validez de la oferta.
- Garantía y Tiempo de Garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- FICHA RUC Actualizado.

- RNP Actualizado.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.

Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (02) DIAS HÁBILES. SEGÚN DIRECTIVA 01-2024-GRSM/ORA**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente;

**CPC.CRISTIAN ANTONY CACHIQUE GALAN.**

**Especialista en Contrataciones del Estado.**

**OFICINA DE LOGÍSTICA - OGESS ESPECIALIZADA.**

**CEL: 945539693**

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	19/06/2024	
2	Cotización		
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE GUANTES PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S PARA ELHOSPITAL II-2 TARAPOTO	
	2.2 Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
	2.3 Monto total cotizado	77,621.55	
2.4 Detallar documentación adjunta, de ser el caso			
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">   Pharma HL import SAC  Adith Paredes Chapiama  Representante Legal </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



Tarapoto, 19 de Junio de 2024

## PHARMA HL IMPORT S.A.C.

### CLIENTE

RAZON SOCIAL	:	OGESS ESPECIALIZADA
RUC	:	20494013453
DIRECCION	:	Angel Delgado Morey N° 530
EMAIL	:	<a href="mailto:logistica@hospitaltarapoto.gob.pe">logistica@hospitaltarapoto.gob.pe</a>

RUC. 20611117249

**COTIZACIÓN**

**HL - 042-2024**

De nuestra especial consideración:

Le hacemos llegar la cotización de acuerdo a las Especificaciones Técnicas solicitadas.

DESCRIPCIÓN	PROCEDENCIA	MARCA	PRESENT	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL
GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S"	NACIONAL	IQ MEDIC	UNIDAD	517,477	S/ 0.15	S/ 77,621.55
						<b>S/ 77,621.55</b>

### DATOS DE COTIZACIÓN

Condición de pago	:	Crédito
Plazo de entrega	:	5 días calendario recibida la O/C
Valides de oferta	:	05 días calendario
GARANTIA	:	12 MESES DESPUES DEL INGRESO AL ALMACEN
VENCIMIENTO	:	MAYOR A 18 MESES
Lugar de entrega	:	Almacén de la unidad ejecutora hospital II de Tarapoto
CUENTA INTERBANK SOLES	:	CCI: 003-750-003005227360-71
		CUENTA: 750-3005227360

Pharma HL import SAC

  
-----  
Adith Paredes Chapiama  
Representante Legal



**GUANTES DE LATEX PARA EXAMEN****Marca IQ MEDIC****DESCRIPCION:**

- Guantes de látex para examen desechables, ambidiestros.
- Vienen sin polvo /empolvados que permiten ponerse rápidamente los guantes.
- Condición biológica: aséptica, hipoalergénico, atóxico.
- Usar y descartar.

**CARACTERISTICAS:**

- Fabricados de látex natural pueden o no contener polvo.
- El látex sirve para protección debido a su alta fuerza y durabilidad.
- Guante elástico, se adapta a la mano.
- Color blanco natural.
- superficie lisa, texturizado en los dedos.
- Viene en diferentes tallas; XS, S, M, L, XL.
- Grosor 0.08 mm.
- Largo 240 mm.
- Presenta buena biocompatibilidad.
- No deben reutilizarse. Usar y descartar.

**INDICACIONES:**

- La función principal al utilizarlos es proteger a quien lo usa contra la contaminación de materiales infecciosos, virus, bacterias, sangre infectada, fluidos del cuerpo. También en la preparación y manipulación de diversos productos.

**PRESENTACION:**

- Caja: 100 guantes/dispensador.

**ALMACENAMIENTO:**

- En lugar fresco y seco.

**PROCEDENCIA:**

- Fabricado en Tailandia.

**ANEXO Nº03**  
**FORMATO DE COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL – OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

**Referencia: Solicitud de Cotización – ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA “S” PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA.**

De mi mayor consideración,

Por medio del presente, en condición de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad las (especificaciones técnicas y/o términos de referencia) proporcionadas por el Gobierno Regional San Martín, me comprometo a su ejecución, cumpliendo con la integridad de las condiciones y plazos establecidos en el requerimiento, adjunto para tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	DESCRIPCION	CANT.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
1	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA “S”	517,477	S/ 0.15	S/ 77,621.55
<b>TOTAL</b>				<b>S/ 77,621.55</b>

<b>GARANTIA</b>	12 meses
<b>PLAZO DE ENTREGA:</b>	05 días

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 el Gobierno Regional San Martín 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 treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por el Gobierno Regional San Martín en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Ciudad, Tarapoto 19 de junio de 2024

Pharma HL import SAC

  
-----  
Adith Paredes Chapiama  
Representante Legal

ADITH PAREDES CHAPIAMA  
RUC: 20611117249

**ANEXO N°04**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR**

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**Presente.** -

De mi mayor consideración,

**DATOS DEL DECLARANTE:**

<b>Nombres y Apellidos/ Razón Social: PHARMA HL IMPORT S.A.C.</b>	
<b>DNI:</b>	<b>RUC: 2061117249</b>
<b>Dirección de notificación: Calle Ernesto Lozano N° 150 – Morales</b>	
<b>Nombre de contacto: Adith Paredes Chapiama</b>	
<b>Telf. Fijo/Móvil: 949 010 620</b>	<b>Correo Electrónico: pharmahl.import@gmail.com</b>
<b>Código de Cuenta Interbancario (CCI): 003-750-003005227360-71</b>	<b>Banco: INTERBANK</b>

El que suscribe, al amparo del principio de presunción de veracidad, **DECLARA BAJO JURAMENTO:**

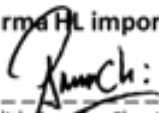
1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, 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 Estado.
5. No tener inhabilitación vigente 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 tener vínculo laboral con otra dependencia de la Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto.
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. 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.
10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.
11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco 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.

- 12.No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto, 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.
- 13.Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la Ogess Especializada Hospital II-2 Tarapoto conforme a las condiciones y plazos establecidos.
- 14.Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
- 15.Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez de perfeccionado el contrato.
- 16.Conocer que, en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicara automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

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, Tarapoto 19 de junio de 2024

Pharma HL import SAC  
  
-----  
Adith Paredes Chapiama  
Representante Legal

Firma

ADITH PAREDES CHAPIAMA

RUC: 20611117249

**ANEXO Nº05**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORNO Y**  
**ANTICORRUPCIÓN**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL – OGESS**  
**ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

De mi consideración,

Yo, ADITH PAREDES CHALPIAMA, identificado con DNI N° 43029545, Representante Legal de PHARMA HL IMPORT S.A.C. identificado con RUC N.º 206611117249, Domicilio en CALLE ERNESTO LOZANO 150 - MORALES – SAN MARTIN, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:

No tener, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refieren los impedimentos señalados en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, el proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución o nulidad del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

Ciudad, Tarapoto 19 de junio de 2024

Pharma HL import SAC  
  
-----  
Adith Paredes Chapiama  
Representante Legal

---

Firma  
ADITH PAREDES CHAPIAMA  
RUC: 20611117249

**ANEXO N°06**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**Presente.** -

De mi consideración,

Yo, ADITH PAREDES CHALPIAMA, identificado con DNI N° 43029545, Representante Legal de PHARMA HL IMPORT S.A.C. identificado con RUC N.º 206611117249, Domicilio en CALLE ERNESTO LOZANO 150 - MORALES – SAN MARTIN, en pleno ejercicio de mis derechos declaro **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en el Proyecto Especial de Inversión Pública Escuelas Bicentenario - PEIP EB, con independencia de su régimen laboral o contractual.

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

Que, en el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO O VÍNCULO	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS	CARGO / SERVICIOS QUE BRINDA	Marcar con una "X"	
				CAS, 276 o 728	LOCADOR (TERCERO)

Que, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que, si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, al haber realizado declaración falsa violando el principio de presunción de veracidad, así como en caso de haber incurrido en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente.

Ciudad, Tarapoto 19 de junio de 2024

Pharma HL import SAC  
  
-----  
Adith Paredes Chapiama  
Representante Legal

ADITH PAREDES CHAPIAMA  
RUC: 20611117249

**ANEXO N°07**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E**  
**INCOMPATIBILIDADES**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL – OGESS**  
**ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

Yo, ADITH PAREDES CHALPIAMA, identificado con DNI N° 43029545, Representante Legal de PHARMA HL IMPORT S.A.C. identificado con RUC N.º 206611117249, Domicilio en CALLE ERNESTO LOZANO 150 - MORALES – SAN MARTIN, declaro bajo juramento:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N°31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
  - Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
  - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N°31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N°31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Ciudad, Tarapoto 19 de junio de 2024

Pharma HL import SAC  
  
-----  
Adith Paredes Chapiama  
Representante Legal

**RUC. 206611117249**

**ANEXO Nº 10**  
**FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
**(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)**

Señores:

**OFICINA DE GESTIÓN DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL – OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

**Asunto:** Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:

A nombre de:

Nombre del Banco:

Tipo de Cuenta:  Moneda

RUC (Asociado al CCI)

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado 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 el primer párrafo de la presente.

Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Ciudad, Tarapoto 19 de junio de 2024

Pharma HL import SAC  
  
-----  
Adith Paredes Chapiama  
Representante Legal

---

ADITH PAREDES CHAPIAMA  
RUC: 20611117249





RUC N° 20611117249

# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

**PHARMA HL IMPORT S.A.C.**

Domiciliado en: JR.ERNESTO LOZANO NRO. 150 SEC. LA PLANICIE SAN MARTIN - SAN MARTIN -  
MORALES (Según información declarada en la SUNAT)

***Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:***

---

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 06/07/2023

---

**FECHA IMPRESIÓN: 12/07/2023**

**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](http://www.rnp.gob.pe) - opción [Verifique su Inscripción.](#)

Retornar

Imprimir

## Reporte de Ficha RUC

Lima, 22/03/2024

PHARMA HL IMPORT S.A.C.  
20611117249

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	09/06/2023
Fecha de Inicio de Actividades	16/06/2023
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0183 - O.Z.SAN MARTIN-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	07/07/2023
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 07/07/2023)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	DROGUERIA PHARMA IMPORT
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	- - -
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	42 - 949010620
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	pharmahl.import@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Departamento	SAN MARTIN
Provincia	SAN MARTIN
Distrito	MORALES
Tipo y Nombre Zona	SEC. LOS ANDES
Tipo y Nombre Vía	JR. LOS ANDES
Nro	557

Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	-
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa	
Fecha Inscripción RR.PP	30/05/2023
Número de Partida Registral	11217198
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

Registro de Tributos Afectos				
Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	16/06/2023	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2024	-	-	-

Representantes Legales					
Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 43029545	PAREDES CHAPIAMA ADITH	GERENTE GENERAL	05/06/1985	30/05/2023	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
		---	--	-	

Otras Personas Vinculadas
---------------------------

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 05710679	LEMONS ORBE HITA	SOCIO	23/03/1972	30/05/2023	-	50.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 43029545	PAREDES CHAPIAMA ADITH	SOCIO	05/06/1985	30/05/2023	-	50.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

**Importante:**


Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: O.Z.SAN MARTIN-MEPECO

Fecha: 22/03/2024

Hora: 13:52

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios  
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteeec/reportecertificado/descarga?doc=vsnBc%2FzenV3vrG8cbOfddQU3QI5PzqerfeVwb7nz%2FA84jV2hgyjWS%2FbhMdFrJv%2FwINR2z%2FzHrfgw8%2B9b6NFWYIUUKPgWHzA43LCLD97n6M0%3D>



**De:** licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe  
**Enviado el:** martes, 18 de junio de 2024 16:49  
**Para:** 'deimedicons@gmail.com'  
**Asunto:** SOLICITUD DE COTIZACION (GUANTES TALLA S)  
**Datos adjuntos:** EE.TT. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.pdf; Anexo N°2- Solicitud de cotizacion-2.pdf; Anexo3.docx; ANEXOS - DECLARACIONES JURADAS 2024.docx

**ESTIMADO PROVEEDOR**

**ASUNTO: SOLICITUD DE COTIZACIÓN "ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**

**PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando las Especificaciones Técnicas (EE.TT), cuyo objeto es la **"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**. Cualquier consulta y/o observación sobre las EETT no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- N° de cotización.
- Fecha de cotización
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de entrega o ejecución en días calendarios.
- Validez de la oferta.
- Garantía y Tiempo de Garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- FICHA RUC Actualizado.
- RNP Actualizado.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.

Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (02) DIAS HÁBILES. SEGÚN DIRECTIVA 01-2024-GRSM/ORA**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente;

**CPC.CRISTIAN ANTONY CACHIQUE GALAN.**

**Especialista en Contrataciones del Estado.**

**OFICINA DE LOGÍSTICA - OGESS ESPECIALIZADA.**

**CEL: 945539693**

**De:** DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C <deimedicons@gmail.com>  
**Enviado el:** martes, 18 de junio de 2024 20:20  
**Para:** licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe  
**Asunto:** Re: SOLICITUD DE COTIZACION (GUANTES TALLA S)  
**Datos adjuntos:** Cotizacion PF-315.pdf; Anexo3.pdf; Anexos OGESS ESPECIALIZADA\_TARAPOTO.pdf; Guantes Empolvados y Libre de Polvo-nitrilo Ficha Técnica.pdf; RNP.pdf; BPA.pdf; FICHA RUC (1).pdf

El mar, 18 jun 2024 a las 16:50, <[licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe](mailto:licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe)> escribió:

**ESTIMADO PROVEEDOR**

**ASUNTO: SOLICITUD DE COTIZACIÓN "ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**

**PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando las Especificaciones Técnicas ([EE.TT](#)), cuyo objeto es la **"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO-OGESS ESPECIALIZADA"**. Cualquier consulta y/o observación sobre las EETT no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- Nº de cotización.
- Fecha de cotización
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de entrega o ejecución en días calendarios.
- Validez de la oferta.
- Garantía y Tiempo de Garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- FICHA RUC Actualizado.
- RNP Actualizado.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.



Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (02) DIAS HÁBILES. SEGÚN DIRECTIVA 01-2024-GRSM/ORA**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente;

**CPC.CRISTIAN ANTONY CACHIQUE GALAN.**

**Especialista en Contrataciones del Estado.**

**OFICINA DE LOGÍSTICA - OGESS ESPECIALIZADA.**

**CEL: 945539693**

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor				
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	18/06/2024		
<b>2</b>	<b>Cotización</b>			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICION DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	77,621.55	
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	FICHA TECNICA Y COTIZACION	
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>			
	<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>			
<b>4</b>	<div align="center">  </div>			
	<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>			

**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



# DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C

RUC:20601057027 | JR. FELIPE YAP 298 - B- MORALES | TEL/CEL: 042-602115

**PROFORMA N° 00315**

Morales, 18 de junio del 2024

## DATOS DEL CLIENTE

**SEÑORES** : OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA DE  
ALCANCE REGIONAL-OGESS ESPECIALIZADA  
**CONDICIÓN DE PAGO** : CREDITO  
**PRECIO** : SIN IGV  
**ATENCIÓN** : AREA DE LOGISTICA  
**VALIDEZ DE LA OFERTA** : 20 DIAS CALENDARIOS  
**PLAZO DE ENTREGA** : 5 DIAS CALENDARIOS  
**GARANTIA** : 1 AÑO

De nuestra consideración, nos es grato presentarle la siguiente cotización.

ITEM	DESCRIPCIÓN	MARCA	CANT.	U.M	P.U	P.TOTAL
1	GUANTE DE EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	ALKHOFAR	517,477	UND	0.150	77,621.55
TOTAL (S/.)						77,621.55


## NOTA:

### LOS PRECIOS SE ADECUAN ALA OFERTA Y DEMANDA\*

De acuerdo con el artículo 54 de la ley N° 29973, ley general de la persona con discapacidad, Nuestra organización es inclusiva y acepta la diversidad, es por ello que tenemos laborando personas con discapacidad. Todo esto acreditada por el ministerio del trabajo y promoción del empleo.

### Soluciones Integrales para la salud.

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C tiene una política de precios autónoma para los productos que comercializa, basada en criterios de mercado y en observancia de la ley y norma.

MEDICONS S.A.C.  
RUC 20601057027  
  
SUSANA PAREDES ISLA  
GERENTE GENERAL

## INFORME TÉCNICO

**Producto:** GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN  
**Marca comercial:** ALKHOFAR®

### **1. Descripción del producto:**

Los guantes de examen son guantes desechables, ambidiestros se usan durante exámenes médicos y procedimientos que ayudan a prevenir la contaminación entre el personal médico y los pacientes.

Los Guantes de látex para examen presentan dos variedades: Libre de Polvo y Empolvados.

### **Características**

#### **A. Guantes de látex para examen:**

Fabricado con látex natural de color natural, de primera calidad. Puede o no contener polvo. Ambidiestros. De un solo uso

De superficie lisa y uniforme.

Guante elástico, de puño largo, que se adapta perfectamente a la mano y no oprime que evita su deslizamiento.

Produce una gran sensación de comodidad.

Hechos de Látex Natural y polvo de almidón de maíz biodegradable.

Material biocompatible.

Especificaciones Técnicas		
Pruebas	Especificaciones	Método
Acabado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Superficie lisa y uniforme</li><li>• No estériles</li><li>• Empolvados o libres de polvo</li><li>• Puño enrollado</li><li>• Color natural de látex</li><li>• Ambidiestros</li></ul>	Organoléptico
Longitud	XS	Min 220 mm
	S	Min 220 mm
	M	Min 230 mm
	L	Min 230 mm
	XL*	Min 240 mm
Ancho	XS	70±10 mm
	S	80±10 mm
	M	95±10 mm
	L	111±10 mm
	XL*	≥110mm
Espesor de palma y dedos (todas las tallas)	min 0.08 mm	ASTM D3578-05 *Para la talla XL, considerar la especificación, según método Propio MTH10-001

ALKHOFAR S.A.C.

Q.F. Melchor Joel Ybarra G.  
DIRECTOR TÉCNICO  
12582



			método Propio MTH10-001
Resistencia a la tracción	Antes del envejecimiento	Después del envejecimiento	ASTM D3578-05
	Min 18 Mpa	Min 14 Mpa	
Elongación Máxima	Antes del envejecimiento	Después del envejecimiento	ASTM D3578-05
	Min 650%	Min 500%	
Libre agujeros	Ausencia. Gl. AQL 2.5		ASTM D3578-05
Defectos visuales	Ausencia de Pliegues, suciedad, decoloración.		Organoléptico
Límite máximo de polvo para guantes libres de Polvo	máximo 2 mg/guante		ASTM D3578-05
Contenido de Polvo para guantes empolvados	máximo 10 mg/dm²		ASTM D3578-05
Contenido total de proteínas	≤ 150 ug/g		ASTM D3578-05
Pruebas microbiológicas			
Recuento Total de Microorganismos Aerobios (UFC/g)	10², recuento máximo aceptable = 200		USP vigente (Método del Número más probable- NMP)
Prueba para microorganismos específicos			
Salmonella spp. (ufc/g)	Ausencia/g		USP vigente
Staphylococcus aureus (ufc/g)	Ausencia /g		
Escherichia coli (ufc/g)	Ausencia /g		
Pseudomona aeruginosa (ufc/g)	Ausencia /g		
Pruebas de Biocompatibilidad			
Citotoxicidad	No tóxico		ISO 10993-05
Sensibilización	Sin sensibilización		ISO 10993-10
Irritación	Sin Irritación		ISO 10993-10
Toxicidad sistémica	Sin toxicidad sistémica		ISO 10993-11

## 2. Uso del dispositivo médico

Los guantes de látex para examen están destinados a ser utilizados para proteger al personal clínico de la exposición a contaminantes y agentes infecciosos durante procedimientos clínicos o de laboratorio no estériles de todo tipo, excepto cirugía.

## 3. Precauciones, advertencias, cuidados especiales y aclaraciones sobre el uso del dispositivo médico, así como su almacenamiento y transporte

### • Precauciones, restricciones y advertencias:

- No usar si el empaque está abierto o dañado.
- No usar si el producto se encuentra en mal estado y/o vencido.
- De un solo uso.

ALKHOFAR S.A.C.  
Q.F. Melchor Joel Ybarra G.  
DIRECCIÓN 12582

- Reemplazar inmediatamente si están rotos, desgastados o perforados.
- Los guantes no son resistentes al fuego.
- Se deben mantener lejos de chispas, llamas y fuentes de ignición.
- El producto no debe ser utilizado por personas alérgicas al material.
- Si durante el uso, nota una irritación, dermatitis alérgica por el contacto u otro signo de disconformidad, descontinúe su uso inmediatamente y consulte a su médico.

- Aclaraciones sobre el uso:

- Utilizar guantes que se ajusten bien de acuerdo a la medida y recortar las uñas para que el uso sea más efectivo.

- Condiciones de Almacenamiento y transporte

- Los guantes deben almacenarse en un lugar fresco, seco (10°C a 30°C).
- Proteger de los rayos solares.
- En lugares bien ventilados, libres de contaminantes. Lejos de chispas, calor o fuentes de ignición.

#### **4. Forma de presentación del dispositivo médico**

- Caja de cartón conteniendo 100 unidades.

ALKHOFAR S.A.C.  
*Libera*  
Q F Melchor Joel Ybarra G.  
DIRECCIÓN 12582

ANEXO N°03

FORMATO DE COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

**Referencia: Solicitud de Cotización – " PARA LA ADQUISICIÓN DE GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S" PARA EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – OGESS ESPECIALIZADA.**

De mi mayor consideración,

Por medio del presente, en condición de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad las (especificaciones técnicas y/o términos de referencia) proporcionadas por la OGESS Especializada, me comprometo a su ejecución, cumpliendo con la integridad de las condiciones y plazos establecidos en el requerimiento, adjunto pata tal efecto la siguiente propuesta económica:

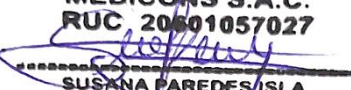
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los impuesto de Ley)
01	GUANTE DE EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	517,477	0.150	77,621.55
TOTAL				77,621.55

<b>GARANTIA</b>	
<b>PLAZO DE ENTREGA:</b>	5 DIAS CALENDARIOS

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 OGESS Especializada 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 treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la OGESS Especializada en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

Morales, 18 de junio de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

**ANEXO N°04**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR**

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

De mi mayor consideración,

**DATOS DEL DECLARANTE:**

<b>Nombres y Apellidos/ Razón Social: SUSANA PAREDES ISLA</b>	
<b>DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C</b>	
<b>DNI: 44333147</b>	<b>RUC: 20601057027</b>
<b>Dirección de notificación: Jr. Felipe Yap # 298 – B – Morales – San Martin – San Martin</b>	
<b>Nombre de contacto: SUSANA PAREDES ISLA</b>	
<b>Telf. Fijo/Móvil: 994 808 913</b>	<b>Correo Electrónico: deimedicons@gmail.com</b>
<b>Código de Cuenta Interbancario (CCI): 00255000267299409229</b>	<b>Banco: BANCO CREDITO</b>

El que suscribe, al amparo del principio de presunción de veracidad, **DECLARA BAJO JURAMENTO:**

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 Estado.
5. No tener inhabilitación vigente 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 tener vínculo laboral con otra dependencia de la OGESS Especializa.
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. 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.
10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.
11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el

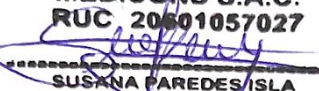


comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.

- 12.No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa del Gobierno Regional San Martín, 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.
- 13.Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la OGESS Especializada, conforme a las condiciones y plazos establecidos.
- 14.Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
- 15.Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez de perfeccionado el contrato.
- 16.Conocer que, en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicara automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

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.

Morales, 18 de junio de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

---

**DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS**  
**S.A.C.**  
**RUC: 20601057027**

**ANEXO N°05**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORN Y  
ANTICORRUPCIÓN**

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente. -**

De mi consideración,

Yo, **SUSANA PAREDES ISLA** identificado con **DNI N° 44333147**, representante legal de **DROGUERIA E IMPORTADORA DROGUERIA MEDICONS** con **RUC N° 20601057027**, domiciliado en : **Jr. Felipe Yap # 298 – B – Morales – San Martin – San Martin**, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:


No tener, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refieren los impedimentos señalados en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, el proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución o nulidad del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

Morales, 18 de junio de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

---

**DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS**  
**S.A.C.**  
**RUC: 206010570227**

ANEXO N°06

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

De mi consideración,

Yo, **SUSANA PAREDES ISLA** identificado con **DNI N° 44333147**, representante legal de **DROGUERIA E IMPORTADORA DROGUERIA MEDICONS** con **RUC N° 20601057027**, domiciliado en : **Jr. Felipe Yap # 298 – B – Morales – San Martin – San Martin**, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en el Proyecto Especial de Inversión Pública Escuelas Bicentenario - PEIP EB, con independencia de su régimen laboral o contractual.


<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI		NO

Que, en el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO O VÍNCULO	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS	CARGO / SERVICIOS QUE BRINDA	Marcar con una "X"	
				CAS, 276 o 728	LOCADOR (TERCERO)

Que, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que, si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, al haber realizado declaración falsa violando el principio de presunción de veracidad, así como en caso de haber incurrido en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente.

Morales, 18 de junio de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
-----  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

**DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS**  
**S.A.C.**  
**RUC: 20601057027**

**ANEXO N°07**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E  
INCOMPATIBILIDADES**

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente. -**

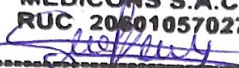
Yo, **SUSANA PAREDES ISLA** identificado con **DNI N° 44333147**, representante legal de **DROGUERIA E IMPORTADORA DROGUERIA MEDICONS** con **RUC N° 20601057027**, domiciliado en : **Jr. Felipe Yap # 298 – B – Morales – San Martin – San Martin**, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N°31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
  - Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
  - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N°31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N°31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Morales, 18 de junio de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
-----  
**SUSANA PAREDES ISLA**  
**GERENTE GENERAL**

---

**DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS**  
**S.A.C.**  
**RUC: 20601057027**

**ANEXO Nº 10**

**FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
**(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)**

Señores:

**OGESS ESPECIALIZADA**

**Presente.** -

**Asunto:** Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:

A nombre de:

Nombre del Banco:

Tipo de Cuenta:  Moneda

RUC (Asociado al CCI)

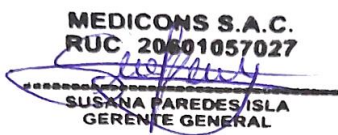
En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado 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 el primer párrafo de la presente.

Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Morales, 18 de junio de 2024

**MEDICONS S.A.C.**  
**RUC 20601057027**  
  
SUSANA PAREDES ISLA  
GERENTE GENERAL

---

**DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS  
S.A.C.**



RUC N° 20601057027

# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

### DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C

Domiciliado en: JIRON FELIPE YAP S/N (CD 2 . MORALES-TARAPOTO) /SAN MARTIN-SAN MARTIN-MORALES (Según información declarada en la SUNAT)

**Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:**

---

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 07/04/2017

---

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 07/04/2017

---

**FECHA IMPRESIÓN: 27/05/2021**

**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](http://www.rnp.gob.pe) - opción [Verifique su Inscripción.](#)

[Retornar](#)[Imprimir](#)

## Reporte de Ficha RUC

Lima, 28/05/2024

**DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C**  
**20601057027**

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	03/03/2016
Fecha de Inicio de Actividades	03/03/2016
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0183 - ITI.SAN MARTIN-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	14/12/2018
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 14/12/2018), (desde 19/12/2018),BOLETA (desde 07/07/2023)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	DROGUERIA MEDICONS S.A.C
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	8129 - OTRAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA DE EDIFICIOS Y DE INSTALACIONES INDUSTRIALES
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	42 - 602115
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	42 - 941160039
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	deimedicons@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Departamento	SAN MARTIN
Provincia	SAN MARTIN
Distrito	MORALES



Tipo y Nombre Zona	URB. MORALES
Tipo y Nombre Vía	JR. FELIPE YAP
Nro	298
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	B
Interior	-
Otras Referencias	PISO 2
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

**Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa**

Fecha Inscripción RR.PP	26/02/2016
Número de Partida Registral	11021643
Tomo/Ficha	0129
Folio	-
Asiento	A00001
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

**Registro de Tributos Afectos**

Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	03/03/2016	-	-	-
RENTA-3RA. CATEGOR.-CTA.PROPIA	01/11/2023	-	-	-
IMP.TEMPORAL A LOS ACTIV.NETOS	01/03/2022	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/01/2017	-	-	-
RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES	01/09/2016	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	01/09/2016	-	-	-
SNP - LEY 19990	01/09/2017	-	-	-

**Representantes Legales**

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 44333147	PAREDES ISLA SUSANA	GERENTE GENERAL	08/05/1987	27/02/2024	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	JR. GUEPI 272	SAN MARTIN SAN MARTIN MORALES	22 994808913	susana_star_2@hotmail.com	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 42155523	MOREY RIVA MARTIN ALEJANDRO	SOCIO	17/12/1983	14/02/2024	-	99.200000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 72969219	PAREDES ISLA VALERI SHANTAL	SOCIO	24/01/2001	03/03/2022	-	0.800000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	DEPOSITO	-	SAN MARTIN SAN MARTIN MORALES	JR. FELIPE YAP 298	ALMACEN PISO 1 NUMERO 296	ALQUILADO	-

**Importante:**

Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: ITI.SAN MARTIN-MEPECO

Fecha: 28/05/2024

Hora: 16:33

Página 4 de 4



---

Jefe del área de Servicios  
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteeec/reportecertificado/descarga?doc=ytApV8GqHjXZnLPr%2F8JtUmd9kOQRt0Z8XOOKFqQ3bEz9bj9yhQuspz2HZL90B4BrIJvD OPLC4aDt430kC%2FkB8gpjFaMW%2Fv2TLWYKx%2FeuAol%3D>





## OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA

### HOSPITAL II-2 TARAPOTO

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

#### NOTA INFORMATIVA N° 0390-2024-OGESSE ESPECIALIZADA-H-II-2-T/SF.

**A :** Med. Ciruj. Manuel Isaac Pérez Kuga  
**Director de Hospital II-2 Tarapoto**

**ATENCIÓN :** C. P. C. Jaime Flores Mera.  
**Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración**  
**OGESS Especializada**

**:** Lic. Adm. José Mauricio Peña Valles.  
**Jefe Oficina de Logística**

**ASUNTO :** **Requerimiento de Adquisición de Dispositivo Médico, en condición de próximo Desabastecimiento**

**REF. :** INFORME TÉCNICO N° 5-2024-OGESS-ESPECIALIZADA-H-II-T/SF

**FECHA :** Tarapoto, 17 de junio del 2024.

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez hacerle llegar el requerimiento de adquisición del Dispositivo Médico, el cual se encuentra en la condición de Desabastecido, se detalla a continuación:

Código SISMED	Código SIGA	Descripción	F. F.	Cantidad
25008	495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S"	UNIDAD	517,477

Por lo expuesto, se solicita a la oficina de Logística, realizar el proceso de adquisición de todas las cantidades solicitadas, para que dichos medicamentos sean utilizados en la atención de pacientes asegurados al seguro integral de salud (SIS), de la OGESS Especializada Hospital II-2 Tarapoto.

Se adjunta requerimiento, Anexo N° 02 Especificación Técnica y Pedido de Compra.

Sin otro particular me suscribo de usted haciendo muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:43:49-0500

ACRA/SF  
LMMP  
c.c Archivo



**ANEXO N°02**  
**FORMATO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Servicio de Farmacia
Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:	C0042. Abastecimiento, distribución y comercialización de medicamentos e insumos.
Denominación de la Contratación:	Adquisición de: <b>DISPOSITIVOS MÉDICOS</b> , para pacientes del seguro integral de salud (SIS), del Hospital II-2 Tarapoto – OGESS Especializada.

**I. FINALIDAD PÚBLICA**

Asegurar la adecuada disponibilidad de: "**DISPOSITIVOS MÉDICOS**", para cubrir la atención de los pacientes que son atendidos por el seguro integral de salud (SIS), del Hospital II-2 Tarapoto – OGESS Especializada.

**II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN**

Abastecer de "**DISPOSITIVO MÉDICOS**" y permitir la atención oportuna a los pacientes que están afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), y que son atendidos en los servicios de Hospitalización, emergencias y consultorios externos, del Hospital II-2 Tarapoto – OGESS Especializada.

**III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:**

Código SIMED	Código SIGA	Descripción	F. F.	Cantidad
23112	495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S"	UNIDAD	517,477

**ITEM N° 001:** GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN TALLA "S".

**CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Denominación Técnica : GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN - TALLA "S"  
Unidad de medida : Unidad  
Descripción general : prenda protectora en forma de funda similar a la mano, sirve como barrera bidireccional entre el personal sanitario y el entorno con el que esta toma contacto a través de las manos, es usado en trabajos de examen o exploración médica, diagnostico, procedimientos médicos y en manipulación de material médico no estéril. Es un dispositivo de un solo uso (descartable).

**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**

**MATERIALES**

Látex natural uso clínico.

**CARACTERÍSTICAS**

- Debe cumplir con los estándares de calidad: ASTM D 3577 o la Norma EN 455-1:2000.
- Diseño ambidiestro que calce cómodamente a la mano.
- De color blanco a blanco amarillento.



- ) Superficie lisa, texturizados en dedos y palmas libre de manchas, decoloraciones, burbujas, granulaciones, rebabas, de grosor uniforme sin pliegues, sin roturas y orificios.
- ) Con polvo lubricante (almidón de maíz grado USP).
- ) No debe perder su permeabilidad ni dilatarse durante su uso.
- ) Debe cubrir parte del antebrazo terminado en un puño con reborde o enrollamiento que ejerza una presión adecuada y evite su deslizamiento

**CONDICION BIOLOGICA**

- ) Aséptico, atóxico e hipo alérgico

**DIMENSIONES**

- ) Medida según la siguiente tabla (ISO: 11193-1:2008)

Características	Valor	Interpretación	Normas Aplicables
Micro Agujero	1.5 AQL	Resistencia a los Microorganismos y virus, barrera califica como eficaz contra los microorganismos.	ISO 2859, AISI/ASTM F1671 u otra norma específica de calidad que se ajuste a las características técnicas referidas

Talla	Longitud (mm)	Ancho (mm)
STANDAR (S)	230 (+/- 10)	(95 +/- 10)

**ENVASE INMEDIATO**

- ) Tipo caja dispensadora de cartón.
- ) Que garantice las propiedades físicas e integridad del producto, condiciones biológicas.
- ) Exento de rebabas y aristas cortantes.
- ) Con señal de fácil dispensación.
- ) Resistente a la manipulación, transporte y almacenaje en los diferentes climas de país.

**PRESENTACIÓN:**

- ) Caja de cartón tipo dispensadora conteniendo 100 unidades

**CONDICIÓN DE ALMACENAMIENTO:**

- ) No conservar a temperaturas superiores a 25 °C.

**VIDA UTIL:**

- ) No menor a 18 meses con compromiso de canje

**IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)**

Lo señalado, corresponde a los requisitos del proveedor.

**V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)**

No Corresponde.

**VI. GARANTÍA COMERCIAL**

- ) La garantía comercial mínima por defectos de fabricación de dichos bienes debe ser de 12 meses, siendo que dicho plazo debe contarse a partir de la fecha de la conformidad de la recepción de los bienes, a ser otorgada por el área usuaria y almacén.
- ) Cabe mencionar que dicha garantía comercial debe ser de asumida única y exclusivamente por el proveedor seleccionado para la atención de dichos bienes.

**VII. MUESTRAS**

Si corresponde



<b>VIII. PRESTACIONES ACCESORIAS (De corresponder)</b>	
No Corresponde	
<b>IX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR</b>	
<input type="checkbox"/>	Copia de Autorización Sanitaria de Funcionamiento como Establecimiento Farmacéutico vigente.
<input type="checkbox"/>	Copia del Certificado vigente de Buenas Prácticas de Almacenamiento.
<input type="checkbox"/>	Copia Protocolo de Análisis de Producto terminado vigente (Certificado de Análisis emitidos por los fabricantes con la información que éstos declaren en el mismo y en sus propios formatos, además deberá contener el refrendo (nombre, firma y sello) del director técnico del Postor).
<input type="checkbox"/>	Copia del Registro Sanitario del producto vigente.
<b>X. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN</b>	
<p><b>LUGAR:</b> Los bienes materia de la presente especificación técnica, serán entregados en el almacén de medicamentos del Servicio de Farmacia, de la OGESS Especializada Hospital II-2 Tarapoto, en la ciudad de Tarapoto, provincia de San Martín, Departamento de San Martín, ubicada en el Jirón Ángel Delgado Morey N° 503 (ingreso por la puerta número 4), cumpliendo con el plazo establecido por el proveedor.</p> <p><b>PLAZO:</b> La entrega de los bienes, se efectúan en los cinco (05) días calendarios, contabilizados desde el día siguiente de la suscripción del contrato.</p>	
<b>XI. CONFORMIDAD</b>	
Los órganos y/o unidades orgánicas responsables de otorgar la conformidad son:	
<input type="checkbox"/>	Servicio de Farmacia.
<b>XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO</b>	
El pago se realizará en una sola armada a la entrega total de los bienes y previa conformidad por parte del área usuaria. Deberá presentar la siguiente documentación:	
<input type="checkbox"/>	Guía de Remisión
<input type="checkbox"/>	Comprobante de pago.
<input type="checkbox"/>	Carta de cuenta interbancaria.
<input type="checkbox"/>	Acta de recepción de almacén.
<input type="checkbox"/>	Acta de conformidad, emitida por el almacén especializado.
<input type="checkbox"/>	Declaración Jurada del cumplimiento de las especificaciones técnicas.
<input type="checkbox"/>	Estar habilitado para contratar con el estado.
<b>XIII. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR</b>	
El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.	
<b>XIV. PENALIDADES POR MORA</b>	
<p><u>Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:</u></p> <p>En caso de retraso injustificado del proveedor en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:</p> <p>Penalidad diaria = <math>0.10 \times \text{monto}</math></p> <p style="text-align: center;">F x plazo en días</p> <p>Donde F tiene los siguientes valores:</p> <p>a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40.</p> <p>b) Para plazos mayores a sesenta (60) días</p> <p>b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25.</p> <p>b.2) Para obras: F = 0.15. Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.</p>	





Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.  
Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo

**XV. OTRO TIPO DE PENALIDADES (De Corresponder)**

No corresponde.

**XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL**

Cualquiera de las partes puede resolver, total o parcialmente el contrato, en los siguientes supuestos:

- Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible a la parte que incumple.
- Cuando el contratista paralice o reduzca injustificadamente la ejecución de la prestación, pese a haber sido requerido para corregir tal situación.
- Cuando el contratista acumule el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- Caso fortuito, fuerza mayor o por hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato no imputable a las partes, que imposibilite de manera definitiva la continuación del contrato.
- Por acuerdo entre las partes, siempre que la Entidad o el contratista justifiquen las causas que imposibilitan continuar con la ejecución de las prestaciones.

En los supuestos de los literales a) y b), la Oficina de Logística notificará carta simple al correo electrónico consignado por el contratista, requiriéndole que cumpla con ejecutar sus obligaciones en un plazo no mayor de cinco (5) días calendarios, si vencido dicho plazo el incumplimiento persiste, la Dirección de Planificación, Gestión Financiera y Administración comunicará electrónicamente al contratista la decisión de resolver el contrato.

Para el supuesto del literal c), la Oficina de Logística comunicará mediante carta simple al contratista la decisión de resolver el contrato. La comunicación se realiza al correo electrónico consignado por el contratista.

En caso de los supuestos del literal d) y e), la Dirección de Planificación, Gestión Financiera y Administración dará por resuelto el contrato, según lo informado y sustentado por el área usuaria y comunicará electrónicamente al contratista cuando corresponda. De no existir sustento devolverá el expediente.

Las notificaciones electrónicas efectuadas por la Entidad se entienden validas, desde el día siguiente de su notificación al correo electrónico consignado por el contratista. Todo cambio en la dirección electrónica del contratista, debe ser comunicado oportunamente, bajo su responsabilidad.

En caso se opte por la resolución del contrato, corresponderá evaluar el costo beneficio de su aplicación. En caso la resolución cause perjuicio a la Entidad corresponderá solicitar su indemnización, debiendo cuantificarse el daño.

De verificarse el incumplimiento de la cláusula anticorrupción, la Entidad tiene el derecho de resolver automáticamente la orden o contrato, para tal efecto la Dirección de Planificación, Gestión Financiera y Administración, comunicará al contratista que se ha producido dicha resolución, sin perjuicio de las acciones administrativas y legales que correspondan.

**XVII. SANCIONES**

EL PROVEEDOR se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, siendo aplicable lo previsto en el artículo 50 del TUO de la LEY.

**XVIII. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN**

EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración,





apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato. Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

#### **XIX. APLICACIÓN SUPLETORIA**

La Entidad aplica de manera supletoria [Definir la norma de aplicación, por ejemplo, el Código Civil], siempre que no se contradiga con las disposiciones establecidas en los Términos de Referencia.

#### **XX. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

En caso sea necesario que el proveedor realice alguna gestión en las oficinas de la Entidad, la Entidad debe indicar que protocolos sanitarios debe cumplir de acuerdo a la normatividad vigente y disposiciones particulares propias de la Entidad.

#### **XXI. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación son resueltos mediante trato directo, conciliación y/o acción judicial.



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:41:33-0500



PEDIDO DE COMPRA N° 000972


UNIDAD EJECUTORA : 404 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001400

Tipo Uso : Consumo


Dirección Solicitante : SERVICIO DE FARMACIA  
Entregar a Sr(a) : RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN  
Fecha : 17/06/2024  
Actividad Operativa : E2085 1001-5004424-3324412- VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVALENTES E INMUNOPREVENIB  
Motivo : ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, PARA PACIENTES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO - OGESSE ESPECIALIZADA.

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0108	20	004	0005	1001	3000001	5004424

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495700280012	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	2.3. 1 8. 2 1	222,290.00	UNIDAD

  
Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:39:42-0500

Firma del Solicitante

  
Firmado digitalmente por:  
PEREZ KUGA Manuel Isaac FAU  
20531375808 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 11:27:08-0500  
Cargo: DIRECTOR DEL HOSPITAL II-2  
TARAPOTO

Firma Autorizada



Firmado digitalmente por:  
COSAVALENTE VELA MERLITH FIR  
01146054 hard  
Motivo: DOY V B  
Fecha: 17/06/2024 09:46:29-0500



PEDIDO DE COMPRA Nº 000971

UNIDAD EJECUTORA : 404 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001400

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : SERVICIO DE FARMACIA  
Entregar a Sr(a) : RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN  
Fecha : 17/06/2024  
Actividad Operativa : E0357 0018-5000110-5001205-CONTROL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATAS POR PERSONAS  
Motivo : ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, PARA PACIENTES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO - OGGESS ESPECIALIZADA.

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0035	20	044	0097	0018	3000012	5000110

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495700280012	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	2.3. 1 8. 2 1	115,687.00	UNIDAD



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:40:07-0500

Firma del Solicitante



Firmado digitalmente por:  
PEREZ KUGA Manuel Isaac FAU  
20531375808 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 11:27:31-0500  
Cargo: DIRECTOR DEL HOSPITAL II-2  
TARAPOTO

Firma Autorizada



Firmado digitalmente por:  
COSAVALENTE VELA MERLITH FIR  
01146054 hard  
Motivo: DOY V B  
Fecha: 17/06/2024 09:46:52-0500



PEDIDO DE COMPRA N°

000970

UNIDAD EJECUTORA : 404 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001400

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : SERVICIO DE FARMACIA  
Entregar a Sr(a) : RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN  
Fecha : 17/06/2024  
Actividad Operativa : E0756 0104-5005903-5005903-ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA  
Motivo : ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, PARA PACIENTES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO - OGESS ESPECIALIZADA.

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0090	20	044	0097	0104	3000686	5005903

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
495700280012	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	2.3. 1 8. 2 1	179,500.00	UNIDAD



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:40:30-0500

Firma del Solicitante



Firmado digitalmente por:  
PEREZ KUGA Manuel Isaac FAU  
20531375808 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 11:27:49-0500  
Cargo: DIRECTOR DEL HOSPITAL II-2  
TARAPOTO

Firma Autorizada



Firmado digitalmente por:  
COSAVALLENTE VELA MERLITH FIR  
01146054 hard  
Motivo: DOY V B  
Fecha: 17/06/2024 09:47:16-0500



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000668

UNIDAD EJECUTORA : 404 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ES  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001400

Centro de Costo: 2.1.03.01 SERVICIO DE FARMACIA  
Fecha de Solicitud: 17/06/2024

ÍTEM			CANTIDAD Y/O VALORES			
Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
495700280012	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	Unidad	0.00	0.00	61.00	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 DISPOSITIVOS MÉDICOS, PARA PACIENTES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO - OGESS ESPECIALIZADA.  
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:



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:40:51-0500

Firma: Responsable del Área Usuaria



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000667

UNIDAD EJECUTORA : 404 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL-OGESS ES  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001400

Centro de Costo: 2.1.03.01 SERVICIO DE FARMACIA  
Fecha de Solicitud: 17/06/2024

ÍTEM			CANTIDAD Y/O VALORES			
Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
495700280012	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	Unidad	0.00	0.00	517,416.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS PARA PACIENTES DEL SEGURO (SIS) DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO - OGESS ESPECIALIZADA.  
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:



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:41:09-0500

Firma: Responsable del Área Usuaria



**INFORME N° 006-2024-OGESSESPECIALIZADA-H-II-2-T/SF-ACRA**

**A :** Med. Ciruj. Manuel Isaac Pérez Kuga.  
Director Hospital II-2 Tarapoto

**DE :** Q. F. Ángel Christian Ramírez Arana.  
Jefe del Servicio de Farmacia

**ASUNTO :** Requerimiento de Dispositivos Médicos Desabastecidos,  
incluidos en la compra corporativa Sectorial 2023-2024.

**REF. :** OFICIO N° D000499-2024-CENARES-MINSA.

**FECHA :** Tarapoto, 17 de junio del 2024.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez informarle que a la fecha se cuenta con 225,300 unidades del Dispositivo Médico: **GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S"**, que se encuentra en riesgo de Desabastecimiento, los mismos que se encuentran en el proceso de abastecimiento de la compra corporativa sectorial para el periodo 2023 – 2024, para ser adquiridos por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud; asimismo, CENARES, ha informado de acuerdo al documento de la referencia que aún no es posible que nos realice la requerida distribución debido al incumplimiento de entrega por parte de contratista en el mes 03 y mes 04, respectivamente, por lo que se requiere su pronto abastecimiento para lo cual se remite el presente informe:

**I. ANTECEDENTES:**

- 1.1. Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022.
- 1.2. Resolución Ministerial N° 116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED.
- 1.3. Directiva Administrativa N° 299-MINSA-2021/CENARES, se establece la disposición para la solicitud de recursos estratégicos en salud y el uso de recursos destinados a su adquisición y distribución, a favor de los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), en el marco del aseguramiento universal en salud.
- 1.4. Con fecha 30 de abril del 2024, mediante **OFICIO N° D000499-2024-CENARES-MINSA**, remite documento dirigido a la Dirección Regional de Salud San Martín, denominado: Estado Situacional del Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud en la regional San Martín, correspondiente al proceso de abastecimiento periodo 2023 – 2024, respectivamente.



## II. ANALISIS:

- 2.1. De acuerdo al análisis y situación de la Disponibilidad de los Dispositivos Médicos: **GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S"**, se han identificado que se cuenta con 225,300 unidades, los mismos que se encuentran en el riesgo de próximo Desabastecimiento, incluidos en la compra corporativa sectorial a cargo de CENARES, por lo que se ha procedido a realizar la solicitud de abastecimiento oportuno.
- 2.2. De acuerdo a la comunicación de CENARES, mediante OFICIO N° D000499-2024-CENARES-MINSA, de fecha 30 de abril del 2024, estos productos no podrán ingresar a nuestro almacén de medicamentos, en los plazos programados por las razones que se detallan en el Anexo N° 01, por lo que esto conlleva a una situación crítica de Desabastecimiento.
- 2.3. Ante esta situación, se ha determinado las cantidades necesarias para cubrir el periodo que CENARES proyecta el ingreso de los Dispositivos Médicos a nuestro almacén de medicamentos, siendo necesario gestionar inmediatamente los recursos y la compra institucional de estos productos en las cantidades que se detallan en el Anexo N° 01.

## III. CONCLUSIONES:

- 3.1. De acuerdo al análisis realizado de los productos incluidos en la compra corporativa sectorial de abastecimiento del periodo 2023 – 2024, se han identificado al Dispositivos Médico: **GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S"**, los mismos que se encuentran en riesgo de próximo Desabastecimiento.
- 3.2. En virtud a la comunicación efectuada pro CENARES, respecto a la situación de los productos de la compra corporativa para el abastecimiento 2023 – 2024, se hace necesario la adquisición institucional de los Dispositivos Médicos: **GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA "S"**, productos que se encuentran en riesgo de próximo Desabastecimiento, para lo cual es necesario que se habiliten los recursos financieros, a fin de que se adquieran las cantidades detalladas en el Anexo N° 01, para garantizar la disponibilidad de estos productos, para la atención de las personas que acuden al Hospital II-2 Tarapoto, en el marco de lo establecido en el numeral 6.3.5 de la Directiva Administrativa N° 249-MINSA-2018; "Gestión del Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED.

## IV. RECOMENDACIONES:

- 4.1. Se recomienda a la Dirección del Hospital II-2 Tarapoto, realizar la gestión ante la Dirección de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Especializada de Alcance Regional, a fin de que se disponga, la adquisición institucional de los productos que se detallan en el Anexo N° 01, que se encuentran en riesgo de





Desabastecimiento, en el marco de lo establecido en el numeral 6.3.5 de la Directiva Administrativa N° 249-MINSA-2018; "Gestión del Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED, así como también se asignen los recursos financieros necesarios para tal fin

- 4.2. Se recomienda que, ante la compra de los referidos productos, se haga de conocimiento a CENARES, lo efectuado, a fin de evitar superposición de acciones de abastecimiento de los mismos productos.

Agradeciendo la atención del presente, me despido de usted.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:42:01-0500

ACRA/SF  
LMMP  
c.c Archivo





## OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA

### HOSPITAL II-2 TARAPOTO

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

#### ANEXO N° 01.

#### **REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS IDENTIFICADOS CON RIESGO DE PROXIMO DESABASTECIMIENTO, INCLUIDOS EN LA COMPRA CORPORATIVA SECTORIAL PARA EL ABASTECIMIENTO DEL PERIODO 2023 – 2024.**

Código SISMED	Nombre del Producto	U. M.	Cantidad Requerida	Periodo de Abastecimiento (incluye stock de seguridad en meses)	Nivel de Disponibilidad Actual	Fecha de Ingreso estimado o plazos indicados según CENARES
25008	GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN TALL S	UNIDAD	517,477	6 meses	SUBSTOCK	NOVIEMBRE 2024

El presente requerimiento de compra, beneficiara a toda la población que acuda al Hospital II-2 Tarapoto, siendo la fuente de financiamiento, según corresponda: Donaciones y Transferencias (DyT) y/o Recursos Directamente Recaudados (RDR).



Firmado digitalmente por:  
RAMIREZ ARANA ANGEL CHRISTIAN FIR  
44092440 hard  
Motivo: SOY EL AUTOR DEL DOCUMENTO  
Fecha: 17/06/2024 09:42:20-0500

