

| FORMATO N°11  |  |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
|---|--|---|----------------------|--|--|--|---------------------------|----------------------|----------------------------|---|------------|-----------|----------|--|--|--|-----|---------------------|---|--|-----|--------------|---|--|-----|--------------------------------|---|--|----------|-------------------------------|--|--|-----|-------------|---|--|-------------------------------------|--|-------------------|--|
| <b>ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:</b><br><b>CONTRATACIÓN DIRECTA N° 003-2024-HEP-MINSA</b><br><b>"CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO AXIAL COMPUTARIZADO MARCA: CANON, MODELO: TSX-303B"</b> |  |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>1</b>  | <b>NÚMERO DE ACTA</b>  | 001-CD N° 003-2024-HEP/MINSA  |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>2</b>  | <b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b><br>En, la Victoria, a los 23 días del mes de abril del año 2024, a las 15:00 horas en los ambientes de la Oficina de Logística, con la presencia de CPC Jessie Sanchez Llerena como representante del Órgano Encargado de las Contrataciones en su calidad de Jefa de la Oficina de Logística, encargada de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de Contratación Directa N° 003-2024-HEP/MINSA, cuyo objeto de convocatoria es la "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO AXIAL COMPUTARIZADO MARCA: CANON, MODELO: TSX-303B", a fin de efectuar la ADMISIÓN y CALIFICACIÓN DE LA OFERTA presentada por la empresa CYMED MEDICAL SAC.   |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>3</b>  | <b>DETALLE DEL PARTICIPANTE INVITADO</b><br>De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N°</th> <th style="width: 60%;">Nombre o razón social del participante</th> <th style="width: 35%;">RUC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>CYMED MEDICAL SAC</td> <td style="text-align: center;">20263368992</td> </tr> </tbody> </table>  |   |                      |  | N°   | Nombre o razón social del participante         | RUC                       | 1                    | CYMED MEDICAL SAC          | 20263368992   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| N°  | Nombre o razón social del participante   | RUC   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| 1   | CYMED MEDICAL SAC  | 20263368992   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>4</b>  | <b>DETALLE DEL PATICIPANTE</b><br>Dentro de la fecha prevista para la admisión y calificación de ofertas en el cronograma del procedimiento, el Órgano Encargado de las Contrataciones realiza la apertura de la oferta presentada en forma física antes mesa de partes de la Entidad. Evidenciandose la presentación de su oferta, de acuerdo al siguiente detalle <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N°</th> <th style="width: 60%;">Nombre o razón social del participante</th> <th style="width: 15%;">Fecha de presentación</th> <th style="width: 20%;">Hora de presentación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>CYMED MEDICAL SAC</td> <td style="text-align: center;">23/04/2024</td> <td style="text-align: center;">11:28:00</td> </tr> </tbody> </table>   |   |                      |  | N°   | Nombre o razón social del participante         | Fecha de presentación     | Hora de presentación | 1                          | CYMED MEDICAL SAC   | 23/04/2024 | 11:28:00  |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| N°  | Nombre o razón social del participante   | Fecha de presentación   | Hora de presentación |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| 1   | CYMED MEDICAL SAC  | 23/04/2024  | 11:28:00             |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>5</b>  | Acto seguido, se procede a la revisión de la oferta, a fin de verificar la presentación de los documentos requeridos y determinar si la oferta responde a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas previstas en las bases, para lo cual se solicita el apoyo técnico a la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento (área usuaria).  |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>6</b>  | <b>DETALLE DE LA OFERTA ADMITIDA</b><br>De acuerdo con la revisión efectuada en apoyo con el área usuaria, la oferta es admitida por lo que se procederá con su evaluación: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N°</th> <th style="width: 50%;">Nombre o razón social del participante</th> <th style="width: 45%;">Item(s) a los que postula</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>CYMED MEDICAL SAC</td> <td style="text-align: center;">CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO AXIAL COMPUTARIZADO MARCA: CANON, MODELO: TSX-303B</td> </tr> </tbody> </table>  |   |                      |  | N°   | Nombre o razón social del participante         | Item(s) a los que postula | 1                    | CYMED MEDICAL SAC          | CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO AXIAL COMPUTARIZADO MARCA: CANON, MODELO: TSX-303B |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| N°  | Nombre o razón social del participante   | Item(s) a los que postula   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| 1   | CYMED MEDICAL SAC  | CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO AXIAL COMPUTARIZADO MARCA: CANON, MODELO: TSX-303B |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>7</b>  | <b>CALIFICACIÓN</b><br>Luego de culminada la evaluación, el Órgano Encargado de las Contrataciones determinó si el postor que obtuvo el primer y segundo lugar según el orden de prelación cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="width: 45%;">11.1 NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PARTICIPANTE N° 1</th> <th colspan="2" style="width: 55%;">CYMED MEDICAL SAC</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</th> <th style="width: 15%;">CUMPLE</th> <th style="width: 15%;">NO CUMPLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><b>A</b></td> <td style="text-align: left;"><b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A.1</td> <td>FORMACIÓN ACADÉMICA</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A.2</td> <td>CAPACITACIÓN</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A.3</td> <td>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td style="text-align: left;"><b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B.1</td> <td>FACTURACIÓN</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>CALIFICADA</b></td> </tr> </tbody> </table> |   |                      |  | 11.1 NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PARTICIPANTE N° 1 |  | CYMED MEDICAL SAC         |                      | REQUISITOS DE CALIFICACIÓN |   | CUMPLE     | NO CUMPLE | <b>A</b> | <b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b> |  |  | A.1 | FORMACIÓN ACADÉMICA | X |  | A.2 | CAPACITACIÓN | X |  | A.3 | EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE | X |  | <b>B</b> | <b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b> |  |  | B.1 | FACTURACIÓN | X |  | <b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b> |  | <b>CALIFICADA</b> |  |
| 11.1 NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PARTICIPANTE N° 1  |  | CYMED MEDICAL SAC   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| REQUISITOS DE CALIFICACIÓN  |  | CUMPLE  | NO CUMPLE            |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>A</b>  | <b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>   |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| A.1   | FORMACIÓN ACADÉMICA  | X   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| A.2   | CAPACITACIÓN   | X   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| A.3   | EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE   | X   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>B</b>  | <b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>  |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| B.1   | FACTURACIÓN  | X   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>   |  | <b>CALIFICADA</b>   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>8</b>  | <b>RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN</b><br>De acuerdo a la calificación realizada, el postor cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N°</th> <th style="width: 95%;">NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PARTICIPANTE GANADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>CYMED MEDICAL SAC</td> </tr> </tbody> </table>   |   |                      |  | N°   | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PARTICIPANTE GANADOR | 1                         | CYMED MEDICAL SAC    |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| N°  | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PARTICIPANTE GANADOR   |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| 1   | CYMED MEDICAL SAC  |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>9</b>  | <b>ACUERDO ADOPTADO</b><br>El representante del Órgano de las Contrataciones del Estado, da por aprobado el resultado de la evaluación de las ofertas y calificación, de acuerdo con el análisis efectuado y a los cuadros de Evaluación de Ofertas adjunto que forman parte del Acta.   |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |
| <b>10</b>   | <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>CPC JESSIE MARIA SANCHEZ LLERENA</b><br/>           JEFA DE LA OFICINA DE LOGISTICA<br/>           Matricula N° 40855         </div> <div style="margin-left: 20px;"> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b> </div>   |   |                      |  |  |  |                           |                      |                            |   |            |           |          |  |  |  |     |                     |   |  |     |              |   |  |     |                                |   |  |          |                               |  |  |     |             |   |  |                                     |  |                   |  |



*"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"*  
*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Avacucho"*

ESTADO

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS  
Oficina de Servicio General de Mantenimiento

Ing. Jorge L. Becerra Noblecilla  
JEFE

| Postor            | Orden de Prelación | REQUISITOS DE CALIFICACIÓN  |   |   | ESTADO   |            |
|-------------------|--------------------|---|---|---|--|------------|
|                   |                    | CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL   |   | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD   |  |            |
|                   |                    | <b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b><br><b>Requisitos</b><br>•Un ingeniero especialista (electrónico) con el grado titulado (colegiado).  | <b>CAPACITACIÓN:</b><br>• Debe presentar certificados de capacitación técnica por fábrica o representante nacional en tomógrafos CANON y/o equipos similares de la marca CANON que acredite como mínimo 90 horas lectivas de capacitación. Debe contar con Licencia IPEN vigente.   | <b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE:</b><br>• Cuatro años como mínimo en el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos iguales o similares al objeto de la contratación como Servicio de mantenimiento de equipos de diagnóstico por imágenes (Rayos X Estacionario Digital, Rayos X Digital Rodable, Mamógrafo, Rayos X con Fluoroscopia, Equipo de Rayox X Arco en C, etc.) | <b>Requisitos:</b><br><br>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a <b>S/ 1'200,000.00 (Un Millón Doscientos Mil con 00/100 soles)</b> , por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.<br><br>Se consideran bienes similares a los siguientes: <b>Servicio de mantenimiento de equipos de diagnóstico por imágenes (Rayos X Estacionario Digital, Rayos X Digital Rodable, Mamógrafo, Rayos X con Fluoroscopia, Equipo de Rayox X Arco en C)</b> |            |
| CYMED MEDICAL SAC | 1º                 | <b>CUMPLE</b><br><br>Oferta como personal clave a:<br><b>Ing. Nino Paul Bravo Cubas</b><br>Folio Nro. 36-37 (Título); Folio Nro. 38 (Colegiatura); Folio Nro. 40 (Habilidad)<br><b>Ing. Ernesto Richard Marin Pisco</b><br>Folio Nro. 74-75 (Título); Folio Nro. 76 (Colegiatura); Folio Nro. 78 (Habilidad)<br><b>Ing. Erick Cristian Vega Huaman</b><br>Folio Nro. 92 (Título); Folio Nro. 95-96 (Colegiatura); Folio Nro. 97 (Habilidad)<br><b>Ing. Nilo Giovanni Toro Tiznado</b><br>Folio Nro. 139-140 (Título); Folio Nro. 142 (Colegiatura); Folio Nro. 141 (Habilidad)<br><b>Ing. Ronald Cristhiam Chavez Campos</b><br>Folio Nro. 166-167 (Título); Folio Nro. 168 (Colegiatura); Folio Nro. 170 (Habilidad) | <b>CUMPLE</b><br><br><b>Ing. Nino Paul Bravo Cubas</b><br>Folio Nro. 43-71<br><b>Ing. Ernesto Richard Marin Pisco</b><br>Folio Nro. 80-89<br><b>Ing. Erick Cristian Vega Huaman</b><br>Folio Nro. 110-136<br><b>Ing. Nilo Giovanni Toro Tiznado</b><br>Folio Nro. 152-163<br><b>Ing. Ronald Cristhiam Chavez Campos</b><br>Folio Nro. 177-182 | <b>CUMPLE</b><br><br><b>Ing. Nino Paul Bravo Cubas</b><br>Folio Nro. 72<br><b>Ing. Ernesto Richard Marin Pisco</b><br>Folio Nro. 90<br><b>Ing. Erick Cristian Vega Huaman</b><br>Folio Nro. 101-109, 137<br><b>Ing. Nilo Giovanni Toro Tiznado</b><br>Folio Nro.148, 149, 151, 164<br><b>Ing. Ronald Cristhiam Chavez Campos</b><br>Folio Nro. 172, 173, 176, 183                 | <b>CUMPLE</b><br><br>Presenta experiencia por un total de S/ 3,987,013.73<br>Folio Nro. 185-245  | CALIFICADO |

FORMATO N° 22

ACTA DE OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO:  
CONTRATACIÓN DIRECTA N° 003-2024-HEP-MINSA

“CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO  
AXIAL COMPUTARIZADO MARCA: CANON, MODELO: TSX-303B”

|  |  |                              |  |                  |                   |               |
|--|--|------------------------------|--|------------------|-------------------|---------------|
| 1  | NÚMERO DE ACTA   | 002-CD N° 003-2024-HEP/MINSA |  |                  |                   |               |
| 2  | <b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b><br>En, La Victoria, a los 23 días del mes de abril del año 2024, en los ambientes de la Oficina de Logística, a las 14:00 horas, CPC Jessie Sánchez Llerena como representante del Órgano Encargado de las Contrataciones en su calidad de Jefa de la Oficina de Logística, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de <b>CONTRATACIÓN DIRECTA N° 003-2024-HEP-MINSA</b> , cuyo objeto de convocatoria es la " <b>CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO AXIAL COMPUTARIZADO MARCA: CANON, MODELO: TSX-303B</b> ", a fin de OTORGAR LA BUENA PRO. |                              |  |                  |                   |               |
| 3  | <b>OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO</b><br>De acuerdo con los resultados de la calificación, el postor ganador de la buena pro es: <table><tr><td>Nombre o razón social del postor ganador</td><td>Monto adjudicado</td></tr><tr><td>CYMED MEDICAL SAC</td><td>S/ 715,656.40</td></tr></table>   |                              | Nombre o razón social del postor ganador | Monto adjudicado | CYMED MEDICAL SAC | S/ 715,656.40 |
| Nombre o razón social del postor ganador | Monto adjudicado   |                              |  |                  |                   |               |
| CYMED MEDICAL SAC                        | S/ 715,656.40  |                              |  |                  |                   |               |
| 4  | <b>BASE LEGAL</b><br>Artículo 63. Notificación del otorgamiento de la buena pro.<br>El otorgamiento de la buena pro se publica y se entiende notificado a través del SEACE, el mismo día de su realización, bajo responsabilidad del comité de selección u órgano encargado de las contrataciones, debiendo incluir el acta de otorgamiento de la buena pro y el cuadro comparativo, detallando los resultados de la calificación y evaluación.  |                              |  |                  |                   |               |
| 5  | <b>ACUERDO ADOPTADO</b><br>La representante del Órgano Encargado de las Contrataciones, otorga la buena pro al postor CYMED MEDICAL SAC.   |                              |  |                  |                   |               |
| 6  | <div>MINISTERIO DE SALUD<br/>HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS<br/><br/>CPC. JESSIE MARÍA SÁNCHEZ LLERENA<br/>JEFA DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA<br/>Matrícula N° 40855</div> <div>REPRESENTANTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</div>  |                              |  |                  |                   |               |