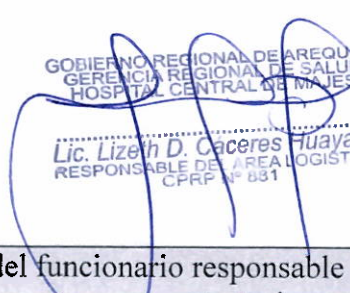


Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios						
1	Datos del documento	Número de informe		01- COMPER 01 -2023		
		Fecha de informe		16/03/2023		
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESION DE USO			
3	Antecedentes					
	<p>Con fecha 21 de setiembre del presente mediante INFORME N° 082-2023-GRA/GRS/GR-HCM-D-LAB la Dra. Gleidy Mallma Vilca responsable del servicio de laboratorio remite las especificaciones técnicas del HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESION DE USO.</p> <p>Me mediante INFORME N° 180-2023-GRA/GRS/GR-HCM-D-USRC de fecha 23 de agosto la Unidad de Seguros, Referencias y Contrareferencias otorga disponibilidad para la adquisición de hemograma automatizado de 5 estirpes con equipo en cesión de uso mediante 7 Resolución Jefatural correspondientes a distintas transferencias, años y metas. Y mediante INFORME N° 517-2023-GRA/GRS/D-HCM-UPPDI la Unidad de Planificación y Presupuesto autoriza el Uso de la Diferencia económica mediante la fuente de financiamiento R.O.</p> <p>Mediante INFORME N° 022 - 2023-GRA/GRS/HCM-D-ADM-LOG-ADQ, la carpeta de adquisiciones, determina que el valor estimado se encuentra dentro de las 15 UIT y cumplen con las condiciones establecidas para convocar el procedimiento mediante Comparación de Precios.</p> <p>Que en virtud de lo expuesto y tomando en cuenta la necesidad de contar con los bienes requeridos , esta oficina continuara la adquisición mediante el procedimiento de selección de COMPARACION DE PRECIOS</p>					
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general				¿Cumple con la condición?	
					Sí Cumple	No Cumple
	a. Disponibilidad inmediata.				X	
	Como son bienes comerciales existe la posibilidad que los postores internen el ítem a convocar dentro de los 5 días posterior a la orden de compra.					
	b. Cumplan con las especificaciones técnicas o términos de referencia sin necesidad de ser fabricados, producidos, modificados, suministrados o prestados siguiendo la descripción particular de la Entidad.				X	
De acuerdo a las cotizaciones recibidas, los proveedores declaran cumplir con las especificaciones técnicas, además por las características de los						

	bienes, no existe la necesidad de ser fabricados bajo alguna descripción particular, por lo que cumple con este supuesto.	
c.	Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado.	X
	De acuerdo a las especificaciones técnicas remitidas por el área usuaria existen diversos proveedores que ofertan los bienes solicitados ya que se comercializan bajo una oferta estándar por lo que cumple con este supuesto.	
	Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.	
5	Observaciones	
6	<p style="text-align: center;">  GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL CENTRAL DE MAJES Lic. Lizeh D. Caceres Huayapa RESPONSABLE DEL AREA LOGISTICA CPRP N° 831 </p>	
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones	

FORMATO DE CUADRO COMPARATIVO (BIENES)

TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: COMPARACION DE PRECIOS

DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN: ADQUISICION DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESION DE USO

ITEM Nº	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS										VALOR REFERENCIAL (V.R.)		
				DELTALAB PERU S.A.C.		DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.		PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.		PROCEDIMIENTO Y/O METODOLOGÍA UTILIZADO PARA DETERMINAR EL V.R.	VALOR UNITARIO	VALOR REFERENCIAL DEL ITEM				
				RUC:	20537139120	RUC:	20501867286	RUC:	20610035541							
				CONTACTO:	Juan Osorio Riquelme	CONTACTO:	Gina Maria Luisa Apaza	CONTACTO:	Gustavo Mora Cardoza							
				TELÉFONO:	999927375	TELÉFONO:	988388750	TELÉFONO:	936641377							
				E-MAIL:	ventas4@deltaabperu.com	E-MAIL:	ginaluna@diagnostica-peruana.com	E-MAIL:	gmora@paximportaciones.com							
				PRECIO UNITARIO (Consiguar moneda del valor referencial)	PRECIO TOTAL (Consiguar moneda del valor referencial)	PRECIO UNITARIO (Consiguar moneda del valor referencial)	PRECIO TOTAL (Consiguar moneda del valor referencial)	PRECIO UNITARIO (Consiguar moneda del valor referencial)	PRECIO TOTAL (Consiguar moneda del valor referencial)							
1	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES EQUIPO EN CESION DE USO	DET	10500	S/ 4.98	S/ 52,290.00	S/ 4.70	S/ 49,350.00	S/ 5.40	S/ 56,700.00					49,350.00		
				LA MARCA DEL ITEM SE CONSIGNA EN EL ANEXO DE COTIZACION	52,290.00	LA MARCA DEL ITEM SE CONSIGNA EN EL ANEXO DE COTIZACION	49,350.00	LA MARCA DEL ITEM SE CONSIGNA EN EL ANEXO DE COTIZACION	56,700.00						TOTAL DEL VALOR ESTIMADO	49,350.00

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES

Judith Perdomo Rojas Palma
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES

Dra. Milina Vilca Gleidy
MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA CLINICA
CNC 3994 RNE 36915

ACCIONES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS	MONEDA DE LA FUENTE	SOLES	SOLES	SOLES
	PRECIO UNITARIO EN LA MONEDA CONSIGNADA EN LA FUENTE			
	TIPO DE CAMBIO QUE SE USA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	FECHA DE SOLICITUD	13/10/2023	13/10/2023	13/10/2023
	CANTIDAD DE VECES QUE SE REPITE LA SOLICITUD	1	1	1
	FECHA DE RECEPCIÓN	16/10/2023	16/10/2023	16/10/2023
	PROVEEDOR SE DEDICA AL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN	SI	SI	SI
	LA DEPENDENCIA USUARIA PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS RTM	SI	SI	SI
	CUMPLE CON LOS RTM O LA CONTRATACIÓN ES IGUAL O SIMILAR AL REQUERIMIENTO	SI	SI	SI
	SE TOMO EN CUENTA PARA LA DETERMINACIÓN DEL VALOR REFERENCIAL	SI	SI	SI

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE INAJES

[Firma]

Judith Perdomo Tejeda Palma
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE INAJES

[Firma]

Dra. Marina Vique Gileidy
MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA CLINICA
COT 65597 INE 36015



LOGISTICA HOSPITAL CENTRAL DE MAJES <logisticahcm1@gmail.com>

COTIZACIÓN DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO

1 mensaje

LOGISTICA HOSPITAL CENTRAL DE MAJES <logisticahcm1@gmail.com>
Para: Gina Maria Luna Apaza <ginaluna@diagnosticaperuana.com.pe>

13 de octubre de 2023, 16:56

Sr. PROVEEDOR.

Sirva el presente para saludarlo; asimismo, informarle que el **Hospital Central de Majes RUC 20601655943**, en atención a las consultas realizadas, el área usuaria ha procedido con la reformulación de las especificaciones técnicas del requerimiento **HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO**, en razón de ello, solicito tenga a bien remitirnos una cotización, con las cantidades requeridas en las especificaciones técnicas / términos de referencia adjuntas.

Dicha cotización y la información técnica de su producto deberá ser remitida a más tardar las **16/10/2023**.

IMPORTANTE:

- De no contar con la totalidad de ítems solicitados, remitir su cotización con los bienes (servicios) disponibles.
- **Adjuntar fichas técnicas (información adicional) del bien y del equipo**
- **El tipo de proceso no debe ejercer a 5 días siguientes de emitida la orden de compra**

NÓTA.-

- El precio del bien (servicio) deberá incluir el IGV, además de otros tributos, pruebas, transporte, inspecciones, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor del bien (servicio), según corresponda, salvo que el producto esté inafecto del IGV, el cual deberá estar señalado en su cotización.
- El proveedor deberá precisar si cumple con la integridad de las especificaciones técnicas / términos de referencia.

Quedamos atentos a su pronta respuesta.

Atentamente

Judyd Fortunata Tejada Palma
Responsable de Adquisiciones
Hospital Central de Majes
CEL 950166785

4 adjuntos

Anexo3_-_Directiva_022-2016-OSCE-CD.docx
22K

Anexo4_-_Directiva_022-2016-OSCE-CD.docx
22K

hemograma set.pdf
231K

solicitud 3.pdf
126K

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	03- COMPER 01 -2023			
		Fecha	13/10/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL			
		RUC	20601655943			
		Dirección	NRO. B-1 C.P. EL PEDREGAL SECTOR (COSTADO			
		Teléfono(s)	954792606			
		Correo electrónico	logisticahcm1@gmail.com			
		Persona de contacto	LIZETH CACERES			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.			
		RUC	20501887286			
		Dirección	AV. JAVIER PRADO ESTE NRO. 6210 INT. 904 URB. LA RIVIERA DE MONTE RICO (EDIFICIO PARK OFFICE) LIMA - LIMA - LA MOLINA			
		Teléfono(s)	9883888750			
		Correo electrónico	ginaluna@diagnostica peruana.com.pe			
		Representante o persona de contacto	Gina Maria Luna			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESION DE USO			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<p style="text-align: center;">  GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL CENTRAL DE MAJES Lic. Lizeth D. Caceres Huayapa RESPONSABLE DEL AREA LOGISTICA CPFN N° 631 </p>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						



LOGISTICA HOSPITAL CENTRAL DE MAJES <logisticahcm1@gmail.com>

COTIZACIÓN DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO

1 mensaje

LOGISTICA HOSPITAL CENTRAL DE MAJES <logisticahcm1@gmail.com>
Para: atencionalcliente@deltalabperu.com

13 de octubre de 2023, 17:00

Sr. PROVEEDOR.

Sirva el presente para saludarlo; asimismo, informarle que el **Hospital Central de Majes RUC 20601655943**, en atención a las consultas realizadas, el área usuaria ha procedido con la reformulación de las especificaciones técnicas del requerimiento **HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO**, en razón de ello, solicito tenga a bien remitirnos una cotización, con las cantidades requeridas en las especificaciones técnicas / términos de referencia adjuntas.

Dicha cotización y la información técnica de su producto deberá ser remitida a más tardar las **16/10/2023**.

IMPORTANTE:

- De no contar con la totalidad de ítems solicitados, remitir su cotización con los bienes (servicios) disponibles.
- **Adjuntar fichas técnicas (información adicional) del bien y del equipo**
- **El tipo de proceso no debe ejercer a 5 días siguientes de emitida la orden de compra**

NOTA.-

- El precio del bien (servicio) deberá incluir el IGV, además de otros tributos, pruebas, transporte, inspecciones, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor del bien (servicio), según corresponda, salvo que el producto esté inafecto del IGV, el cual deberá estar señalado en su cotización.
- El proveedor deberá precisar si cumple con la integridad de las especificaciones técnicas / términos de referencia.

Quedamos atentos a su pronta respuesta.

Atentamente

Judyd Fortunata Tejada Palma
Responsable de Adquisiciones
Hospital Central de Majes
CEL 950166785

4 adjuntos

solicitud .pdf
117K

hemograma set.pdf
231K

Anexo3_- Directiva_022-2016-OSCE-CD.docx
22K

Anexo4_- Directiva_022-2016-OSCE-CD.docx
22K

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	01- COMPER 01 -2023			
		Fecha	13/10/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL			
		RUC	20601655943			
		Dirección	NRO. B-1 C.P. EL PEDREGAL SECTOR (COSTADO			
		Teléfono(s)	954792606			
		Correo electrónico	logisticahcm1@gmail.com			
		Persona de contacto	LIZETH CACERES			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DELTALAB PERU S.A.C			
		RUC	20537139120			
		Dirección	CAL.MARCOS NICOLINI NRO. 207 URB. SANTA CATALINA LIMA - LIMA - LA VICTORIA			
		Teléfono(s)	999914760			
		Correo electrónico	atencionalcliente@deltalabperu.com			
		Representante o persona de contacto	Josselyn Velasquez			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESION DE USO			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
6	<p style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL CENTRAL DE MAJES <i>Lic. Lizeth D. Caceres Huayapa</i> RESPONSABLE DEL AREA LOGISTICA CPRP 0031 </p>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						



LOGISTICA HOSPITAL CENTRAL DE MAJES <logisticahcm1@gmail.com>

OTIZACIÓN DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO

1 mensaje

LOGISTICA HOSPITAL CENTRAL DE MAJES <logisticahcm1@gmail.com>
Para: Gmora@paximportaciones.com

13 de octubre de 2023, 17:06

Sr. PROVEEDOR.

Sirva el presente para saludarlo; asimismo, informarle que el **Hospital Central de Majes RUC 20601655943**, en atención a las consultas realizadas, el área usuaria ha procedido con la reformulación de las especificaciones técnicas del requerimiento **HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO**, en razón de ello, solicito tenga a bien remitirnos una cotización, con las cantidades requeridas en las especificaciones técnicas / términos de referencia adjuntas.

Dicha cotización y la información técnica de su producto deberá ser remitida a más tardar las **16/10/2023**.

IMPORTANTE:

- De no contar con la totalidad de ítems solicitados, remitir su cotización con los bienes (servicios) disponibles.
- **Adjuntar fichas técnicas (información adicional) del bien y del equipo**
- **El tipo de proceso no debe ejercer a 5 días siguientes de emitida la orden de compra.**

NOTA.-

- El precio del bien (servicio) deberá incluir el IGV, además de otros tributos, pruebas, transporte, inspecciones, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor del bien (servicio), según corresponda, salvo que el producto esté inafecto del IGV, el cual deberá estar señalado en su cotización.
- El proveedor deberá precisar si cumple con la integridad de las especificaciones técnicas / términos de referencia.

Quedamos atentos a su pronta respuesta.

Atentamente

Judyd Fortunata Tejada Palma
Responsable de Adquisiciones
Hospital Central de Majes
CEL 950166785

4 adjuntos **Anexo4_- Directiva_022-2016-OSCE-CD.docx**
22K **hemograma set.pdf**
231K **Anexo3_- Directiva_022-2016-OSCE-CD.docx**
22K **solicitud 2.pdf**
77K

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	02- COMPER 01 -2023			
		Fecha	13/10/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL			
		RUC	20601655943			
		Dirección	NRO. B-1 C.P. EL PEDREGAL SECTOR (COSTADO			
		Teléfono(s)	954792606			
		Correo electrónico	logisticahcm1@gmail.com			
		Persona de contacto	LIZETH CACERES			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.			
		RUC	20610035541			
		Dirección	CALIGNACIO MERINO NRO. 580 DPTO. 202 URB. SANTA CRUZ LIMA - LIMA - MIRAFLORES			
		Teléfono(s)	936641377			
		Correo electrónico	gmora@paximportaciones.com			
		Representante o persona de contacto	Gustavo Mora Córdova			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DE 5 ESTIRPES CON EQUIPO EN CESION DE USO			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5 Información complementaria						
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
6	<div style="text-align: center;"><p>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL CENTRAL DE MAJES</p><p>..... <i>Lic. Lizeth D. Cáceres Huayapa</i> RESPONSABLE DEL AREA LOGISTICA CPRP N° 531</p></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</div>					