

# RED DE SALUD HUAYLAS SUR

REFERENCIA: ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS


## CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS																		
			PROVEEDOR			PROVEEDOR			PROVEEDOR			VALOR REFERENCIAL (V.R.)						
			RUC:	20565652134		RUC:	20565652134		RUC:	20565652134		PROCEDIMIENTO Y/O METODOLOGIA UTILIZADO PARA DETERMINAR EL V.R.	VALOR UNITARIO	VALOR REFERENCIAL DEL ITEM				
			BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.	7M DROGUERIAS PERUANAS S.A.C.		7M DROGUERIAS PERUANAS S.A.C.	KENEYNI IMPORT E.I.R.L.		AMARELY S.A.C.									
			REPRESENTANTE LEGAL	COLLAS EHCISO GIUSEPPY ANDRE	REPRESENTANTE LEGAL	TORRES HUALLPA JUAN PABLO	REPRESENTANTE LEGAL	OSORIO ROSAS ELIMER DAVID	REPRESENTANTE LEGAL	RIVERA MEZA MARIA ELENA								
TELEF.	EMAIL	968311563	BIOMEDICALM@HOTMAIL.COM	TELEF.	EMAIL	976243793	ZENDROGHIERIASPERUANAS@G	TELEF.	EMAIL	980174217	VENEDYN_IMPORT_@outlook.com	TELEF.	EMAIL	98666774	VENTAS@AMARELY.COM.PE			
P.U.	P.TOTAL	MARCA	P.U.	P.TOTAL	MARCA	P.U.	P.TOTAL	MARCA	P.U.	P.TOTAL	MARCA	P.U.	P.TOTAL	MARCA	P.U.	P.TOTAL		
1	LUGOL X 1 L	litro	10	S/ 65.50	S/ 655.00	CHAMICAL	S/ 57.00	S/ 570.00	CHEMICAL	S/ 102.00	S/ 1,020.00	CHEMICAL	S/ 102.30	S/ 1,023.00	CHEMICAL	S/ 102.30	S/ 1,023.00	S/ 655.00
2	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO	UNIDAD	6000	S/ 1.20	S/ 7,200.00	HID MED	S/ 1.60	S/ 9,600.00	HID MED	S/ 2.04	S/ 12,240.00	HID MED	S/ 2.34	S/ 14,040.00	HID MED	S/ 2.34	S/ 14,040.00	S/ 7,200.00
3	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE	UNIDAD	2000	S/ 1.20	S/ 2,400.00	HID MED	S/ 1.70	S/ 3,400.00	HID MED	S/ 2.04	S/ 4,080.00	HID MED	S/ 2.34	S/ 4,680.00	HID MED	S/ 2.34	S/ 4,680.00	S/ 2,400.00
4	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	7940	S/ 3.40	S/ 26,996.00	HIDMED	S/ 3.20	S/ 25,408.00	IMPORTADO	S/ 4.20	S/ 33,348.00	IMPORTADO	S/ 4.00	S/ 31,760.00	IMPORTADO	S/ 4.00	S/ 31,760.00	S/ 25,408.00
5	BAIA LENGUA DE MADERA PEDIATRICA	UNIDAD	2000	S/ 0.10	S/ 200.00	ALKHORFAR	S/ 0.14	S/ 280.00	ALKHORFAR	S/ 0.17	S/ 340.00	ALKHORFAR	S/ 0.19	S/ 380.00	ALKHORFAR	S/ 0.19	S/ 380.00	S/ 200.00
6	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO Nº 18 G X 1.14 m	UNIDAD	3000	S/ 1.50	S/ 4,500.00	POLIWIN	S/ 1.30	S/ 3,900.00	NIPRO	S/ 2.41	S/ 7,230.00	NIPRO	S/ 2.50	S/ 7,500.00	NIPRO	S/ 2.50	S/ 7,500.00	S/ 4,500.00
7	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO Nº 24 G X 3/4 m	UNIDAD	400	S/ 1.50	S/ 600.00	POLIWIN	S/ 1.35	S/ 540.00	NIPRO	S/ 2.35	S/ 940.00	NIPRO	S/ 2.50	S/ 1,000.00	NIPRO	S/ 2.50	S/ 1,000.00	S/ 600.00
8	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	24000	S/ 0.19	S/ 4,560.00	NIPRO	S/ 0.17	S/ 4,008.00	ALKHORFAR	S/ 0.18	S/ 4,320.00	ALKHORFAR	S/ 0.21	S/ 5,040.00	ALKHORFAR	S/ 0.21	S/ 5,040.00	S/ 4,560.00
9	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE Nº 7 1/2	PAR	5000	S/ 0.80	S/ 4,000.00	ALMED	S/ 1.20	S/ 6,000.00	ALKHORFAR	S/ 1.20	S/ 6,000.00	ALKHORFAR	S/ 1.25	S/ 6,250.00	ALKHORFAR	S/ 1.25	S/ 6,250.00	S/ 4,000.00
10	ESPATULA-CITOCEPILLO CON ENVOLUTURA INDIVIDUAL	UNIDAD	3000	S/ 0.42	S/ 1,260.00	MEDIPALST	S/ 0.47	S/ 1,410.00	CITOPLAS	S/ 0.51	S/ 1,530.00	CITOPLAS	S/ 0.81	S/ 2,430.00	CITOPLAS	S/ 0.81	S/ 2,430.00	S/ 1,260.00
11	FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 ML CON TAPA Y ESPATULA	UNIDAD	8000	S/ 0.39	S/ 3,120.00	IMPORTADO	S/ 0.50	S/ 4,000.00	DESLAB	S/ 0.54	S/ 4,320.00	DESLAB	S/ 0.60	S/ 4,800.00	DESLAB	S/ 0.60	S/ 4,800.00	S/ 3,120.00
12	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 ML	UNIDAD	6000	S/ 0.60	S/ 3,600.00	GIOFARMA	S/ 0.43	S/ 2,580.00	IMPORTADO	S/ 0.50	S/ 3,000.00	IMPORTADO	S/ 0.56	S/ 3,360.00	IMPORTADO	S/ 0.56	S/ 3,360.00	S/ 3,600.00
13	ACIDO ACTICO 5% X 1 L	LITRO	200	S/ 35.00	S/ 7,000.00	CHAMICAL	S/ 18.00	S/ 3,600.00	CHEMICAL	S/ 35.00	S/ 7,000.00	CHEMICAL	S/ 19.00	S/ 3,800.00	CHEMICAL	S/ 19.00	S/ 3,800.00	S/ 7,000.00
TOTAL				S/ 66,091.00			S/ 65,296.00			S/ 85,063.00			S/ 85,063.00			S/ 85,063.00		S/ 64,503.00
PLAZO DE ENTREGA			05 DIAS CALENDARIOS			07 DIAS CALENDARIOS			05 DIAS CALENDARIOS									
FORMA DE PAGO			POSTERIOR A LA CONFORMIDAD DEL BIEN ENTREGADO															


SE LE OTORGA LA BUENA PRO A LA EMPRESA:

LA MEJOR OFERTA ES DE : BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L., CON 20565652134, POR EL MONTO DE S/ 66091


HZ 10/10/2024



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUAYLAS SUR




CPC. Correa Llanos Alejandro  
Jefe de Adquisiciones



CPC. Calderon Albertin Antony  
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

SOLICITO COTIZACION DE INSMUMOS MEDICOS

 **De** <area\_adquisiciones@redhuaylassur.gob.pe>  
**Destinatario** <Biobysa@hotmail.com>, <Ordenes-tecnico@omegaperu.com.pe>, <servicio@omegaperu.com.pe>, <maravelaintl@gmail.com>, <edinsonpadilla@hotmail.com>, <Inversiones.medicasmpeirl@gmail.com>, <administracion@medicalchannelperu.com>, <jcarlos@giardinoperu.com>, <unilap\_sac@hotmail.com>, <corpmedic@hotmail.com>, 115 más  
**Fecha** 2024-10-09 11:46 am

 CARTA CCI (1).docx (~17 KB)  DECLARACION JURADA (1).docx (~20 KB)

ESTIMADO (A):  
Por medio del presente reciba un cordial saludo a nombre de la DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR y al mismo tiempo solicitarle se sirva presentar una cotización por este medio, referente A LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS DE MEDICOS

nombre_item	CANTIDAD
LUGOL X 1 L	10
ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO	6000
ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE	2000
MANDILON DESCARTABLE TALLA M	7940
BAJALENGUA DE MADERA PEDIATRICA	2000
CATÉTER ENDOVENOSO PERIFERICO Nº 18 G X 1 1/4 in	3000
CATÉTER ENDOVENOSO PERIFERICO Nº 24 G X 3/4 in	400
GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	24000
GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE Nº 7 1/2	5000
ESPATULA-CITOCEPILLO CON ENVOLTURA INDIVIDUAL	3000
FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 ML CON TAPA Y ESPATULA	8000
FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 ML	6000
ACIDO ACETICO 5% X 1 L	200


- Así mismo se indica que la cotización a presentar debe contener:
- a) El precio de la Oferta incluye todos los tributos, impuestos transporte y cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar, cotizar en soles.
  - b) Forma de pago: Crédito
  - c) Llenar los formatos adjuntos (DECLARACION JURADA y CCI)
  - d) Adjuntar FICHA RUC actual y RNP
  - e) así mismo, solicitamos, en caso corresponda nos remita los comentarios y/u opiniones respecto a los términos de referencia

El plazo máximo de presentación de la cotización es de hasta 02 día calendario, dando respuesta a este correo electronico.

AREA DE ADQUISICIONES  
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR



Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe			09/10/2020
		Fecha de informe			INFORME N°172-2024
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS		
3	Antecedentes				
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general				¿Cumple con la condición?
					Sí Cumple      No Cumple
	a. Disponibilidad inmediata				X
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	b. Fáciles de obtener en el mercado				X
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado				X
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	d. Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante				XP
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.					
5	Observaciones				
6	 <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>CPC. <i>Ant. Calderón</i> Alberth Antony JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p>				
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				



- Equipos Medicos
- Material Dental Quirurgico
- Insumos de Laboratorio

- Mobiliarios Hospitalarios
- Confecciones
- Otros mas que Riquiera la Institucion

Jr: Caraz° 815 - HUARAZ - ANCASH - Cel: 980174217  
E mail: kenedyn\_import\_eirl@outlook.com

## PROFORMA

SEÑOR (ES)	RED DE SALUD HUAYLAS NORTE
DIRECCION	HUARAZ
HUARAZ	9/10/2024



<b>ARTICULOS</b>					
<b>CANT.</b>	<b>Unidad medida</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>MARCA</b>	<b>Precios</b>	
				<b>Unitario</b>	<b>Total</b>
200	Litro	ACIDO ACETICO 5% X 1 L	CHEMICAL	35.00	7000.00
2000	Unidad	BAJALENGUA DE MADERA PEDIATRICA	ALKHOFAR	0.17	340.00
3000	Unidad	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO N°18 G X 1 ¼ IN	POLYWIN	2.41	7230.00
400	Unidad	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO N°24 G X ¾ IN	POLYWIN	2.35	940.00
3000	Unidad	ESPATULA-CITOCEPILLO CON ENVOLTURA INDIVIDUAL	MEDIPLAST	0.51	1530.00
2000	Unidad	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE	SIGMA	2.04	4080.00
6000	Unidad	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO	SIGMA	2.04	12240.00
6000	Unidad	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 ML	SAMPLIX	0.50	3000.00
8000	Unidad	FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES 30 ML CON TAPA Y ESPATULA	SAMPLIX	0.54	4320.00
24000	Unidad	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	ALKHOFAR	0.18	4320.00
5000	Par	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 ½	ALKHOFAR	1.20	6000.00
10	Unidad	LUGOL X 1L	CHEMICAL	102.00	1020.00
7940	Unidad	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	SMS	4.20	33348.00
		GARANZIA DEL PRODUCTO: 24 MESES			
		ENTREGA DEL PRODUCTO: 5 DIAS			
				TOTAL	85368.00

PAGO CONTRA ENTREGA  
PRECIO INCLUYE IGV  
ENTREGA ALMACEN

**Elmer D. Osorio Rosas**  
 DNI: 40600143  
 GERENTE  
 FIRMA GERENTE



**Anexo N° 3**

**Cotización y declaración jurada del proveedor**

<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	09/10/2024
----------	----------------------------	------------

2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MEDICAMENTO	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/. 85,368.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION EN PROFORMA		

<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>	
	<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>

**Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3**

<b>Campo</b>	<b>Información a consignar</b>
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

**Anexo N° 4**

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	09/10/2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MEDICAMENTO
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/. 85,368.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION EN PROFORMA
3	<b>Declaración jurada del proveedor</b>  Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.  Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	
4	<div align="center">  </div>	
	Nombre, firma y sello del proveedor	

**Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4**

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número				
		Fecha	09/10/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR			
		RUC	20488336917			
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico				
		Persona de contacto				
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	KENEDYN IMPORT E.I.R.L.			
		RUC	20533630325			
		Dirección	JR. COMERCIO NRO. 812 BAR. CONO ALUVIONICO ANCASH - HUARAZ			
		Teléfono(s)	980174217			
		Correo electrónico	kenedyn_import_eirl@outlook.com			
		Representante o persona de contacto	Elmer David Osorio Rosas			
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 MEDICAMENTO			
		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						
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

## Anexo N° 2

### Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.



5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones



RUC N° 20533630325

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES****CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****KENEDYN IMPORT E.I.R.L.**

Domiciliado en: CAL.CARAZ NRO. 815 URB. CONO ALUVIONICO ANCASH - HUARAZ - HUARAZ  
(Según información declarada en la SUNAT)

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

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 17/03/2022

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 17/03/2022

**FECHA IMPRESIÓN: 09/10/2024****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](#)

**FICHA RUC : 20533630325**  
**KENEDYN IMPORT E.I.R.L.**

Número de Transacción : 47585899

CIR - Constancia de Información Registrada

**Información General del Contribuyente**

Apellidos y Nombres ó Razón Social : KENEDYN IMPORT E.I.R.L.  
 Tipo de Contribuyente : 07-EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA  
 Fecha de Inscripción : 11/03/2013  
 Fecha de Inicio de Actividades : 11/03/2013  
 Estado del Contribuyente : ACTIVO  
 Dependencia SUNAT : 0233 - O.Z.HUARAZ-MEPECO  
 Condición del Domicilio Fiscal : HABIDO  
 Emisor electrónico desde : 30/04/2018  
 Comprobantes electrónicos : FACTURA (desde 30/04/2018), (desde 11/12/2019)

**Datos del Contribuyente**

Nombre Comercial : DROGUERIA KENEDYN IMPORT  
 Tipo de Representación : -  
 Actividad Económica Principal : 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS  
 Actividad Económica Secundaria 1 : 9329 - OTRAS ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO Y RECREATIVAS N.C.P.  
 Actividad Económica Secundaria 2 : 0149 - CRÍA DE OTROS ANIMALES  
 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 : 43 - 456627  
 Teléfono Fijo 2 : 43 - 587114  
 Teléfono Móvil 1 : 43 - 945246300  
 Teléfono Móvil 2 : - - 977237580  
 Correo Electrónico 1 : brat19846@hotmail.com  
 Correo Electrónico 2 : edesem\_daja\_eirl@hotmail.com

**Domicilio Fiscal**

Actividad Economica : 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS  
 Departamento : ANCASH  
 Provincia : HUARAZ  
 Distrito : HUARAZ  
 Tipo y Nombre Zona : BAR. CONO ALUVIONICO  
 Tipo y Nombre Vía : JR. COMERCIO  
 Nro : 812  
 Km : -  
 Mz : -  
 Lote : -  
 Dpto : -  
 Interior : -  
 Otras Referencias : -  
 Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal : ALQUILADO

**Datos de la Empresa**

Fecha Inscripción RR.PP : 06/03/2013  
 Número de Partida Registral : 11129652  
 Tomo/Ficha : 2044  
 Folio : S.N  
 Asiento : A00001  
 Origen del Capital : NACIONAL  
 País de Origen del Capital : -

**Registro de Tributos Afectos**

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	11/03/2013	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2018	-	-	-

**Representantes Legales**

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -40500143	OSORIO ROSAS ELMER DAVID	GERENTE	08/09/1978	06/03/2013	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	PJ. UCANAN S.N	ANCASH HUARAZ HUARAZ	02 - -	-	

**Otras Personas Vinculadas**

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -40500143	OSORIO ROSAS ELMER DAVID	TITULAR	08/09/1978	06/03/2013	-	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		- - -	- - -	-		

**Importante**

La SUNAT se reserva el derecho de verificar el domicilio fiscal declarado por el contribuyente en cualquier momento.

Documento emitido a través de SOL - SUNAT Operaciones en Línea, que tiene validez para realizar trámites Administrativos, Judiciales y demás.

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.

Para ir a su Buzón Electrónico [Ingresa Aquí](#)



## DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

**Señor:** JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE  
SALUD HUAYLAS SUR

**Presente. -**

De mi consideración: La (el) que suscribe, Elmer David Osorio Rosas, identificada (o) con DNI N° 40500143, con RUC N° 20533630325 habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: JR. COMERCIO NRO. 812 BAR. CONO ALUVIONICO ANCASH - HUARAZ – HUARAZ.

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
4. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil, entre otras que correspondan.
5. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la Entidad o terceros en el desarrollo de mis actividades.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información a la que pueda acceder en cumplimiento de la presentación del servicio.
7. No tener dentro de la Entidad parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

  
**Elmer D. Osorio Rosas**  
DNI: 40500143  
GERENTE

---

FECHA: 09/10/2024

**Señores.**

**DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR**

Presente:

Asunto: **Autorización para el pago con abonos en cuenta**

**YO Elmer David Osorio Rosas** Identificado(a) con **RUC: 20533630325**, por medio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de saludarlos muy respetuosamente, a la vez aprovecho la oportunidad para comunicarles que el número del Código de mi Cuenta Interbancaria (CCI) es el **N° 01126000020033289471**, el titular de la cuenta es KENEDYN IMPORT E.I.R.L.

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a mi nombre sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco BBVA CONTINENTAL

Esperando la atención al presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi especial consideración.

Atentamente,

  
DROGUERIA KENEDYN IMPORT E.I.R.L.  
**Elmer D. Osorio Rosas**  
DNI: 40800143  
GERENTE

-----

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	09/10/2024	
<b>2</b>	<b>Cotización</b>		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MEDICAMENTO	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 85,368.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION EN PROFORMA	
<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>			
<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





EQUIPAMIENTO INTEGRAL  
MÉDICO HOSPITALARIO  
MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN

Señores:  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE HUAYLAS SUR  
HUARAZ - ANCASH

**COTIZACION N° 0030-2024**

ITEM	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANT.	U/M.	P/UNIT.	P/TOTAL
1	ACIDO ACETICO 5% X 1 L MARCA DIAGLOBAL	200	Litro	35.00	7000.00
2	BAJALENGUA DE MADERA PEDIATRICA MARCA ALKOFAR	2000	Unidad	0.10	200.00
3	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO N°18 G X 1 ¼ IN MARCA POLYMED	3000	Unidad	1.50	4500.00
4	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO N°24 G X ¾ IN MARCA POLYMED	400	Unidad	1.50	600.00
5	ESPATULA-CITOCEPILLO CON ENVOLTURA INDIVIDUAL MARCA MEDIPLAST	3000	Unidad	0.42	1260.00
6	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE MARCA ALKOFAR	2000	Unidad	1.20	2400.00
7	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO MARCA ALKOFAR	6000	Unidad	1.20	7200.00
8	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 ML MARCA NACIONAL	6000	Unidad	0.60	3600.00
9	FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 ML CON TAPA Y ESPATULA MARCA CRIOFARMA	8000	Unidad	0.39	3120.00
10	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M MARCA NIPRO	24000	Unidad	0.19	4560.00
11	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 ½ MARCA ALMED	5000	Par	0.80	4000.00
12	LUGOL X 1L MARCA DIAGLOBAL	10	Litro	65.50	655.00
13	MANDIL NO ESTERIL 35 GR DESCARTABLE TALLA M MARCA HITMED	7940	Unidad	3.40	26996.00
				<b>TOTAL</b>	<b>66,091.00</b>

PRECIO EN SOLES INCLUIDO IGV. 18%  
VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS  
FORMA DE PAGO: CREDITO COMERCIAL  
CCI\_011-126-00010004418-00 BBVA CONTINENTAL.  
TIEMPO DE ENTREGA: 10 DIAS RECIBIDA LA O/C.  
LUGAR DE ENTREGA: ALMECEN DE LA ENTIDAD  
GARANTIA: 18 MESES POR DEFECTOS DE FABRICACION.

Giusepppy André Collas Enciso  
TITULAR GERENTE

Atentamente

 Pje. Santa Rosa N° 109  
Lima - Lima - Lima



 (01) 240-0818

968311653

 biomedicalima@hotmail.com

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número				
		Fecha	9/10/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR			
		RUC	20488336917			
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico				
		Persona de contacto				
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS EIRL.			
		RUC	20565652134			
		Dirección	CALLE SANTA ROSA 109 LIMA LIMA LIMA			
		Teléfono(s)	968311653			
		Correo electrónico	biomedicalima@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	ANDRES COLLAS UBALDO			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación				
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input type="checkbox"/>	Términos de referencia	COTIZACION <input checked="" 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;">                   Giuseppe André Collas Enciso                           TITULAR GERENTE           </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

**Anexo N° 4**

Declaración jurada del proveedor		
<b>1</b>	Fecha del documento	9/10/24
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	
	2.2 Monto total según informe de indagación	
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>  Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.  Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	
<b>4</b>	<div align="center">     -----  Giuseppepy André Collas Enciso  TITULAR GERENTE </div>	
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>		





**BIOMEDICA**  
**EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.**

EQUIPAMIENTO INTEGRAL MEDICO HOSPITALARIO  
RUC: 20565652134

**DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS**

**Señor:**

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Presente .-

De mi consideración: la (el) que suscribe GIUSEPPY ANDRE COLLAS ENCISO con DNI N° 70687823, (cargo) GERENTE TITULAR de la Empresa BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS EIRL, con RUC N° 20565652134 habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: PASAJE SANTA ROSA 109 LIMA, LIMA, LIMA.


**DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
4. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código civil, entre otras que correspondan.
5. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la entidad o a terceros en el desarrollo de mis actividades.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información a la que pueda acceder en cumplimiento de la prestación del servicio.
7. No tener dentro de la entidad parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

Lima, 9 de octubre de 2024

Atentamente

  
-----  
**Giuseppe André Collas Enciso**  
TITULAR GERENTE

 Pje. Santa Rosa N° 109  
Lima - Lima - Lima



(01) 240-0818



968 311 653



biomedicalima@hotmail.com



**BIOMEDICA**  
EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.

EQUIPAMIENTO INTEGRAL MEDICO HOSPITALARIO  
RUC: 20565652134

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO**  
(Para el pago con abonos en la cuenta bancaria del proveedor)

Señores:  
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
Presente.-

**Asunto:** Autorización para el pago con abonos en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ud., que el número del código de la cuenta interbancario (CCI) de la empresa **BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.**, RUC: 20565652134 a la cual represento, es.

0	1	1	1	2	6	0	0	0	1	0	0	0	4	4	4	1	8	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde el CCI del Banco **BBVA CONTINENTAL**.

Asimismo, dejo constancia que la factura a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra o de Servicio o las prestaciones de Bienes y/o Servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Lima, 9 de octubre de 2024

Atentamente



*Giuseppy André Collas Enciso*  
Giuseppy André Collas Enciso  
TITULAR GERENTE

Pje. Santa Rosa N° 109  
Lima - Lima - Lima



(01) 240-0818



968 311 653



biomedicalima@hotmail.com



RUC N° 20565652134

# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

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

### BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.

Domiciliado en: PASAJE SANTA ROSA 109 URBANIZACION LIMA CERCADO /LIMA-LIMA-LIMA  
(Según información declarada en la SUNAT)

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

#### PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 22/07/2016

FECHA IMPRESIÓN: 16/06/2024

#### 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

BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.  
20565652134

Lima, 11/05/2024

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	07 EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA
Fecha de Inscripción	24/09/2014
Fecha de Inicio de Actividades	24/09/2014
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	23/04/2020
Comprobantes electrónicos	(desde 23/04/2020),FACTURA (desde 23/04/2020)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	BIOMEDICA
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4649 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS ENSERES DOMÉSTICOS
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	4659 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	MANUAL
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 968311653
Teléfono Móvil 2	43 - 954611868
Correo Electrónico 1	biomedicalima@hotmail.com
Correo Electrónico 2	-

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	4649 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS ENSERES DOMÉSTICOS
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	LIMA
Tipo y Nombre Zona	P.J. MIRONES ALTO
Tipo y Nombre Vía	CAL. SANTA ROSA

Nro	109
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	ALTURA CDRA 14 AV MORALES DUAREZ
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	OTROS.

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

Fecha Inscripción RR.PP	08/09/2014
Número de Partida Registral	13299771
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

**Registro de Tributos Afectos**

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	24/09/2014	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2017	-	-	-

**Representantes Legales**

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 70687823	COLLAS ENCISO GIUSEPPY ANDRE	TITULAR-GERENTE	10/08/1993	08/09/2014	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	P.J. STA ROSA MIRONES PJ. STA ROSA 109	LIMA LIMA LIMA	15 -	-	

**Otras Personas Vinculadas**



Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 70687823	COLLAS ENCISO GIUSEPPY ANDRE	TITULAR	10/08/1993	08/09/2014	-	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
	P.J. STA ROSA MIRONES PJ. STA ROSA 109	LIMA LIMA LIMA	15 -	-		
	País de Residencia		País de Constitución			
	-	-				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0002	OF.ADMINIST	-	LIMA LIMA SANTIAGO DE SURCO	URB. SANTA MARIA DE SURCO PISO 1 Y 2 JR. DIANA Mz D2 Lote 25 Int 14	-	ALQUILADO	-
0003	DEPOSITO	-	LIMA LIMA CHORRILLOS	URB. LA CAMPIÑA ZONA CUATRO AV. GUARDIA PERUANA 1465 Int 1	-	ALQUILADO	-

**Importante:**

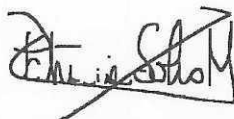
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 11/05/2024

Hora: 16:04

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=yY9S4yXtkfSjiPZyPfJ9FFT3KxW0CxtxhyO7PIHCwp8xgaVv4WxNkG8%2Fx4GysAsj2%2FpXEq98iq1pZjpr2O7rM0OMYLrbQnSiXulvpiniM%3D>



FECHA  
VIGENCIA09/10/2024  
15 DIAS

## PARA:

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

## ATENCIÓN:

ÁREA DE ABASTECIMIENTO

ITEM	DESCRIPCION	MARCA	UND	CANTIDAD	P. U	P. TOTAL
1	ÁCIDO ACÉTICO 5% X 1 L	CHEMICAL	UND	200	18.70	3,740.00
2	LUGOL X 1 L GINECOLOGICO	CHEMICAL	UND	10	102.00	1,020.00
3	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO	HID MED	UND	6000	2.04	12,240.00
4	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE	HID MED	UND	2000	2.04	4,080.00
5	MANDILÓN DESCARTABLE TALLA M	IMPORTADO	UND	7940	3.91	31,045.40
6	BAJALENGUA DE MADERA PEDIÁTRICA	ALKHOFAR	UND	2000	0.17	340.00
7	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO N° 18 G X 1 1/4 IN	NIPRO	UND	3000	2.41	7,242.00
8	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO N° 24 G X 3/4 IN	NIPRO	UND	400	2.35	938.40
9	ESPÁTULA-CITOCEPILLO CON ENVOLTURA INDIVIDUAL	CITOPLAS	UND	3000	0.51	1,530.00
10	FRASCO DE PLÁSTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 ML CON TAPA Y ESPÁTULA	DESLAB	UND	8000	0.54	4,320.00
11	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 ML	IMPORTADO	UND	6000	0.50	3,000.00
12	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	ALKHOFAR	UND	24000	0.18	4,320.00
13	GUANTE QUIRÚRGICO ESTÉRIL DESCARTABLE N° 7 1/2 X PAR	ALKHOFAR	UND	5000	1.20	6,000.00
TOTAL						79,815.80

Entrega: 15 días

Entrega: Según orden.

Forma de pago: Contra entrega comercial

Validez de oferta: 15 días

Garantía: 24 meses

Banco:  
CCI - Soles

BCP

00219100993309701154



Gerente General



Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número			
		Fecha	09/10/2024		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico			
		Persona de contacto			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	MEDIPRO EIRL		
		RUC	20610988718		
		Dirección	JR CARHUAZ 557 BREÑA LIMA LIMA		
		Teléfono(s)	956335127		
		Correo electrónico	ventas@medipro.com.pe		
		Representante o persona de contacto	Ruddy		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR</p> <p><i>CPC. Avila Calderón Alberth Antony</i></p> <p>CPC. Avila Calderón Alberth Antony JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

## Anexo N° 2

### Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.



**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	09/10/2024	
<b>2</b>	<b>Cotización</b>		
	2.1 Descripción del objeto de la contratación		
	2.2 Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
	2.3 Monto total cotizado	79,815.80	
	2.4 Detallar documentación adjunta, de ser el caso	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>	 Gerente General		
<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



Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número			
		Fecha	09/10/2024		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico			
		Persona de contacto			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	MEDIPRO EIRL		
		RUC	20610988718		
		Dirección	JR CARHUAZ 557 BREÑA LIMA LIMA		
		Teléfono(s)	956335127		
		Correo electrónico	ventas@medipro.com.pe		
		Representante o persona de contacto	Ruddy		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR</p> <p><i>[Firma]</i> CPC. Ayila Calderón Alherth Antony JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

## Anexo N° 2

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2	
Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.

## **DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS**

**Señor:** JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

**Presente. -**

De mi consideración: La (el) que suscribe, PALOMINO GUTIERREZ RUDDY identificada (o) con DNI N° 42235789 con RUC N° 20610988718 habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: JR. CARHUAZ NRO. 557 URB. CHACRA COLORADA LIMA - LIMA – BREÑA

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
4. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil, entre otras que correspondan.
5. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la Entidad o terceros en el desarrollo de mis actividades.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información a la que pueda acceder en cumplimiento de la presentación del servicio.
7. No tener dentro de la Entidad parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.



Ruddy Palomino Gutiérrez  
Gerente General

---

Lima 09 de Octubre 2024

**Señores.**

**DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR**

Presente:

Asunto: **Autorización para el pago con abonos en cuenta**

**YO PALOMINO GUTIERREZ RUDDY** Identificado(a) con **RUC: 20610988718** por medio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de saludarlos muy respetuosamente, a la vez aprovecho la oportunidad para comunicarles que el número del Código de mi Cuenta Interbancaria (CCI) es el **N° 002-19100993309701154** el titular de la cuenta es MEDIPRO E.I.R.L.

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a mi nombre sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco crédito del peru

Esperando la atención al presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi especial consideración.

Atentamente,



Ruddy Palomino Gutiérrez  
Gerente General



RUC N° 20610988718

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES****CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****MEDIPRO E.I.R.L.**

Domiciliado en: JR.CARHUAZ NRO. 557 URB. CHACRA COLORADA LIMA - LIMA - BREÑA (Según información declarada en la SUNAT)

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

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 17/08/2023

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 17/08/2023

**FECHA IMPRESIÓN: 09/10/2024****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, 09/10/2024

MEDIPRO E.I.R.L.

20610988718

**Información General del Contribuyente**

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	07 EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA
Fecha de Inscripción	12/05/2023
Fecha de Inicio de Actividades	01/06/2023
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	15/11/2023
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 15/11/2023)

**Datos del Contribuyente**

Nombre Comercial	MEDIPRO
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 1	4719 - OTRAS ACTIVIDADES DE VENTA AL POR MENOR EN COMERCIOS NO ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	4659 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL/COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	MANUAL/COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	-- 981002666
Teléfono Móvil 2	1 - 947124761
Correo Electrónico 1	ruddyppg@gmail.com
Correo Electrónico 2	rmoyasulca@gmail.com

**Domicilio Fiscal**

Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	BREÑA
Tipo y Nombre Zona	URB. CHACRA COLORADA



Tipo y Nombre Vía	JR. CARHUAZ
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	08/05/2023
Número de Partida Registral	15289183
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

**Registro de Tributos Afectos**

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	01/06/2023	-	-	-
RENTA-3RA. CATEGOR.-CTA.PROPIA	01/06/2023	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/06/2023	-	-	-

**Representantes Legales**

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 42235789	PALOMINO GUTIERREZ RUDDY	TITULAR-GERENTE	17/09/1983	04/05/2023	-
	Dirección	Ublgeo	Teléfono	Correo	

**Otras Personas Vinculadas**

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 42235789	PALOMINO GUTIERREZ RUDDY	TITULAR	17/09/1983	04/05/2023	-	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono		Correo	
	---	--			-	
	País de Residencia	País de Constitución				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	DEPOSITO	-	LIMA LIMA SAN MARTIN DE PORRES	AV. CHICMABAMBA Mz C Lote 21 Int A	SEGUNDA ETAPA	ALQUILADO	-
0002	OF.ADMINIST	-	LIMA LIMA BREÑA	URB. CHACRA COLORADA PJ. PRIMERA JUNTA 179	-	OTROS.	-

**Importante:**

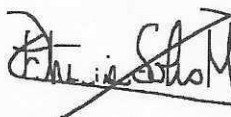
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 09/10/2024

Hora: 18:05

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=JDXy1TXfBqSBNUS7PnbPb8EoiXjNqWOGmvpXsmT6C24cT7Zlda13LiRPc36Suuk2nclV92TzQR3tD4cONJ3ammJRctRqWVZ5q8Gu2N1%2Fn68%3D>



### Presupuesto

Nº presupuesto 117  
 Fecha de presupuesto 09.10.2024  
 Válido hasta 15 DIAS

Atención:

AREA DE LOGÍSTICA

**RED DE SALUD HUAYLAS SUR**

DESCRIPCIÓN	MARCA	CANT.	UND.	PRECIO	IMPORTE
Ácido acético 5% x 1 L	DIGISTEM	200	UND	19.00	3,800.00
Lugol x 1 L GINECOLOGICO	DIGISTEM	10	UND	102.30	1,023.00
Especulo vaginal descartable mediano	ALMED	6000	UND	2.34	14,040.00
Especulo vaginal descartable grande	ALMED	2000	UND	2.34	4,680.00
Mandilón descartable talla M	ALBA	7940	UND	4.00	31,760.00
Bajalengua de madera pediátrica	ALKHOFAR	2000	UND	0.19	380.00
Catéter endovenoso periférico Nº 18 G x 1 1/4 in	UNIX	3000	UND	2.50	7,500.00
Catéter endovenoso periférico Nº 24 G x 3/4 in	UNIX	400	UND	2.50	1,000.00
Espátula-citocepillo con envoltura individual	CITOPLAS	3000	UND	0.81	2,430.00
Frasco de plástico para muestra de heces de 30 ml con tapa y espátula	DESLAB	8000	UND	0.60	4,800.00
Frasco colector para muestra de orina con tapa 60 ml	IMPORTADO	6000	UND	0.56	3,360.00
Guante para examen descartable talla M	HID MED	24000	UND	0.21	5,040.00
Guante quirúrgico estéril descartable Nº 7 1/2 X PAR	HID MED	5000	UND	1.25	6,250.00
TOTAL					86,063.00

- PRECIOS INCLUYEN IGV
- FORMA DE PAGO: CRÉDITO 15 DIAS
- TIEMPO DE ENTREGA: 15 DÍAS POSTERIOR ORDEN DE COMPRA
- MONEDA: SOLES
- RNP: INCRITOS A LA VENTA DE BIENES Y SERVICIOS
- CONTACTO: 986 666 774

Quedamos a la espera de su grata respuesta.

Saludos,



MARIA ELENA RIVERA MEZA  
 GERENTE GENERAL  
 AMARELY S.A.C.




Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número			
		Fecha	09/10/2024		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico			
		Persona de contacto			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	AMARELY SAC		
		RUC	20612355518		
		Dirección	JR. MARBELLA NRO. 334 DPTO. 10 LIMA - LIMA -		
		Teléfono(s)	986 666 774		
		Correo electrónico	VENTAS@AMARELY.COM.PE		
		Representante o persona de contacto	MALENA		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR</p> <p><i>[Firma]</i> CPC. <u>Avila Calderón Alberth Antony</u> JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

## Anexo N° 2

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2	
Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.




**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor				
<b>1</b>	Fecha del documento	09/10/2024		
<b>2</b>	<b>Cotización</b>			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación		
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	86,063.00	
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	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>	 <small>MARIA ELENA RIVERA MEZA GERENTE GENERAL AMARELY S.A.C.</small>			
<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

**Anexo N° 4**

Declaración jurada del proveedor		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	09/10/2024
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
	2.1	Descripción del objeto de la contratación
	2.2	Monto total según informe de indagación <div style="text-align: right;">86,063.00</div>
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar) <div style="text-align: right;">proforma</div>
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>  Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.  Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	
<b>4</b>	<div style="text-align: center;">   <small>MARIA ELENA RIVERA MEZA GERENTE GENERAL AMARELY S.A.C.</small> </div>	
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>		

<b>Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4</b>
---

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



RUC N° 20612355518

# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

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

**AMARELY S.A.C.**

Domiciliado en: JR.MARBELLA NRO. 334 DPTO. 10 LIMA - LIMA - MAGDALENA DEL MAR (Según información declarada en la SUNAT)

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

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 29/06/2024

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 29/06/2024

**FECHA IMPRESIÓN: 09/10/2024****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, 09/10/2024

**MEDS S.A.C.**  
**20611873736****Información General del Contribuyente**

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	27/11/2023
Fecha de Inicio de Actividades	05/01/2024
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	19/04/2024
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 19/04/2024)

**Datos del Contribuyente**

Nombre Comercial	MEDS S.A.C.
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 1	4719 - OTRAS ACTIVIDADES DE VENTA AL POR MENOR EN COMERCIOS NO ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	4610 - VENTA AL POR MAYOR A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 997356414
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	nadhir16@hotmail.com
Correo Electrónico 2	-

**Domicilio Fiscal**

Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	SANTIAGO DE SURCO
Tipo y Nombre Zona	URB. LIGURIA



Tipo y Nombre Vía	JR. JUAN DE RADA
Nro	148
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	302
Interior	-
Otras Referencias	-
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	OTROS.

#### Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	24/11/2023
Número de Partida Registral	15469989
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

#### Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	05/01/2024	-	-	-
RENTA-3RA. CATEGOR.-CTA.PROPIA	05/01/2024	-	-	-

#### Representantes Legales

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 44179079	ANTICONA SAMANEZ SELMA NADIHR	GERENTE GENERAL	19/07/1986	23/11/2023	-
	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 - 44179079	ANTICONA SAMANEZ SELMA NADIHR	SOCIO	19/07/1986	23/11/2023	-	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 - 70661911	ORTIZ SAMANEZ FRESIA JANIS	SOCIO	31/07/1991	23/11/2023	-	1.000000000
	Dirección		Ubigeo	Teléfono		Correo
	---		--	-		
	País de Residencia		País de Constitución			

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	DEPOSITO	-	LIMA LIMA SAN MARTIN DE PORRES	AV. CHICMABAMBA OTR. Mz C Lote 21 Int A	SEGUNDA ETAPA	ALQUILADO	-

**Importante:**

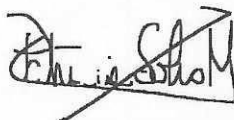
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 09/10/2024

Hora: 10:34

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=LWff7RAOJBvMBQvJNlYU5DHFKgwAo%2BdYcuQtg%2Fn1DIBlu%2FFWX5j5zE3MUannDjg9%2Bp9FmI%2BI459WfV2PYDqPgaC3Kiw6JUzt34JzsxLVc%3D>



---

Lima, 09 Octubre 2024

**Señores.**

**DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR**

Presente:

Asunto: **Autorización para el pago con abonos en cuenta**

**YO ANTICONA SAMANEZ SELMA NADIHR** Identificado(a) con **RUC: 20611873736**, pormedio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de saludarlos muy respetuosamente, a la vez aprovecho la oportunidad para comunicarles que el número del Código de mi Cuenta Interbancaria (CCI) es el **N° 002-19400205755407297**, el titularde la cuenta es MEDS SAC

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a mi nombre sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco de Credito del Perú

Esperando la atención al presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi especial consideración.

Atentamente,



SELMA NADIHR ANTICONA SAMANEZ  
GERENTE GENERAL  
MEDS S.A.C.

## DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS


**Señor:** JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE  
SALUD HUAYLAS SUR

**Presente. -**

De mi consideración: La (el) que suscribe, ANTICONA SAMANEZ SELMA NADHR identificada (o) con DNI N° 44179079 con RUC N° 20611873736 habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: JR. JUAN DE RADA NRO. 148 DPTO. 302 URB. LIGURIA LIMA - LIMA - SANTIAGO DE SURCO

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
4. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil, entre otras que correspondan.
5. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la Entidad o terceros en el desarrollo de mis actividades.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información a la que pueda acceder en cumplimiento de la presentación del servicio.
7. No tener dentro de la Entidad parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.



SELMA NADHR ANTICONA SAMANEZ  
GERENTE GENERAL  
INETS S.A.C.

---

*"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

DOC: 03086489  
EXP: 01855006

Huaraz, 17 de setiembre del 2024

**INFORME N° 035-2024REGION-A/DIRES-A/RED-S-HUAYLAS-SUR/ODI/ PP.EMyZ**

A : LIC.KRUSKAYA INFANZON QUIJANO  
Directora de la Oficina Institucional - RSHS

DE : Lic. ANALI PILAR CACHA CAMONES  
Coord. P.P. Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis.

ASUNTO : REQUERIMIENTO DE BOLSAS DE POLIETILENO.

ATENCION : OFICINA DE LOGISTICA.



Me es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle hacerle llegar el requerimiento de bolsas de polietileno 2 um x 48 cm x 70 cm color rojo para la eliminación de residuo contaminado en los establecimientos de salud del ámbito de la Red de Salud Huaylas Sur, por fuente Foncor se adjuntan el anexo 05 con las especificaciones técnicas correspondientes.

- ANEXO N° 05: solicitud de modificación de cuadro multianual de necesidades N° 0000001894.

Es cuanto informo a Ud. para las acciones correspondientes.

Atentamente,

  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
  
ANALI P. CACHA CAMONES  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
CER 72103  
COORD. PP. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS





GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR



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

Huaraz, 03 de octubre del 2024

INFORME N°00172-2024- DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED

A : C.D. WILDER GIRALDO FONTENLA  
Director de ODI de la R.S.H.

DOC: 03109162  
EXP.: 0186679

DE : Q.F. OSWALDO BLÁCIDO GONZÁLES  
Jefe de Sub Almacén Especializado de Medicamentos de la RSHS

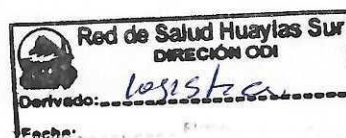
ASUNTO : SE SOLICITA COMPRA INSTITUCIONAL DE INSUMOS MÉDICOS QUE SE  
ENCUESTRAN EN CONDICIÓN DE SUB STOCK Y CON RIESGO A  
DESABASTECIMIENTO.

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RSHS.

Es grato dirigirme a usted, a fin de saludarle cordialmente y al mismo tiempo solicitar la compra institucional urgente de insumos médicos que, a la fecha, presentan condición de "sub stock", con riesgo a desabastecimiento, y que son de alta rotación, para todos los establecimientos de salud de nuestra jurisdicción.

**I. BASE LEGAL.**

- 1.1. Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2024.
- 1.2. Ley N° 26842- Ley General de Salud, numeral III. III "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley, pues el derecho a la protección de la salud es irrenunciable".
- 1.3. Resolución Ministerial N° 116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios -SISMED.
- 1.4. Resolución ministerial N° 007-2021/MINSA, que establece mantener un alto porcentaje de establecimientos de salud que aseguren los medicamentos, insumos y equipos críticos para los programas presupuestales seleccionados y disponibilidad de medicamentos esenciales.
- 1.5. Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el reglamento Ley N° 30947, Ley de Salud Mental; Artículo 23, numeral 1 y 2, Disponibilidad de psicofármacos para la atención en todos los niveles. 1. "Los establecimientos de salud que cuenten en su cartera de servicios con prestaciones de salud mental, disponen en forma sostenida y permanente de los psicofármacos necesarios para el tratamiento de los problemas de salud mental. 2. El Estado, a través de sus entidades competentes, asegura la disponibilidad y el acceso a los medicamentos psicotrópicos esenciales, estratégicos y de soporte, de calidad controlada, necesarios para atender los casos de refractariedad e intolerancia a los efectos indeseables de los fármacos esenciales.
- 1.6. Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", aprobada con R.M. N° 116-2018/MINSA, numeral 6.3.5, menciona, "que a nivel regional o local, previa emisión de un informe técnico de la ARAM, la jefatura de farmacia o quien haga sus veces, se permite la adquisición de







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

productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios considerados en compras nacionales cuando se presenten algunas de las siguientes situaciones:

-Falta de productos o riesgo de desabastecimiento en el almacén de unidad ejecutora.

-Emergencias, o emergencias sanitarias, y desastres declarados por Decreto Supremo". En estas circunstancias, el Seguro Integral de Salud (SIS) reconoce el precio resultante de estas adquisiciones, para fines de reposición.

- 1.7. Cuarta adenda al convenio entre el Seguro Integral de Salud, fondo intangible solidario de salud y el Gobierno Regional de Ancash para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.

## **II. ANTECEDENTES.**

- 2.1. En este año 2024, el ingreso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios por compra corporativa CENARES, tiene un retraso significativo que afecta en gran medida los índices de disponibilidad a nivel de la jurisdicción de la unidad ejecutora. Según la programación de compra corporativa 2024, enviada a CENARES, la unidad ejecutora Red de Salud Huaylas Sur, programó 344 ítems, de los cuales, a la fecha han ingresado solo 35, que corresponde al 10.2% del total programado.
- 2.2. El día 20-03-2024, la jefatura del SISMED de la RSHS, presentó el INFORME N°0053-2024- DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED, cuyo asunto es "SE REMITE INFORME TÉCNICO SOBRE REQUERIMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DESABASTECIDOS, SUBSTOCK Y RIESGO A SUBSTOCK", en dicho informe, se solicita el requerimiento para compra institucional con presupuesto SIS de 111 dispositivos médicos y productos sanitarios, con proyección a 08 meses de abastecimiento.
- 2.3. A la fecha de presentar este informe, se ha detectado 16 insumos médicos que están en riesgo a desabastecimiento, como se muestra en el cuadro N°01, que a pesar que en su mayoría se ha adquirido en el mes de abril mediante el INFORME N°0053-2024- DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED, a la fecha están en condición de sub stock o riesgo a desabastecimiento, que involucran a los insumos utilizados para las estrategias de Cáncer e ITS, y que, si no se adquieren, estaríamos desabastecidos a finales de año o primeros meses del próximo.
- 2.4. Mediante INFORME N°023-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-S-HS/ODI/ESITS-VIH-SIDA de fecha 01-10-2024, la coordinadora de la estrategia sanitaria Prevención y Control de ITS-VIHH-SIDA, solicita el requerimiento con presupuesto DyT, de 03 insumos para la detección oportuna de VIH-Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C. Hay que tener presente que, a la fecha, el sub almacén especializado de medicamentos de la unidad ejecutora se encuentra en estado de substock de estos insumos.





GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR



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

- 2.5. Mediante INOFRME N°065-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-S-HS/ODI/PPPyCC, de fecha 02-10-2024, la coordinadora del la Estrategia Prevención y Control de Cáncer, solicita, el requerimiento con presupuesto DyT en la meta 12, de 13 insumos que están en substock y riesgo de desabastecimiento.

### III. ANALISIS.

Según los índices de disponibilidad de dispositivos médicos y productos sanitarios, consultados en la página del MUNDO IPRESS, actualizado hasta agosto 2024, la disponibilidad llegó al 96.% , por encima del indicador financiero N°02 del SIS de la Cuarta Adenda entre el SIS y Gobierno Regional, cuyo índice ideal debe pasar el 91% mensual, por tal motivo, para mantener este índice es necesario seguir abastecidos de insumos de alta rotación y que garantizarán una atención oportuna y de calidad al paciente asegurado al SIS.

Las pruebas rápidas para detección VIH-Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C, son dirigidas a la población que presentan conductas de riesgo, porque va permitir detectar en tiempo real antígenos de superficie de estas cuatro enfermedades virales. Otros insumos utilizados para la detección precoz de problemas oncológicos, como frasco de plástico para muestra de heces, espéculos, espátula citocepillo, ácido acético, entre otros, que serán muy importantes para permitir diagnosticar en etapas iniciales procesos oncológicos aumentando las posibilidades de lograr un tratamiento curativo. Hay que tener presente que los casos de cáncer de colon y recto se podrían curar hasta el 90%, si la detección se realiza precozmente.

Así mismo, se debe recordar que, según el numeral III, de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, menciona: *"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley, pues el derecho a la protección de la salud es irrenunciable"*; así mismo, el numeral 6.3.5 de la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", aprobada con R.M. N° 116-2018/MINSA, menciona, "que a nivel regional o local, previa emisión de un informe técnico de la ARAM, la jefatura de farmacia o quien haga sus veces, se permite la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios considerados en compras nacionales cuando se presenten algunas de las siguientes situaciones:

-Falta de productos o riesgo de desabastecimiento en el almacén de unidad ejecutora.

-Emergencias, o emergencias sanitarias, y desastres declarados por Decreto Supremo". En estas circunstancias, el Seguro Integral de Salud (SIS) reconoce el precio resultante de estas adquisiciones, para fines de reposición.

Por tal motivo, ante el riesgo a que la disponibilidad de dispositivos médicos disminuya, y a no garantizar la gratuidad en el asegurado al SIS, es conveniente tomar las medidas



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR



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

adecuadas y oportunas para la adquisición de 16 insumos en condición de substock y desabastecidos, los cuales se detallan en el anexo del presente informe.

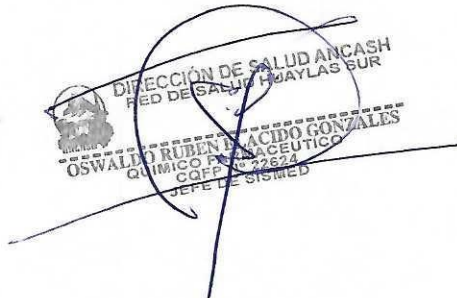
#### IV. CONCLUSIÓN:

Por lo expuesto, ante el estado de sub stock y desabastecimiento de 16 insumos médicos de alta rotación y que repercuten negativamente en paciente asegurado al SIS, pues para completar su tratamiento tienen que hacer gasto de bolsillo adicional, surge la urgente necesidad de realizar la compra urgente de los medicamentos que se detallan en el anexo N° 01.

#### RECOMENDACIÓN:

Se recomienda realizar la compra en el mas breve plazo de 16 insumos médicos que son utilizados para la atención de pacientes con riesgo a infección de VIH, heptatitis y patologías oncológicas. Es todo en cuanto informe para su conocimiento y fines que estime conveniente.

Atentamente;

  
DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
OSWALDO RUBÉN MACÍAS ACEVEDO  
QUÍMICO, P. N. 22824  
JEFE DE SISMED

C.c. Archivo  
FOLIOS(11)

#### Anexo:

- Cuadro N° 01: Lista de 16 insumos médicos requeridos para compra institucional.
- Anexo N° 05.





GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR



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

CUADRO N° 01: REQUERIMIENTO DE INSUMOS MÉDICOS POR RIESGO A DESABASTECIMIENTO SELECCIONADOS PARA COMPRA INSTITUCIONAL POR DyT

CÓDIGO SIGA	INSUMO MÉDICO	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	STOCK EN ESTABLECIMIE NTOS DE SALUD	STOCK EN SUB ALMACÉN SISMED	MESES DE EXISTENCIA DISPONIBLE	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO REFERENCIAL UNITARIO (S/.)	PRECIO REFERENCIAL TOTAL (S/.)
495700210006	CATETER ENDOVENOSO PERIFÉRICO N° 18 G X 1 1/4" - UNIDAD -	1,100	5,000	48	5	3,000	1.50	4,500.00
495700210082	CATETER ENDOVENOSO PERIFÉRICO N° 24 G X 3/4" - UNIDAD -	390	2,000	141	5	300	1.50	450.00
512000150716	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 mL - UNIDAD -	1,583	3,000	49	2	6,000	0.60	3,600.00
512000150712	FRASCO DE PLÁSTICO PARA MUESTRA DE HECE DE 30 mL CON TAPA Y ESPÁTULA - UNIDAD -	1,925	8,200	113	4	8,000	0.39	3,120.00
495500010720	MANDILON DESCARTABLE TALLA M - UNIDAD -	2,500	2,000	250	1	7,940	3.20	25,408.00
495100050106	ESPEJULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE - UNIDAD -	454	1,500	725	5	2,000	1.20	2,400.00
495100050005	ESPEJULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO - UNIDAD -	1,720	6,000	634	4	6,000	1.20	7,200.00
495700110002	BAJALENGUA DE MADERA PEDIÁTRICO - UNIDAD -	1,410	5,000	0	4	2,000	0.10	200.00
495700290004	GUANTE QUIRÚRGICO ESTÉRIL DESCARTABLE N° 7 1/2 - PAR -	2,627	13,000	4	5	5,000	0.80	4,000.00
495700210006	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M - UNIDAD -	41,700	120,000	200	3	24,000	0.19	4,560.00
156811443	LUGOL	10	9	1	1	10	65.50	655.00
156222095	ESPÁTULA-OTOCEPILLO CON ENVOLTURA	720	1,500	200	2	3,000	0.42	1,260.00
150810018	ÁCIDO ACÉTICO	67	200	3	3	200	35.00	7,000.00
358600091647	PRUEBA RÁPIDA PARA HEPATITIS B X 30 DETERMINACIONES	12	1	0	0	100	175.00	17,500.00
358600091223	PRUEBA RÁPIDA PARA HEPATITIS C X 30 DETERMINACIONES	1	1	0	1	20	72.00	1,440.00
355800020258	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH 1-2 Y SÍFILIS X 25 DETERMINACIONES	163	115	19	1	50	190.00	9,500.00

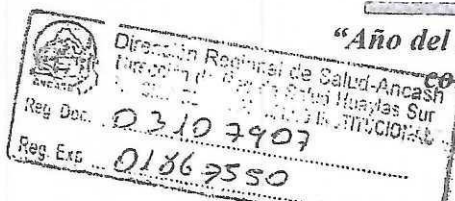
92,793.00

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
OSWALDO RIVERA BLACIDO GONZALES  
QUIMIOFARMACÉUTICO  
N° 42664  
JEFE DE SISMED





Ministerio de Salud del Perú  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Huaraz, 02 de octubre del 2024

INFORME N° 015 -2024 - REGION-A-DIRES-A-RED-S-HS/ODI/PPPvCC

A : CD. Wilder GIRALDON FONTENLA  
Director de la Oficina de Desarrollo Institucional-RSHS

DE : Lic. Iris Liliana CALIXTO GARCIA  
Coord. Del Programa de Prevención y Control de Cáncer

ASUNTO : REQUERIMIENTO DE INSUMOS

ATENCION : SISMED - UNIDAD DE SEGURAMIENTO INTEGRAL DE SALUD



Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarla cordialmente y a la vez hacer llegar el informe de Requerimiento del Insumos de médicos, con la fuente de financiamiento de DT - SIS, en la Meta 12 del programa P024, para el cumplimiento de indicadores del Programa de Prevención de Cáncer. En tal sentido REALIZO la solicitud de lo siguientes insumos previa coordinación con el área de farmacia SISMED y la Unidad de Seguros.

CÓDIGO SIGA	PRODUCTO	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO REFERENCIAL (S/.)	PI REFERENCIAL TOT
495700210006	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO N° 18 G X 1 1/4" - UNIDAD -	3,000	1.50	
495700210082	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO N° 24 G X 3/4" - UNIDAD -	400	1.50	
512000150716	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 mL - UNIDAD -	6,000	0.60	
512000150712	FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECE DE 30 mL CON TAPA Y ESPATULA - UNIDAD -	8,000	0.39	
495500010720	MANDILON DESCARTABLE TALLA M - UNIDAD -	7,940	3.20	
495100050106	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE - UNIDAD -	2,000	1.20	
495100050005	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO - UNIDAD -	6,000	1.20	
495700110002	BAJALENGUA DE MADERA PEDIATRICO - UNIDAD -	2,000	0.10	
	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 1/2 - PAR -	5,000	0.80	
495700210006	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M - UNIDAD -	24,000	0.19	
156811443	LUGOL	10	65.50	
0156222095	ESPATULA-OTICEPILLO CON ENVOLTURA INDIVIDUAL	3,000	0.42	
0150810018	ACIDO ACETICO	200	35.00	
			TOTAL	6



Asimismo, cabe recalcar que el anexo 5 estará saliendo de la oficina de SISMED, para se firmadas por las áreas correspondientes, según lo normado. Es todo cuanto informo para los fines que estime conveniente.

Atentamente,



Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud - Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur

Mg. IRIS LILIANA CALIXTO GARCIA  
COP. 24979 - DNI N° 41720556  
Coord. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

C.c. Arch.

ILCG

Folios.....



Paseo Pastorita Huaracina N° 241 - Independencia - Huaraz

Teléfono - fax: 043 - 236764

[www.redhuaylassur.gob.pe](http://www.redhuaylassur.gob.pe)





CARGO



Ministerio de Salud del Perú  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH

**RED DE SALUD HUAYLAS SUR**

"Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junin y Ayacucho"

Reg. Doc. 03103721  
Reg. Exp. 01864999

Huaraz, 01 de octubre del 2024

**INFORME N° 023-2024 - REGION-A-DIRES-A-RED-S-HS/ODI/ESITS-VIH-SIDA**

**A : C.D. Wilder GIRALDO FONTENLA**  
Director de la Oficina de Desarrollo Institucional-RSHS

**DE : Lic. Magnolia CERNA LUNA**  
Coord. De la Estrategia de ITS- VIH-SIDA

**ASUNTO : SOLICITO LA COMPRA DE INSUMOS DE LA ESTRATEGIA  
SANITARIA ITS-VIH-SIDA.**



**CON ATENCION: SUB ALMACEN ESPECIALIZADO**

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarla cordialmente y a la vez informar que se está implementando el centro TAR, que permite la entrega de servicios preventivos, y recuperativos de VIH y Hepatitis B de manera descentralizada, para lo cual incluye implementar las estrategias para la identificación de los casos de vinculación a los servicios en los Establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud Huaylas Sur por consiguiente y en el marco de cumplimiento de los indicadores y actividades de la estrategia Solicito la compra de Insumos, no se cuenta con abastecimiento para cumplir metas lo siguiente:

PRESERVATIVOS SIN NONOXINOL (cajas)	DUALES DE VIH Y SIFILIS DE 25 DETERMINACIONES (cajas)	HEPATITIS B DE 30 DETERMINACIONES (cajas)	HEPATITIS C DE 30 DETERMINACIONES (cajas)
50	50	150	20

**- MEDIOS DE CULTIVO.**

- Agar MCCONKEY. 100 placas preparadas descartable.
- Agar Sangre. 100 placas preparadas descartables.
- Asa bacteriológica 03 unidades.
- discos de sensibilidad 01 frasco por 100 unidades cada uno.

Con el **OBJETIVO** de realizar tamizajes en grupos etarios Adolescentes Jóvenes y adultos que nos permitan detectar ante los diversos padecimientos relacionados con la -Hepatitis B y C para evitar la progresión de sus complicaciones y así invitarlo.





Ministerio de Salud del Perú  
**GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH**



**RED DE SALUD HUAYLAS SUR**

"Año del Bicentenario de la Consolidación Nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Además, presentando la necesidad de dichos insumos para detectar de manera oportuna y realizar referencia al centro TAR a los usuarios que presenta reactivo al VIH y Hepatitis B y C.

CENARES si envió insumos insuficientes para la población que se tiene.  
Es todo cuanto informo para los fines que estime conveniente.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH  
Red de Salud Huaylas Sur  
*[Firma]*  
Lic. Magnolia T. Cerna Luna  
C.P.: 17974 DNI: 08688406  
Coord. Ejec. - Sanatorio de Prevención y Control ITS-VIH/SDA

C.c. Arch.  
MTCL  
Folios.....





UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 03/10/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
351000024812	ACIDO ACETICO 5% X 1 L	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
351000040133	LUGOL X 1 L	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
495100050005	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
495100050106	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
495500010720	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	7,940.00	0.00
495700110002	BAJALENGUA DE MADERA PEDIATRICA	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
495700210006	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFERICO N° 18 G X 1 1/4 in	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
495700210082	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFERICO N° 24 G X 3/4 in	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
495700740325	ESPATULA-CITOCEPILLO CON ENVOLTURA INDIVIDUAL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
512000150712	FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 ML CON TAPA Y ESPATULA	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
512000150716	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 ML	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	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 INSUMOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR, FTE. FTO. SIS.  
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:

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud - Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
M<sup>re</sup> IRIS LILIANA CALIXTO GARCIA  
C.O.P. 24246 DUV 41720556  
COORD. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud - Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
Lic. LIZ KATIA PALACIOS CRUZ  
C.O.P. 20355 DNI: 41626147  
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

DIRECCIÓN DE SALUD ANCAASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
OSWALDO RUBEN CHAVEZ GONZALEZ  
QUIMICO ANALISTA  
C.O.P. 22624  
IEFB D. SIMMED

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002071

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 03/10/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
351000024812	ACIDO ACETICO 5% X 1 L	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
351000040133	LUGOL X 1 L	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
495100050005	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE MEDIANO	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
495100050106	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE GRANDE	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
495500010720	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	7,940.00	0.00
495700110002	BAJALENGUA DE MADERA PEDIATRICA	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
495700210006	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFERICO N° 18 G X 1 1/4 in	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
495700210082	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFERICO N° 24 G X 3/4 in	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
495700740325	ESPATULA-CITOPILO CON ENVOLTURA INDIVIDUAL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
512000150712	FRASCO DE PLASTICO PARA MUESTRA DE HECES DE 30 ML CON TAPA Y ESPATULA	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
512000150716	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 60 ML	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	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 INSUMOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR, FTE. FTO. SIS.

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:

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud - Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
  
Mg. IRIS LILIANA CALIXTO GARCIA  
COP. 24568 - DNI N° 41720596  
COORDINADORA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud - Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
  
Lic. Liz Regina Palacios Cruz  
COP. 20055 - DNI N° 41720596  
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
  
GABRIEL RAMÍREZ GONZÁLEZ  
COORDINADOR TÉCNICO  
JEFE DE SISRED

Firma: Responsable del Área Usuaria



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002072

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 03/10/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	24,000.00	0.00
495700290004	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 1/2	Par	0.00	0.00	5,000.00	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 INSUMOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR, FTE. FTO. SIS.  
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:

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
M<sup>g</sup> IRIS LILIANA CALIXTO GARCIA  
COP. 2497 DNI N° 41720556  
COORD. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
L<sup>ic</sup>. Liz Karina Palacios Cruz  
COH. 20963 DNI: 41626147  
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
OSWALDO RAMIRO BACIDO GONZALES  
COORDINADOR FARMACEUTICO  
COP. 2259 DNI N° 41720556  
JEFE DE STORED

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002072

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 03/10/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	24,000.00	0.00
495700290004	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7 1/2	Par	0.00	0.00	5,000.00	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 INSUMOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR, FTE. FTO. SIS.  
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:

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud - Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
M<sup>g</sup>. IRIS LILIANA CALIXTO GARCIA  
C.O.P. 49393 D.N.I. 41720556  
COORDINADORA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
QUIMICION BLANCO HUANZALES  
C.O.P. 22621 D.N.I. 41720556  
JEFE DE SIGMIED

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud - Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
Lic. Liz Karina Palacios Cruz  
C.O.P. 20965 D.N.I. 41626147  
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria