

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	2			
		Fecha	23/05/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL AMAZONICO			
		RUC	20175940015			
		Dirección	JR. AGUAYTIA NRO. 605 UCAYALI - CORONEL PORTILLO - YARINACocha			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@haya.gob.pe			
		Persona de contacto	JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GUERRERO OJEDA WILMER FRANCISCO			
		RUC	10105516521			
		Dirección	JR. IQUITOS N° 128			
		Teléfono(s)	954163271			
		Correo electrónico	imp_cautivo@yahoo.es			
		Representante o persona de contacto	GUERRERO OJEDA WILMER FRANCISCO			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	x
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia	x
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center"> <b>MINISTERIO DE SALUD</b>  DIRESA - GDS - GRU  HOSPITAL AMAZÓNICO    .....  Lic. Adm. JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ  JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA </div>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

**CAUTIVO**  
IMPRESA Y PUBLICIDAD  
WILMER FRANCISCO GUERRERO OJEDA  
imp\_cautivo@yahoo.es

Trabajos de Imprenta en general, Sellos, Afiches, trípticos, Volantes,  
Diseños Gráficos, Impresión de Revistas a full color, Ventas de Libros  
Gubernamentales al por mayor y menor, Artículos Publicitarios, Polos,  
Gorros, Chalecos, Buzos, Calzados, Estampados y Sublimados.

RUC. 10105516521  
Jr. Iquitos N°128

24 de Mayo del 2023

Señores: Hospital Amazonico

**Presente.-**

De mi Consideración:

Me es grato dirigirme a Ud., para expresarle mi saludo y a la vez presentarles la siguiente proforma  
solicitada por Uds.:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT.	UNIDAD	P.TOTAL
01	Formato Recetario estandarizado Autocopiativo (Original + Copia) tamaño 1/2 x 50 De uso de Cartucho de Gases Arteriales Block x 100 - A4	150 Unidad	35.00	5,250.00
02	Receta de Dosis Unitaria Autocopiativo ( 1 Original x 3 Copias) Tamaño A4 Block x 100 juegos Tamaño A4	100 Unidad	98.00	9,800.00
03	Formato Recetario de Estupefacientes y Psicotropicos Block x 50 juego original + dos copias 1/2 oficio	30 Unidad	42.00	1,260.00
04	Formato Recetario Medico Estandarizado (Block x 100 hojas) Original + 1 copia Block x 100 Juegos 1/2 Oficio	300 Unidad	35.00	10,500.00
05	Formato Recetario de Pabellones (Hospitalización) Block x 100 hojas Original + 1 copia x 100 juegos de 1/4 de oficio	500 Unidad	18.00	9,000.00
06	Formato Recetario Unico Estandarizado (Block x 100 juegos) Consumo de Oxigeno Medicinal Gaseoso Tamaño A4 Original + 2 copia	100 Unidad	89.00	8,900.00

**TOTAL: S/ 44,710.00**

Sin otro particular, es propicia la ocasión para renovar a Ud., nuestra especial  
consideración y estima personal.

**Condiciones:**

- Todo los Precios **incluyen** IMPUESTOS DE LEY y están expresados en Soles.
- Tiempo de entrega: ..... dias hábiles.
- Condiciones de pago:

**CAUTIVO**  
**IMPRESA Y PUBLICIDAD**

Wilmer F. Guerrero Ojeda

Jr Iquitos 128, Pucallpa - Perú ☎ (061)285592 CEL: 954163271

**Re: INVITACION SOLICITUD DE COTIZACION SE AD...**

Mensaje 3 de 11826

De **Wilmer francisco Guerrero ojeda <imp\_cautivo@yahoo.es>**  
 Destinatario **Unidad de Logística y Abastecimiento <adquisiciones@haya.gob.pe>**  
 Fecha **Hoy 08:43**

En martes, 23 de mayo de 2023, 17:19:52 GMT-5, Wilmer francisco Guerrero ojeda <imp\_cautivo@yahoo.es> escribió:

- PDF ANEXO 2..pdf (~956 KB)
- PDF Anexo 3.pdf (~1,2 MB)
- PDF Anexo4\_-\_Direc... (~1,2 MB)
- JPG Proformas Hosp... (~589 KB)
- JPG Autorización - H... (~4,4 MB)
- PDF CONSTANCIA DEL... (~87 KB)
- PDF reporteec\_ficha... (~176 KB)



**HOSPITAL AMAZONICO Y  
UNIDAD DE LOGÍSTICA Y ABA...**

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

*Ucayali*

**ANEXO 03**

Señores

**Oficina de Administración**  
Hospital Amazónico de Yarinacocha-HAYA

Presente.

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

Por medio de la presente, comunico a Usted que el número del CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) es:

0	1	1	3	0	6	0	0	0	2	0	0	8	5	1	1	1	4	8	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Proveedor (A) :

**Wilmer Francisco Guerrero Ojeda**

(Indicar el nombre o razón social de el/la proveedor/a titular de la cuenta)

RUC N°:

1	0	1	0	5	5	1	6	5	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada an abonados en la cuenta de ahorros en SOLES del BANCO

Banco Continental



RUC N° 10105516521

# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

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

**GUERRERO OJEDA WILMER FRANCISCO**

Domiciliado en: UCAYALI - CORONEL PORTILLO - CALLERIA (Según información declarada en la SUNAT)

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

### PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 09/06/2018

### PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 09/06/2018

FECHA IMPRESIÓN: 24/04/2023

#### **Nota:**

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

Retornar

Imprimir



## Reporte de Ficha RUC

GUERRERO OJEDA WILMER FRANCISCO  
10105516521

Lima, 24/04/2023

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	02 PERSONA NATURAL CON NEGOCIO
Fecha de Inscripción	26/08/2015
Fecha de Inicio de Actividades	26/08/2015
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0153 - O.Z.UCAYALI-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	06/04/2022
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 06/04/2022)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	-
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	1811 - IMPRESIÓN
Actividad Económica Secundaria 1	7310 - PUBLICIDAD
Actividad Económica Secundaria 2	---
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	MANUAL
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	61 - 285592
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	61 - 921627051
Teléfono Móvil 2	-- 963321665
Correo Electrónico 1	divad338@gmail.com
Correo Electrónico 2	imp_cautivo@yahoo.es

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	1811 - IMPRESIÓN
Departamento	UCAYALI
Provincia	CORONEL PORTILLO
Distrito	CALLERIA
Tipo y Nombre Zona	-
Tipo y Nombre Vía	JR. IQUITOS
Nro	128
Km	-

Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	A ESPALDAS DEL ESTADIO OFICIAL
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

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

Documento de Identidad	DNI 10551652
Cond. Domiciliado	DOMICILIADO
Fecha de Nacimiento o Inicio Sucesión	22/05/1972
Sexo	Masculino
Nacionalidad	PERUANA
País de Procedencia	-

#### Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	26/08/2015	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2017	-	-	-

#### Importante:

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



Dependencia SUNAT: O.Z.UCAYALI-MEPECO

Fecha: 24/04/2023

Hora: 10:11

Página 3 de 3

*Karla Mónica La Torre Quinteros*

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=roN%2BygoefOffvu5Fjw2gxL2klaDR5qnOiiB5SpeeE1wg4z2NVvITPwaFD0nwn%2Fs24NDuXpDWYZFoVERYht4bjWvpjSMELgLuX9yEI8DUWJo%3D>



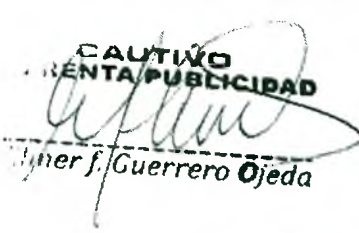
**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	2			
		Fecha	23/05/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL AMAZONICO			
		RUC	20175940015			
		Dirección	JR. AGUAYTIA NRO. 605 UCAVALI - CORONEL PORTILLO - YARINACocha			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@haya.gob.pe			
		Persona de contacto	JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GUERRERO OJEDA WILMER FRANCISCO			
		RUC	10105516521			
		Dirección	JR. IQUITOS N° 128			
		Teléfono(s)	954163271			
		Correo electrónico	imp_cautivo@yahoo.es			
		Representante o persona de contacto	GUERRERO OJEDA WILMER FRANCISCO			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	x
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia	x
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>MINISTERIO DE SALUD DIRESA - GDS - GRU HOSPITAL AMAZONICO</p> <p>Lic. Adm. JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>CAUTIVO IMPRESA PUBLICIDAD</p> <p>Wilmer J. Guerrero Ojeda</p> </div> </div> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p>					


Recibido 24 / 05 /2023



Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	24 de Mayo del 2023	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 44,710.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso		
3	Declaración jurada del proveedor		
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>			
4	<div style="text-align: center;">  <p>Jhony f. Guerrero Ojeda</p> </div>		
Nombre, firma y sello del proveedor			

**Anexo N° 4**

<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	24 de Mayo del 2023
<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	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 44,710.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	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>	



HOSPITAL AMAZONICO YARINACOCOA  
UNIDAD DE LOGÍSTICA Y ABASTECIMIENTO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



ANEXO 03

Señores

Oficina de Administración

Hospital Amazonico de Yarinacocha HAYA

Presente

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

Por medio de la presente, comunico a Usted que el número del CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) es:

0	1	1	3	0	6	0	0	0	2	0	0	8	5	1	1	1	4	8	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Proveedor (A)

Wilmer Francisco Guerrero Ojeda

(Indicar el nombre o razón social de el/la proveedor/a titular de la cuenta)

RUC N°:

1	0	1	0	5	5	1	6	5	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada an abonados en la cuenta de ahorros en SOLES del BANCO

Banco Continental

Asi mismo, dejo constancia que la factura a ser emitida por el/la suscritor/a (o mi representada), una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra, de Servicio o consultaría, queda 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.

Atentamente,


CAUTIVO  
IMPRESA PUBLICIDAD  
FIRMA DE EL/A PROVEEDOR/A

NOMBRE EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL: Wilmer Francisco Guerrero Ojeda

NOTA : EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO CON EL RUC



**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	3			
		Fecha	23/05/2023			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	HOSPITAL AMAZONICO			
		RUC	20175940015			
		Dirección	JR. AGUAYTIA NRO. 605 UCAYALI - CORONEL PORTILLO - YARINACocha			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@haya.gob.pe			
		Persona de contacto	JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	GUEVARA CABRERA ILMER INES			
		RUC	10000627645			
		Dirección	JR. HUASCAR N° 254			
		Teléfono(s)	961608844			
		Correo electrónico	gilmerines59@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	GUEVARA CABRERA ILMER INES			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	x
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia	x
<b>5</b>	<b>Información complementaria</b>					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
<b>6</b>	<div align="center">  <p>MINISTERIO DE SALUD DIRESA - GDS - GRU HOSPITAL AMAZONICO</p> <p>Lic. Adm. JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					



R.U.C. 10000627645

# PROFORMA

NU

↑ ↑ ↑ ↑ ↑

061-872210-1

UCAYALI - CORDONEL PORTILLO - CALLEWDA

En la ciudad de San Juan, P.R., a los 15 días del mes de Mayo del 2010, el Sr. [Redacted] comparece ante el Sr. Jefe de la Oficina de la Procuraduría General del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Sr. [Redacted], quien le pregunta si es consciente de que el Sr. [Redacted] es el propietario de la propiedad ubicada en [Redacted] y si es consciente de que el Sr. [Redacted] es el propietario de la propiedad ubicada en [Redacted].

0105] HOSPITAL AMAZONICO

**Dirección:**

R.U.C. N° 2 0 1 7 5 9 4 0 0 1 5

Tell:

23 05 23

Por medio de la presente me permito hacerles llegar a solicitud de ustedes) la siguiente cotización:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR VENTA
150	Formato Recetario estandarizado Autocopiativo (Original	3700	5,550.00
Unidad	+ Copia) tamaño 1/2 x 50 De uso de Cartucho de Gases		
	Arteriales Block x 100 - A4		
100	Receta de Dosis Unitaria Autocopiativo ( 1 Original x 3	99.00	9,900.00
Unidad	Copias) Tamaño A4 Block x 100 juegos Tamaño A4		
30	Formato Recetario de Estupefacientes y Psicotropicos	43.00	1,290.00
Unidad	Block x 50 juego original + dos copias 1/2 oficio		
300	Formato Recetario Medico Estandarizado (Block x 100	37.00	11,100.00
Unidad	hojas) Original + 1 copia Block x 100 Juegos 1/2 Oficio		
500	Formato Recetario de Pabellones (Hospitalizacion) Block x	19.00	9,500.00
Unidad	100 hojas Original + 1 copia x 100 juegos de 1/4 de oficio		
100	Formato Recetario Unico Estandarizado (Block x 100 juegos)	90.00	9,000.00
Unidad	Consumo de Oxigeno Medicinal Gaseoso Tamaño A4		
	Original + 2 copia		
			46,340.00

VALIDO

**ENTREGA:**

7 días

## CONDICIONES

## Contado Comercial

**MULTISERVICIOS "B & C"**

**Almar Ines Guevara Cobarrubias**  
p. MULTISUBSCRIPCIÓN



RE: INVITACION SOLICITUD DE COTIZACION SE AD...

Mensaje 4 de 11818

De ilmer ines guevara cabrera <gilmerines59@hotmail.com>  
Destinatario Unidad de Logística y Abastecimiento <adquisiciones@haya.gob.pe>  
Fecha mar 19:28

De: Unidad de Logística y Abastecimiento  
adquisiciones@haya.gob.pe>  
Enviado: martes, 23 de mayo de 2023 16:32  
De: Gilmerines59 <gilmerines59@hotmail.com>  
Asunto: INVITACION SOLICITUD DE COTIZACION SE ADJUNDA ANEXO  
Y 4 PROCESO COMPARACION DE PECIOS

- PDF ANEXO - 02.pdf (~932 KB)
- PDF ANEXO - 03.pdf (~1,2 MB)
- PDF ANEXO - 04.pdf (~1,2 MB)
- PDF Autorizacion de ... (~829 KB)
- PDF CONSTANCIA DEL... (~84 KB)
- PDF Reporte de Ficha... (~9,4 MB)
- JPG PROFORMAS IL... (~586 KB)

NOT(A)

Mediante el presente reciba un cordial saludo, así mismo se le invita a cotizar, de acuerdo a la Solicitud de Cotización adjunta.

**IMPORTANTE:** CABE INDICAR LAS CONDICIONES DEL SERVICIO

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS:**

- \* Productos Originales o Compatibles
- \* Descripción completa del bien o producto
- \* Características principales o adicionales
- \* Accesorios/Repuestos Adicionales requeridos
- \* Plazo de entrega en N.º Días
- \* Indicar la marca de procedencia
- \* Garantía comercial
- Validez de la oferta
- Indicar si los precios incluyen o exoneran I.G.V
- Forma de pago

**ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:**

- Declaración jurada de no encontrarse inhabilitado, impedido, ni suspendido (RELLENAR Y ENVIAR ESCANEADO)
- Declaración jurada de registro de código de cuenta interbancario (RELLENAR Y ENVIAR ESCANEADO)
- Registro nacional de proveedores (RNP) de bienes
- Copia RUC

Agradeciendo por anticipado su gentil atención.

Saludos,



PROFORMAS ILMER  
000319.jpg





RUC N° 10000627645

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES****CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****GUEVARA CABRERA ILMER INES**

Domiciliado en: UCAYALI - CORONEL PORTILLO - CALLERIA (Según información declarada en la SUNAT)

*Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:***PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 01/04/2017

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 01/04/2017

**FECHA IMPRESIÓN: 24/04/2023****Nota:**Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe) - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

# Reporte de Ficha RUC

GUEVARA CABRERA ILMER INES  
10000627645

Lima, 24/04/2023

## Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	02 PERSONA NATURAL CON NEGOCIO
Fecha de Inscripción	11/01/2005
Fecha de Inicio de Actividades	01/02/2005
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0153 - O.Z.UCAYALI-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emissor electrónico desde	15/10/2021
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 15/10/2021),BOLETA (desde 21/01/2023)

## Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	MULTISERVICIOS G & C
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	1812 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS RELACIONADAS CON LA IMPRESIÓN
Actividad Económica Secundaria 1	4799 - OTRAS ACTIVIDADES DE VENTA AL POR MENOR NO REALIZADAS EN COMERCIOS, PUESTOS DE VENTA O MERCADOS
Actividad Económica Secundaria 2	3290 - OTRAS INDUSTRIAS MANUFACTURERAS N.C.P.
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	MANUAL
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	61 - 961930520
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	mike_amoreterno_@hotmail.com
Correo Electrónico 2	-

## Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	1812 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS RELACIONADAS CON LA IMPRESIÓN
Departamento	UCAYALI
Provincia	CORONEL PORTILLO
Distrito	CALLERIA
Tipo y Nombre Zona	-
Tipo y Nombre Vía	JR. HUASCAR

Nro 254B  
 Km -  
 Mz -  
 Lote -  
 Dpto -  
 Interior -  
 Otras Referencias -  
 Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal PROPIO

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

Documento de Identidad DNI 00062764  
 Cond. Domiciliado DOMICILIADO  
 Fecha de Nacimiento o Inicio Sucesión 04/02/1959  
 Sexo Femenino  
 Nacionalidad PERUANA  
 Pais de Procedencia -

#### Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	01/02/2005	-	-	-
RENTA - REGIMEN ESPECIAL	01/02/2005	-	-	-

#### Importante:

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



Dependencia SUNAT: O.Z.UCAYALI-MEPECO

Fecha: 24/04/2023

Hora: 11:16

Página 3 de 3



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-tireporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=tiHZbSLN0S6PucIAZK8Pq7wGY1FSbO%2F17EJTAKOgGhrHvHZgYY6Yk9txTmPH6aSumNSmuU2zUBkK38MfR8kJFMmyrN%2B6UtDR7Wh7Zi4Qs4E%3D>




**Anexo N° 2**

<b>Solicitud de cotización</b>						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	3			
		Fecha	23/05/2023			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	HOSPITAL AMAZONICO			
		RUC	20175940015			
		Dirección	JR. AGUAYTIA NRO. 605 UCAVALI - CORONEL PORTILLO - YARINACOCOA			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@haya.gob.pe			
		Persona de contacto	JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	GUEVARA CABRERA ILMER INES			
		RUC	10000627645			
		Dirección	JR. HUASCAR N° 254			
		Teléfono(s)	961608844			
		Correo electrónico	gilmerines59@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	GUEVARA CABRERA ILMER INES			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes	<input type="checkbox"/>	Servicios <input checked="" type="checkbox"/>	
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input type="checkbox"/>	Términos de referencia <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>5</b>	<b>Información complementaria</b>					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
<b>6</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>MULTISERVICIOS S &amp; C</b> Ilmer Ines Guevara Cabrera PROPIETARIA R.U.C. 10000627645</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>MINISTERIO DE SALUD</b> DIRESA - GDS - GRU HOSPITAL AMAZONICO Lic. Adm. JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div> </div> <p align="center"><b>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</b></p>					

Recibido 23 / 05 /2023

### Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	23 de Mayo del 2023	
<b>2</b>	<b>Cotización</b>		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN FORMATOS DE RECETAS UNICAS ESTANDAR	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	46,340.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso		
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>			
<b>4</b>	<div style="text-align: center;">  <p><b>MULTISERVICIOS S &amp; C</b>  <b>Ilmer Ines Cabrera</b>  PROPIETARIA  R.U.C. 10000017648</p> </div>		
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>			





HOSPITAL AMAZONICO YARINACocha  
UNIDAD DE LOGÍSTICA Y ABASTECIMIENTO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



ANEXO 03

Señores

Oficina de Administración  
Hospital Amazónico de Yarinacocha-HAYA

Presente.

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Usted que el número del CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) es:

0	0	2	4	8	0	1	2	0	6	0	3	5	3	4	0	1	3	2	4
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Proveedor (A) :

Ilmer Ines Guevara Cabrera

(Indicar el nombre o razón social de el/la proveedor/a titular de la cuenta)

RUC N°:

1	0	0	0	0	6	2	7	6	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada an abonados en la cuenta de ahorros en SOLES del BANCO

BCP

Asi mismo, deajo constancia que la factura a ser emitida por el/la suscrito/a (o mi representada), una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra, de Servicio o consultaría, queda 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

Atentamente,

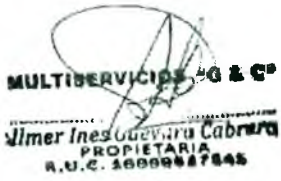
MULTISERVICIOS S.A. & C<sup>ta</sup>  
Ilmer Ines Guevara Cabrera  
PROPIETARIA  
R.U.C. 1000047645

FIRMA DE EL/LA PROVEEDOR/A


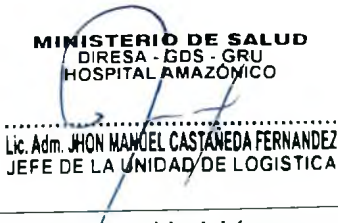
NOMBRE EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL: Ilmer Ines Guevara Cabrera

NOTA : EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO CON EL RUC

**Anexo N° 4**

<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	23 de Mayo del 2023
<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	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN FORMATOS DE RECETAS UNICAS ESTANDAR
2.2	Monto total según informe de indagación	46,340.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	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>	 <p><b>MULTISERVICIOS S.G. &amp; C<sup>ta</sup></b>  <b>Almer Ines Guevara Cabrera</b>  <b>PROPIETARIA</b>  <b>R.U.C. 26000017845</b></p>	
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>		

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización			
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	1
		Fecha	23/05/2023
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	HOSPITAL AMAZONICO
		RUC	20175940015
		Dirección	JR. AGUAYTIA NRO. 605 UCAYALI - CORONEL PORTILLO - YARINACocha
		Teléfono(s)	
		Correo electrónico	adquisiciones@haya.gob.pe
		Persona de contacto	JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	PINEDO ROJAS RENE
		RUC	10803545885
		Dirección	JR. MAYA DE BRITO N° 782
		Teléfono(s)	942404731
		Correo electrónico	elpinedo17@hotmail.com
		Representante o persona de contacto	PINEDO ROJAS RENE
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes <input type="checkbox"/> Servicios <input checked="" type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR
		Se adjunta	Especificaciones técnicas <input type="checkbox"/> Términos de referencia <input checked="" type="checkbox"/>
<b>5</b>	<b>Información complementaria</b>		
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.		
<b>6</b>	<div style="text-align: center;">   <b>MINISTERIO DE SALUD</b>  <b>DIRESA - GDS - GRU</b>  <b>HOSPITAL AMAZONICO</b>      <b>Lic. Adm. JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ</b>  <b>JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</b> </div>		
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones			



## IMPRESIONES Y SERVICIOS

## "El Pinedo"

## Imprimiendo tus Ideas

DE: RENÉ PINEDO ROJAS

**SERVICIO DE IMPRESIÓN EN OFFSET**

**Jr. Maya de Brito N° 782 - Cel.: 942404731**  
UCAYALI - CORONEL PORTILLO - CALLERIA

R.U.C. 10803545885

# PROFORMA

Pucallpa, 23 de Mayo del 20 23

SEÑORES

HOSPITAL AMAZONICO

DIRECCIÓN

Jr. Aguaytia Nro 605 - Yarinacocha

QUEREMOS SALUDARLOS MUY AFECTUOSAMENTE Y AL MISMO TIEMPO PRESENTARLE(S) NUESTRA(S)  
 PARTE(S) PROPUESTA(S):

[illegible]

A la espera de su importante orden nos suscribimos de ustedes.

SUB-TOTAL S/	46,980
I.G.V. %	
TOTAL S/	46,980

IMPRESIONES Y SERVICIOS "EL PINEDO"

**Rene Pinedo Rojas**  
D.N.I. 80354588

**RE: INVITACION SOLICITUD DE COTIZACION SE AD...**

Mensaje 3 de 11818

De **rene pinedo rojas <elpinedo17@hotmail.com>**  
 Destinatario **Unidad de Logística y Abastecimiento <adquisiciones@haya.gob.pe>**  
 Fecha **mar 19:37**

De: Unidad de Logística y Abastecimiento

&lt;adquisiciones@haya.gob.pe&gt;

Enviado: martes, 23 de mayo de 2023 21:29

Para: Elpinedo17 &lt;elpinedo17@hotmail.com&gt;

Asunto: INVITACION SOLICITUD DE COTIZACION SE ADJUNDA ANEXO 2,3 Y 4 PROCESO COMPARACION DE PRECIOS

- Anexo - 002.pdf (~915 KB) ▾
- Anexo - 003.pdf (~1,2 MB) ▾
- Anexo - 004.pdf (~1,2 MB) ▾
- Autorizacion de ... (~1,7 MB) ▾
- CONSTANCIA DEL... (~85 KB) ▾
- Ficha Ruc002.pdf (~9,5 MB) ▾
- PROFORMAS PI... (~1,0 MB) ▾

**SEÑOR(A)**

Ante el presente reciba un cordial saludo, así mismo se le invita a participar de acuerdo a la Solicitud de Cotización adjunta.

**IMPORTANTE: CABE INDICAR LAS CONDICIONES DEL SERVICIO**

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS:**

- \* Productos Originales o Compatibles
- \* Descripción completa del bien o producto
- \* Características principales o adicionales
- \* Accesorios/Repuestos Adicionales requeridos
- \* Plazo de entrega en N.º Días
- \* Indicar la marca de procedencia
- \* Garantía comercial
- \* Validez de la oferta
- \* Indicar si los precios incluyen o exoneran I.G.V
- \* Forma de pago

**ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:**

- \* Declaración jurada de no encontrarse inhabilitado, impedido, ni suspendido (RELLENAR Y ENVIAR ESCANEADO)
- \* Declaración jurada de registro de código de cuenta interbancario activo (RELLENAR Y ENVIAR ESCANEADO)
- \* Registro nacional de proveedores (RNP) de bienes
- \* Ficha RUC

Quedando a la espera de su gentil atención.

Atte,



**PROFORMAS  
PINEDO02.jpg**



RUC N° 10803545885

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES****CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****PINEDO ROJAS RENE**

Domiciliado en: UCAYALI - CORONEL PORTILLO - CALLERIA (Según información declarada en la SUNAT)

***Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:*****PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia

: Desde 23/04/2016

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia

: Desde 23/04/2016

**FECHA IMPRESIÓN: 24/04/2023****Nota:**

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

Retornar

Imprimir





Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 80354588	PINEDO ROJAS RENE	TITULAR	17/01/1976	25/07/2014	-	-
	Dirección		Ubigeo	Teléfono		Correo
	JR. MAYA DE BRITO 782	UCAYALI CORONEL PORTILLO CALLERIA	25 -			
	País de Residencia		País de Constitución			

**Importante:**

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

Dependencia SUNAT: O.Z.UCAYALI-MEPECO

Fecha: 24/04/2023

Hora: 11:13

Página 3 de 3

*Karla Montoya La Torre Quispe*

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=51eZcOh4hqHFgDIUYcGeMIIYU8fmJ1ZOzYi%2BavpfvniNzwiQJZIZY9MjCWJ8%2BBFR6CJvI7qC30Y4MfmPhuuS44GSH09Bm5vprrbDkICL7JY%3D>



## Reporte de Ficha RUC

Lima, 24/04/2023

MULTISERVICIOS GRAFICOS EL PINEDO E.I.R.L.  
20394055477

### Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	07 EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA
Fecha de Inscripción	14/08/2014
Fecha de Inicio de Actividades	14/08/2014
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0153 - O.Z.UCAYALI-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	15/11/2021
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 15/11/2021),BOLETA (desde 03/03/2022). (desde 30/03/2022)

### Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	-
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	1811 - IMPRESIÓN
Actividad Económica Secundaria 1	---
Actividad Económica Secundaria 2	---
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	MANUAL
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	61 - 960159684
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	javiernet_2015@hotmail.com
Correo Electrónico 2	-

### Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	1811 - IMPRESIÓN
Departamento	UCAYALI
Provincia	CORONEL PORTILLO
Distrito	CALLERIA
Tipo y Nombre Zona	-
Tipo y Nombre Vía	JR. MAYA DE BRITO
Nro	782
Km	-



Mz

Lote

Dpto

Interior

Otras Referencias

Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal

POR EL PUENTE DE LA MAYA DE BRITO  
CESION EN USO.

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

Fecha Inscripción RR.PP 25/07/2014  
Número de Partida Registral 11109324  
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	14/08/2014	-	-	-
RENTA - REGIMEN ESPECIAL	14/08/2014	-	-	-

#### Representantes Legales

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 80354588	PINEDO ROJAS RENE	TITULAR-GERENTE	17/01/1976	25/07/2014	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	JR. MAYA DE BRITO 782	UCAYALI CORONEL PORTILLO CALLERIA	25 -		

#### Otras Personas Vinculadas




**Anexo N° 2**

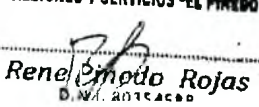
Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	1			
		Fecha	23/05/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL AMAZONICO			
		RUC	20175940015			
		Dirección	JR. AGUAYTIA NRO. 605 UCAYALI - CORONEL PORTILLO - YARINACocha			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@haya.gob.pe			
		Persona de contacto	JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	PINEDO ROJAS RENE			
		RUC	10803545885			
		Dirección	JR. MAYA DE BRITO N° 782			
		Teléfono(s)	942404731			
		Correo electrónico	elpinedo17@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	PINEDO ROJAS RENE			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	x
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE RECETAS ÚNICAS ESTÁNDAR			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia	x
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>IMPRESIONES Y SERVICIOS "EL PINEDO"</b></p> <p><i>Rene Pinedo Rojas</i></p> <p>D.N.I. 20354588</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p><b>MINISTERIO DE SALUD</b> DIRESA - GDS - GRU HOSPITAL AMAZONICO</p> <p>Lic. Adm. JHON MANUEL CASTAÑEDA FERNANDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div> </div> <p align="center">Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p>					

Recibido 23 / 05 /2023

### Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	23 de Mayo del 2023	
2	Cotización		
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN FORMATOS DE RECETAS UNICAS ESTANDAR	
	2.2 Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
	2.3 Monto total cotizado	S/ 46,980	
	2.4 Detallar documentación adjunta, de ser el caso		
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<p style="text-align: center;"><b>IMPRESIONES Y SERVICIOS "EL PINEDO"</b></p> <p style="text-align: center;">   <b>Rene Pinedo Rojas</b>  <small>D. N.º. 80754000</small> </p> <p style="text-align: center;">Nombre, firma y sello del proveedor</p>		

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	23 de Mayo del 2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN FORMATOS DE RECETAS UNICAS ESTANDAR
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 46,980
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	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 style="text-align: center;"><b>IMPRESIONES Y SERVICIOS "EL PINTO"</b>  <b>Rene Pinoto Rojas</b> D.N.I. 80114600</div> <div style="text-align: center;">Nombre, firma y sello del proveedor</div>	





HOSPITAL AMAZONICO YARINACOCOA  
UNIDAD DE LOGÍSTICA Y ABASTECIMIENTO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



ANEXO 03

Señores

Oficina de Administración  
Hospital Amazonico de Yarinacocha-HAYA

Presente

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Usted que el número del CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) es

0	0	2	4	8	0	1	2	5	1	9	2	0	0	9	0	3	6	2	1
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Proveedor (A) :

Pinedo Rojas Rene

(Indicar el nombre o razon social de el/la proveedor/a titular de la cuenta)

RUC N°:

1	0	8	0	3	5	4	5	8	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada an abonados en la cuenta de ahorros en SOLES del BANCO

BCP

Asi mismo, dejo constancia que la factura a ser emitida por el/la suscritor/a (o mi representada), una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra, de Servicio o consultoria, queda 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 parrafo de la presente.

Atentamente,

IMPRESIONES Y SERVICIOS EL PINEDO

Rene Pinedo Rojas  
D.N.I. 80354588

FIRMA DE EL/LA PROVEEDOR/A

NOMBRE EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL: pinedo rojas rene

NOTA : EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO CON EL RUC



PERU

Ministerio de  
Economía y FinanzasOrganismo Supervisor de  
las Contrataciones del  
Estado

Consejo Directivo

## Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe		081-2023	
		Fecha de informe		02/06/2023	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X
		Descripción del objeto de la contratación		"CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE RECETAS UNICAS ESTÁNDAR"	
3	Antecedentes				
La Unidad de Logística tiene previsto la Contratación de Servicio de Impresión de Formatos de Recetas Únicas Estándar solicitados por el Servicio de Farmacia; según Oficio N° 204-2023-GRU-DIRESA-HAYA/DF.					
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	
	Según una indagación previa de mercado realizado por la Unidad de Logística, los materiales de osteosíntesis requeridos, se encuentran disponibles en el mercado para su comercialización, con pluralidad de marcas y postores.				
	b. Fáciles de obtener en el mercado			X	
	Asimismo, los materiales de osteosíntesis requeridos son ofertados por droguerías, importadoras y empresas especializadas en el rubro, que tienen alcance regional y nacional.				
	c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado			X	
	Los productos requeridos son materiales de osteosíntesis debidamente aprobados por la autoridad de salud y autorizados para su comercialización mediante el Registro Sanitario respectivo, por lo que su comercialización está regulada mediante documentos normativos del gobierno nacional.				
	d. descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante			X	
	Los productos requeridos son materiales de osteosíntesis que lo comercializan las empresas según sus propios diseños y patentes, y no responden a requerimientos particulares de la entidad.				
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.					
5	Observaciones				
Ninguna.					
6	<div style="text-align: center;"> C.P.C. ABEL ARTURO TEJEDA VILLANUEVA JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA Y ABASTECIMIENTO</div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					



Firmado digitalmente por  
SEMARIO ZAVALA PAIRO  
Miguel PAU 22419026109 808  
Miguel PAU 22419026109 808  
Fecha: 19/07/2020 17:07:41 -05:00



Organismo  
Supervisor de las  
Contrataciones  
del Estado