



Anexo N° 1

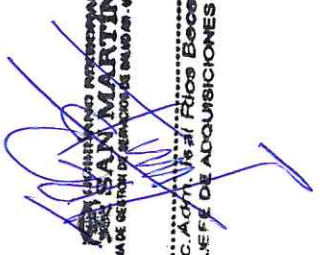
Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios						
1	Datos del documento	Número de informe			001-2024	
		Fecha de informe			12/09/2024	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES.			
3	Antecedentes					
	<p>MEDIANTE NOTA DE COORDINACION N° 1512-2024-DIRESA/OGESS-AH/DGS/SFC, DE FECHA 04/09/2024, LA DIRECTORA DE GESTION SANITARIA , PRESENTA LA EE.TT PARA LA ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION DE PACIENTES DEL HOSPITAL II-1 JOSE PEÑA PORTUGUEZ - TOCACHE. SE HA VERIFICADO QUE EL BIEN A CONTRATAR NO SE ENCUENTRA EN EL CATALOGO ELECTRONICO DE ACUERDO MARCO; POR TAL MOTIVO ES VIABLE LA ADQUISICION, MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN COMPARACION DE PRECIOS.</p> <p>SE HA VERIFICADO EN EL SEACE QUE EXISTE ANTECEDENTES DE ADQUISICION DE BIENES IGUALES Y SIMILARES EN OTRAS ENTIDADES DEL ESTADO, LA CUAL SE ADJUNTA AL PRESENTE INFORME.</p>					
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general				¿Cumple con la condición?	
					Sí Cumple	No Cumple
	a.	Disponibilidad inmediata.			X	
	EL ESTUDIO DE MERCADO REALIZADO POR EL OEC, DIO COMO RESULTADO QUE LOS BIENES A ADQUIRIR SERA ENTREGADO EN UN PLAZO NO MAYOR DE 3 DIAS CALENDARIOS, PERIODO ESTABLECIDO EN LA Directiva N° 022-2016-OSCE/CD – Disposiciones aplicables a la comparación de precios. Aprobada mediante Resolución N° 239-2016-OSCE/PRE, modificada mediante la Resolución N° 094-2020-OSCE/PRE, publicada en el Diario oficial El Peruano el 14 de julio del 2020, POR LO TANTO, SON DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA.					
	b.	Cumplan con las especificaciones técnicas o términos de referencia sin necesidad de ser fabricados, producidos, modificados, suministrados o prestados siguiendo la descripción particular de la Entidad.				
	EL BIEN POR ADQUIRIR ES DE FABRICACION ESTANDAR, NO SIGUE LINEAMIENTO REALIZADO POR LA ENTIDAD.					
	c.	Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado.				
EL BIEN POR ADQUIRIR ES DE COMERCIALIZACION ESTANDAR Y EXISTE EN EL MERCADO SUFICIENTE STOCK Y PLURALIDAD DE POSTORES DE LOS COMERCIALIZAN						
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.						
5	Observaciones					
	NINGUNA					
6	  <p>SAN MARTÍN OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AH - U.E. - 400 Lic. Adm. Isai Ríos Becerra CLAD - 27285 JEFE DE LOGÍSTICA</p>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

FECHA: 09-09-24

FORMATO DE CUADRO COMPARATIVO (BIENES)

TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: COMPARACION DE PRECIOS	
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN: ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES.	


ITEM Nº	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS										VALOR REFERENCIAL (V.R.)	
				DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.		DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.		CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.		PROCEDIMIENTO Y/O METODOLOGIA UTILIZADO PARA DETERMINAR EL VALOR ESTIMADO	VALOR UNITARIO	VALOR ESTIMADO			
1	ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES	UNIDAD	4,299	RUC:	20601057027	RUC:	20608134515	RUC:	20549704809	MENOR COSTO TOTAL DE ITEM	73,083.00				
				CONTACTO:	SUSANA PAREDES ISLA	CONTACTO:	KATERIN LUCERO RUIZ DIAZ	CONTACTO:	CATALINA OROZCO SOLANO						
				TÉLFONO:	042-602115	TÉLFONO:	966867523	TÉLFONO:	01-6480111						
				E-MAIL:	delmediconsia@hotmail.com	E-MAIL:	drogueria-sanlucas2021@gmail.com	E-MAIL:	copad@corpadi.com						
				PRECIO UNITARIO		PRECIO UNITARIO		PRECIO UNITARIO							
				PRECIO TOTAL	73,083.00	PRECIO TOTAL	81,681.00	PRECIO TOTAL	74,157.75						
				73,083.00		81,681.00		74,157.75							
				GENERIC		GENERIC		GENCOPHARMA							
				03 DIAS CALENDARIOS		03 DIAS CALENDARIOS		03 DIAS CALENDARIOS							
				SOLES		SOLES		SOLES							
FECHA DE SOLICITUD		4/09/2024		4/09/2024											
REITERO LA SOLICITUD		1		1											
FECHA DE RECEPCIÓN		6/09/2024		6/09/2024											
ACCIONES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS		OBJETO DE CONTRATACIÓN		SI											
		USUARIO VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS EETT		SI											
		CUMPLE CON LAS EETT		Cumple											



REPÚBLICA PERUANA
MINISTERIO DE SALUD
DR. ADRIÁN RÍOS BECERRA
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (G.S.) - 401
JEFE DE ADQUISICIONES


Lic. Adrián Ríos Bocorte
JEFE DE ADQUISICIONES

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	001-2024		
		Fecha	04/09/2024		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO		
		RUC	20531320574		
		Dirección	Jr: Jorge Chávez C 7 – Tocache – San Martin.		
		Teléfono(s)	978921402		
		Correo electrónico	izaah.6@hotmail.com.com		
		Persona de contacto	ISAI RIOS BECERRA		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.		
		RUC	20601057027		
		Dirección	JR. FELIPE YAP # 298 - MORALES		
		Teléfono(s)	994808913		
		Correo electrónico	deimedicons@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	PAREDES ISLA SUSANA		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES.		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia
Información complementaria					
5	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	  <p>OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD - U.E. - 403 Lic. Adm. Isai Rios Becerra JEFE DE LOGISTICA</p>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					



DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C

RUC:20601057027 | JR. FELIPE YAP 266 - B- MORALES | TEL/CEL: 042-602115

PROFORMA N° 00682

Morales, 06 de septiembre del
2024

DATOS DEL CLIENTE

SEÑORES : OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA
CONDICIÓN DE PAGO : CREDITO
PRECIO : SOLES
ATENCIÓN : OFICINA DE LOGISTICA
VALIDEZ DE LA OFERTA : 15 DIAS CALENDARIO
PLAZO DE ENTREGA : 03 DIAS CALENDARIO
GARANTIA : 24 MESES

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

ITEM	DESCRIPCIÓN	MARCA	CANT.	U.M	P.U	P.TOTAL
1	HIERRO POLIMALTOSADO 30ML 50ml/ml SOL 30ml	GENERICO	4,299	UND	17.000	73,083.00
TOTAL (S/.)						73,083.00


NOTA:

LOS PRECIOS SE ADECUAN ALA OFERTA Y DEMANDA*

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

Soluciones Integrales para la salud.

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

MEDICONS S.A.C.
RUC 20601057027

SUSANA PAREDES ISLA
GERENTE GENERAL

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	06 DE SETIEMBRE DEL 2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 73,083.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	<ul style="list-style-type: none"> - PROFORMA N° 00682 - ANEXO N° 4 DECLARACION JURADA DEL PROVEEDOR. - ANEXOS DE LA ENTIDAD - RNP - FICHA RUC - RESOLUCION DE AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO. - CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO. 	
3	Declaración jurada del proveedor		
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>			
4	<div align="center">  <p>MEDICONS S.A.C. RUC 20501057027 SUSANA PAREDES ISLA GERENTE GENERAL</p> </div>		
Nombre, firma y sello del proveedor			

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	06 DE SETIEMBRE DE 2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 73,083.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA N° 00682
3	Declaración jurada del proveedor	
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4		
Nombre, firma y sello del proveedor		

ANEXO N° 01

FORMATO DE COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA
Presente. –

Referencia: Solicitud de Cotización – (ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES)

De mi mayor consideración,

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


ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
1	HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL	UNIDAD	4,299	17.00	73,083.00
TOTAL					

GARANTIA	24 MESES
PLAZO DE ENTREGA:	03 DIAS CALENDARIOS

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

MEDICONS S.A.C.
RUC 20601057027

SUSANA PAREDES ISLA
GERENTE GENERAL

Firma
DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.
RUC: 20601057027

ANEXO N° 02

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. –

De mi mayor consideración,

DATOS DEL DECLARANTE:

Nombres y Apellidos/ Razón Social: DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.	
DNI:	RUC: 20601057027
Dirección de notificación: JR: FELIPE YAP N° 266-B – MORALES – SAN MARTIN	
Nombre de contacto: SUSANA PAREDES ISLA	
Telf. Fijo/Móvil: 994 808 913	Correo Electrónico: deimedicons@gmail.com
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 018 541 00054110834338	Banco: BANCO DE LA NACION


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

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado.
5. No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No tener vínculo laboral con otra dependencia de la Dirección Regional de Agricultura San Martín
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.

11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
12. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Dirección Regional de Agricultura San Martín, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
13. Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la Dirección Regional de Agricultura San Martín, conforme a las condiciones y plazos establecidos.
14. Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
15. Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez perfeccionado el contrato.
16. Conocer que en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicará automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

MEDICONS S.A.C.
RUC 20601057027

SUSANA PAREDES ISLA
GERENTE GENERAL

Firma
DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.
RUC: 20601057027

ANEXO N° 04

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, **DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.**, identificado con RUC N° **20601057027**, domiciliado en el **JR: FELIPE YAP N° 266-B – MORALES – SAN MARTIN**, en pleno ejercicio de mis derechos declaro **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en la Dirección Regional de Agricultura San Martín, con independencia de su régimen laboral o contractual.

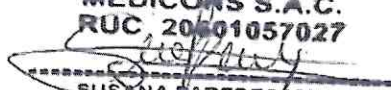


Que, en el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

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

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

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

MEDICONS S.A.C.
RUC 20601057027

SUSANA PAREDES ISLA
GERENTE GENERAL

Firma

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.
RUC: 20601057027

ANEXO N° 05

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

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -


Yo, , **DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.**, identificado con RUC N° **20601057027**, declaro bajo juramento:

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

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

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

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

MEDICONS S.A.C.
RUC 20601057027

SUSANA PAREDES ISLA
GERENTE GENERAL

Firma

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.
RUC: 20601057027

ANEXO N° 06

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

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta.

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

Código Interbancario: **018 541 00054110834338**

A nombre de: **DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C**

Nombre del Banco: **BANCO DE LA NACION**

Tipo de Cuenta: **Ahorro** Moneda **Soles**

RUC (Asociado al CCI) **20601057027**


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

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

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

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

MEDICONS S.A.C.
RUC, 20601057027

SUSANA PAREDES ISLA
GERENTE GENERAL

Firma

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.

RUC: 20601057027

Resolución Jefatural

Nº 162 -2016-GRSM/DIRES-SM/DIREFISSA

Exp. 132/065

Moyobamba, 27 de Junio del 2016.

VISTO:

El Informe Legal N° 176-OALS-SEHC-2016 de fecha 23 de Junio del 2016, El Informe Técnico N° 039-FEEFF-DIREFISSA-DIRES/SM-2016 de fecha 17 de Junio del 2016, y el expediente N° 1286609 del 23 de Mayo del 2016, presentado por el Representante Legal Emily Montalván Vásquez y el Químico Farmacéutico Angel Christian Ramírez Arana, C.Q.F.P. N° 17404, cuyo horario de labor es Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs., en Droguería MEDICONS, con razón social DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS con Registro Único del Contribuyente – RUC N° 20601057027, con Oficina Administrativa en Jr. Felipe Yap S/N, distrito de Morales, provincia San Martín, departamento de San Martín, con horario de atención de Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs., sobre Autorización Sanitaria de Funcionamiento de la mencionada empresa como Droguería;

CONSIDERANDO:

Que, según el artículo 184 inciso 9) del Reglamento de Organización de Funciones de la Dirección Regional de Salud San Martín las funciones Específicas de la Dirección de Regulación Sectorial de la Salud, es elaborar propuestas de constancias, autorizaciones sanitarias y certificaciones de salud ambiental y de establecimientos farmacéuticos, resoluciones de categorización de servicios de salud públicos y privados.

Que, mediante expediente N° 1286609 del 23 de Mayo del 2016, la empresa recurrente solicita **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** como Droguería MEDICONS, para la comercialización de Productos Farmacéuticos: Medicamentos (Especialidades Farmacéuticas), Recursos Terapéuticos Naturales (Producto Natural de Uso en salud), Productos Galénicos, Productos Dietéticos, Productos Edulcorantes, Productos Biológicos, Dispositivos Médicos: Dispositivo Médico de Bajo, Mediano y Alto Riesgo, Productos Sanitarios: Productos Cosméticos, Productos Absorbentes de Higiene Personal, Productos de Higiene Doméstica, Artículos Sanitarios.

Que, habiéndose evaluado la documentación presentada y encontrándose conforme según los requisitos previstos en el procedimiento N° 88 del Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA, Decreto Supremo N° 016-2011-SA, Decreto Supremo N° 001-2012-SA, Decreto Supremo N° 002-2012-SA, Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Decreto Supremo N° 013-2009-SA, Resolución Ministerial N° 132-2015/MINSA: Ley 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Ley N° 26842 "Ley General de Salud, Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, modificado por el Art. 1° del Decreto Legislativo N° 1029 y el Art. 191° de la Ley en mención.

Con el visto bueno de la Oficina de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud y Oficina de Asesoría Legal Sectorial de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

Que, por razones expuestas, en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N° 764-2015-GRSM/DIRES-SM/DG de fecha 16 de Noviembre del 2015, Ordenanza Regional N° 020-2015-GRSM/CR de fecha 16 de Diciembre del 2015- que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Autorizar el Funcionamiento de Droguería MEDICONS, con razón social DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C. con Registro Único del Contribuyente – RUC N° 20601057027, representado legalmente por Emily Montalván Vásquez, con Oficina Administrativa en Jr. Felipe Yap S/N, distrito de Morales, provincia San Martín, departamento de San Martín, con horario de atención de Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs., para la Comercialización de Productos Farmacéuticos: Medicamentos (Especialidades Farmacéuticas), Recursos Terapéuticos Naturales (Producto Natural de Uso en salud), Productos Galénicos, Productos Dietéticos, Productos Edulcorantes, Productos Biológicos, Dispositivos Médicos: Dispositivo Médico de Bajo, Mediano y Alto Riesgo, Productos Sanitarios: Productos Cosméticos, Productos Absorbentes de Higiene Personal, Productos de Higiene Doméstica, Artículos Sanitarios, con la Dirección Técnica del Químico Farmacéutico Angel Christian Ramírez Arana, C.Q.F.P. N° 17404, cuyo horario de labor es Lunes a Sábado 18:15 hrs. a 20:45 hrs.

Artículo Segundo.- Las Modificaciones de Dirección Técnica, Horario de Dirección Técnica, Nombre Comercial, Ubicación, Actividad, Ampliación o Cierre del Establecimiento Farmacéutico, serán autorizados por la Dirección Ejecutiva de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud – DIREFISSA de la Dirección Regional de Salud San Martín.

Artículo Tercero.- Notifíquese al interesado y Municipalidad Distrital de Morales.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
DIRECCION DE REGULACION Y FISCALIZACION SECTORIAL EN SALUD

Blgo. Daniel Alberto Showing Espinoza
DIRECTOR EJECUTIVO (e)



San Martín
GOBIERNO REGIONAL
PERU

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

EXP. 030-2022-142230

**CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE DISTRIBUCIÓN Y
TRANSPORTE N° 01 -2022-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**

La que suscribe Directora de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

CERTIFICA:

Que la Droguería con nombre comercial **DROGUERÍA MEDICONS S.A.C.**, Razón Social **DROGUERÍA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C.**, Registro único del Contribuyente N°20601057027, ubicado en Jr. Felipe Yap N°298 Dpto.B, distrito de Morales, provincia San Martín, departamento San Martín, con horario de atención de lunes a viernes de 19:45-22:00, sábado 7:00-13:00 y de 14:00-17:00 horas, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para: **A. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS:** 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, Agentes de Diagnóstico, 2. Recursos Terapéuticos Naturales: Producto Natural de Uso en Salud, Recurso Natural de uso en Salud; 3. Productos Galénicos, 4. Productos Dietéticos, 5. Productos Edulcorantes; **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS:** 1. Dispositivos Médicos: Clase I de Bajo Riesgo (estéril), Clase II (De moderado Riesgo) **C. PRODUCTOS SANITARIOS.** 1. Productos Cosméticos, 2. Productos Absorbentes de Higiene Personal; consignadas en la R.M. N°132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el país y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de Inspección para Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros que Almacenan Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N°30-I-2022 de fecha 25 de abril del 2022.

Se expide el presente Certificado de renovación a solicitud del interesado según el Expediente N°030-2022914253, de fecha 09 de febrero del 2022, y de acuerdo con el Informe Técnico N°41-2022-GRSM/DIRESA/DIREFISSA/EEFF, con Exp.030-2022467675, de fecha 23 de mayo del 2022, al haberse Aprobado la Certificación de BPA N°001 -2020, del Establecimiento Farmacéutico de categoría DROGUERÍA en mención.

Este Certificado es válido por tres (03) años, a partir del **25 de abril del 2022**, hasta el **25 de abril del 2025** y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Moyobamba, 26 de mayo del 2022

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



San Martín
GOBIERNO REGIONAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD
[Firma]
M. Sc. RITA VELA SAAVEDRA
DIRECTORA (e)

RVS/slc



DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DIALOGO"

EXP. 030-2023... 672269

Moyobamba, 08 de setiembre de 2023.

OFICIO N° 429 / - 2023-GRSM-DIRESA/DIREFISSA

Señor (a):
VALERI SHANTAL PAREDES ISLA
Propietario de **DROGUERÍA MEDICONS**
Jr. Felipe Yap N°298
MORALES. -



ASUNTO : REMITO CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO

REF. : Solicitud S/N de fecha 10 de agosto Exp.030-2023961665



Me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez informo que respecto al expediente de la referencia donde solicita: **RENOVACION DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO DROGUERIA MEDICONS S.A.C.** con nombre comercial **DROGUERIA MEDICONS** con registro único del contribuyente N°20601057027, con Representante legal **VALERI SHANTAL PAREDES ISLA**, ubicado en Jr. Felipe Yap N°298, distrito de Morales, provincia y departamento de San Martín, mediante informe de técnico N°018-2023-GRSM/DIRESA/DIREFISSA/EEFF-NKCP realizado por los inspectores Q.F. Jorge Luis Moquillaza Castilla y Q.F. Norma Karin Chavez Perez, se remite certificado de buenas prácticas de almacenamiento N°14-2023-GRSM/DIRESA/DIREFISSA con N° de tramite 030-2023317535.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

M.C. Luis Rodríguez Benavides
M.C. LUIS RODRIGUEZ BENAVIDES
DIRECTOR REGIONAL
CMP. 26146- RNE. 20169

LRB/MRV/wgag

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba

Email: <https://mesavirtual.regionesanmartin.gob.pe/> <https://getramite.regionesanmartin.gob.pe>

Trámite N° 030-2023 317535

CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO
N° 14 -2023-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

El que suscribe Director de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

CERTIFICA:

Que, la Droguería con nombre comercial **DROGUERÍA MEDICONS**, con Registro Único del Contribuyente N° 20601057027, ubicado con oficina administrativa y almacén Jr. Felipe Yap N°298, distrito Morales, provincia San Martín, departamento San Martín, con horario de atención de lunes a viernes de: 19:45 a 22:00; sábado: 07:00 a 13:00; de 14:00 a 17:00, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para sus: **A. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS:** 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 5. Productos Edulcorantes, 8. Medicamentos herbarios; **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS:** 1. Dispositivos Médicos: Clase I de Bajo Riesgo (Estéril y no estéril), clase II (Moderado riesgo), clase III (Alto riesgo), clase IV- Críticos en materia de riesgo (Insumos de uso médico – Quirúrgico y odontológico), **C. PRODUCTOS SANITARIOS.** 2. Productos absorbentes de higiene personal 3. Productos de higiene doméstica 4. Artículos sanitarios; consignadas en R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el País y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de inspección para droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros que almacenan productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios N° 021-I-2023, de fecha 23 de agosto de 2023.

Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado, según el Expediente N° 030-2023280933 de fecha 20 de julio de 2023.

Este Certificado es válido por tres (03) años, a partir del 08 de septiembre de 2023, hasta el 08 de septiembre de 2026 y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Moyobamba, 08 de septiembre de 2023.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

Mg. Q.F. Mario Ríos Vargas
DIRECTOR

MRV/nkcp/wgag



RUC N° 20601057027

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C**

Domiciliado en: JR.FELIPE YAP NRO. 298 DPTO. B URB. MORALES (PISO 2) SAN MARTIN - SAN MARTIN - MORALES (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 01/06/2024

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 01/06/2024

FECHA IMPRESIÓN: 03/06/2024**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 - opción Verifique su Inscripción.

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

Reporte de Ficha RUC

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C
20601057027

Lima, 13/03/2024

Información General del Contribuyente

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

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	DROGUERIA MEDICONS S.A.C
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	2100 - FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	5221 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS VINCULADAS AL TRANSPORTE TERRESTRE
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	42 - 602115
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	42 - 941160039
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	deimedicons@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

Domicilio Fiscal

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

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

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

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

Registro de Tributos Afectos

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

Representantes Legales

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

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

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

Importante:

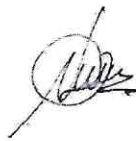
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: O.Z.SAN MARTIN-MEPECO

Fecha: 13/03/2024

Hora: 10:32

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=BDQwkDKVpA8YuiidyWuwiAgmzDUlwTfS%2FkoDma4AdZcxEw%2FIJ3KbKiAkDOFy7wlnDs1G%2FTv627nST8Y3QmBL52LM%2BxdRJ1cZhiKwrwV8SU%3D>






LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1512

DROGUERIA E IMPORTADORA MEDICONS S.A.C <deimedicons@gmail.com>
Para: LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

6 de septiembre de 2024, 11:05

El mié, 4 sept 2024 a las 17:51, LOGISTICA OGESSAH (<logisticaogessah@gmail.com>) escribió:
[El texto citado está oculto]

7 adjuntos **Cotizacion PF-682.pdf**
35K **AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO.pdf**
103K **BPDT.pdf**
85K **BPA MEDICONS.pdf**
156K **CONSTANCIA DEL RNP.pdf**
89K **anexos ALTO HUALLAGA.pdf**
235K **FICHA RUC.pdf**
199K



LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1512

1 mensaje

LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

Para: deimedicons@gmail.com

4 de septiembre de 2024, 17:51

Buenas tardes por medio del presente, solicitamos a usted tener a bien presentar su propuesta económica para la ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.

Para mayor detalle se adjunta Especificaciones Técnicas:

A su Propuesta Económica deberá adjuntar lo siguiente:

Ficha Ruc

Registro Nacional de Proveedores

Anexos (se adjunta)

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

RUC: 20531320574

OFICINA DE LOGÍSTICA

3 adjuntos**SOLICITUD DE COTIZACION 1.pdf**

1371K

**Anexo N° 03 Cotizacion y Declaracion Jurada del Proveedor.docx**

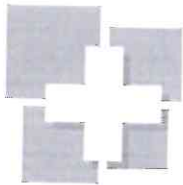
22K

**ANEXOS (1).docx**

67K

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	002-2024			
		Fecha	04/09/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO			
		RUC	20531320574			
		Dirección	Jr. Jorge Chávez C 7 – Tocache – San Martin.			
		Teléfono(s)	978921402			
		Correo electrónico	izaah.6@hotmail.com.com			
		Persona de contacto	ISAI RIOS BECERRA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.			
		RUC	20608134515			
		Dirección	JR. VENECIA # 268 - BANDA DE SHILCAYO			
		Teléfono(s)	966-867-523			
		Correo electrónico	drogueriasanlucas2021@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	RUIZ DÍAZ KATERIN LUCERO			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	
Información complementaria						
5	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						



DISTRIBUIDORA Y
DROGUERIA
SAN LUCAS SAC

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

COTIZACIÓN N° 00610

Banda de Shilcayo, 06 de
septiembre del 2024

DATOS DEL CLIENTE

RAZÓN SOCIAL : OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA
RUC : 20531320574
DIRECCIÓN : JR. JORGE CHAVEZ NRO. 07

CONDICIÓN DE VENTA

CONDICIÓN DE PAGO : CREDITO
PRECIO : SOLES
ATENCIÓN : LOGISTICA
VALIDEZ DE LA OFERTA : 10 DIAS CALENDARIO
PLAZO DE ENTREGA : 03 DIAS CALENDARIOS
GARANTIA : 24 MESES

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


ITEM	DESCRIPCIÓN	MARCA	CANT.	U.M	P.U	P.TOTAL
1	HIERRO POLIMALTOSA 50 MG/ML X 30 ML	GENERIC	4,299	UND	19.000	81,681.00
PRECIO TOTAL (S/.)						81,681.00

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

NOTA:

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

Atentamente:

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

Katerin Lucero Ruiz Diaz
GERENTE GENERAL

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	06 DE SETIEMBRE DEL 2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 81,681.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	<ul style="list-style-type: none"> - COTIZACIÓN N° 00610 - ANEXO N° 4 DECLARACION JURADA DEL PROVEEDOR. - ANEXOS DE LA ENTIDAD - RNP - FICHA RUC - RESOLUCION DE AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO. - CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO. 	
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;">  DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SANTOLUAS S.A.C. RUC 2002814015 Katerin Lucero Ruiz Díaz GERENTE GENERAL </div>		
Nombre, firma y sello del proveedor			

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	06 DE SETIEMBRE DE 2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	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)
		ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.
		S/ 81,681.00
		COTIZACIÓN N° 00610
3	Declaración jurada del proveedor 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	 DISTRIBUIDORA Y OROQUERIA SANTO DOMINGO S.A.C. RUC: 205081515 Katerin Lucero Ruiz Diaz GERENTE GENERAL	
	Nombre, firma y sello del proveedor	

ANEXO N° 01

FORMATO DE COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA
Presente. –

Referencia: Solicitud de Cotización – (ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES)

De mi mayor consideración,

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


ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
1	HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL	UNIDAD	4,299	19.00	81,681.00
TOTAL					

GARANTIA	24 MESES
PLAZO DE ENTREGA:	03 DIAS CALENDARIOS

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024


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

Firma
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.
RUC: 20608134515

ANEXO N° 02

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. –

De mi mayor consideración,

DATOS DEL DECLARANTE:

Nombres y Apellidos/ Razón Social: DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.	
DNI:	RUC: 20608134515
Dirección de notificación: JR: VENECIA 288 – BANDA DE SHILCAYO – SAN MARTIN	
Nombre de contacto: KATERIN LUCERO RUIZ DIAZ	
Telf. Fijo/Móvil: 966 867 523	Correo Electrónico: drogueriasanlucas2021@gmail.com
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 002 550 004200797046 22	Banco: BANCO DE CREDITO DEL PERU


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

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado.
5. No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No tener vínculo laboral con otra dependencia de la Dirección Regional de Agricultura San Martín
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada. Siendo mi responsabilidad comunicar oportunamente a la Entidad sobre cualquier cambio.

11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
12. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Dirección Regional de Agricultura San Martín, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
13. Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por la Dirección Regional de Agricultura San Martín, conforme a las condiciones y plazos establecidos.
14. Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
15. Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez perfeccionado el contrato.
16. Conocer que en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicará automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024


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

Katerin Lucero Ruiz Díaz
GERENTE GENERAL

Firma

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

ANEXO N° 03

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORNO Y
ANTICORRUPCIÓN

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., identificado con RUC N° 20608134515, domiciliado en el JR: VENECIA 288 – BANDA DE SHILCAYO – SAN MARTIN, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:


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

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

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

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

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

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

Katerin Lucero Ruiz Diaz
GERENTE GENERAL

Firma

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

ANEXO N° 04

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., identificado con RUC N° 20608134515, domiciliado en el JR: VENECIA 288 – BANDA DE SHILCAYO – SAN MARTIN, en pleno ejercicio de mis derechos declaro **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en la Dirección Regional de Agricultura San Martín, con independencia de su régimen laboral o contractual.

SI

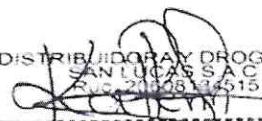
NO

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

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

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

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

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

Katerin Lucero Ruiz Diaz
GERENTE GENERAL

Firma

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

ANEXO N° 05

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

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -


Yo, DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., identificado con RUC N° 20608134515, declaro bajo juramento:

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

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

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

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

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

Katerin Lucero Ruiz Diaz
GERENTE GENERAL

Firma
DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.
RUC: 20608134515

ANEXO N° 06

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

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta.

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

Código Interbancario: 002 550 004200797046 22

A nombre de: DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.

Nombre del Banco: BANCO DE CREDITO DEL PERU

Tipo de Cuenta: Ahorro Moneda Soles

RUC (Asociado al CCI) 20608134515

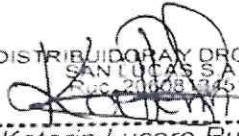
En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

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

TARAPOTO, 06 DE SETIEMBRE DEL 2024

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

Katerin Lucero Ruiz Diaz
GERENTE GENERAL

Firma

DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.

RUC: 20608134515



DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD

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

Trámite N° 030-2024 709348

Moyobamba, 15 de agosto de 2024.

OFICIO N° 4005 - 2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA.

Señor(a):

KATHERIN LUCERO RUIZ DIAZ

Representante legal de **DISTRIBUIDORA Y DROGUERÍA SAN LUCAS S.AC.**

Jr. Venecia n.º 268

drogueriasanlucas2021@gmail.com

Telf.966867523

BANDA DE SHILCAYO. -



Mg. Q.F. Mario
Ríos Vargas



Ing. Cesar Ulises
Silva Guerra

ASUNTO : Remite Resolución Jefatural

REF. : Solicitud s/n de fecha 15 de julio de 2024

030-2024750524

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Dirección Regional de Salud San Martín, así mismo, en atención al documento de la referencia, se remite la **RESOLUCIÓN JEFATURAL N°259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA**, trámite N° 030-2024673108 y registro 0117356, donde se Resuelve: Artículo 1.- OTORGAR la **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** al establecimiento farmacéutico de su representada, y el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento N°14-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA con trámite 030-2024101665. Para conocimiento y fines pertinentes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL
SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN GENERAL
M. C. ALDO ENRIQUE PINCHI FLORES
DIRECTOR REGIONAL
C.M.P. N.º 73118



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

VISTO:

El Informe Legal N.º 005-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA-ALD-ECRM, Informe Técnico N.º 098-2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA/EEFF-JLMC, y el contenido en el trámite N.º 030-2024750524, de fecha 15 de julio de 2024, la representante legal, **Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz**, identificada con DNI N.º 77296465, del establecimiento Farmacéutico, con razón social y nombre comercial **"DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C."**, con RUC N.º 20608134515, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, solicita **RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE DROGUERÍA**.

CONSIDERANDO:

DE LA COMPETENCIA DE LA AUTORIDAD DE SALUD.

Que, la **Ley N.º 26842 - Ley General de Salud**, en los artículos I y II del Título Preliminar, establece: *"I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"*;

Que, la **Ley N.º 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios**, en su artículo 21º establece: *"Los establecimientos dedicados a la fabricación, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación y expendio de los productos considerados en la presente Ley requieren de autorización sanitaria previa para su funcionamiento(...), Las Autoridades Regionales de Salud (ARS), y las autoridades de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de nivel regional (ARM), son los encargados de expedir la autorización sanitaria a los establecimientos públicos y privados dedicados a la fabricación, el control de calidad, la importación, el almacenamiento, la distribución, la comercialización, la dispensación y el expendio de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que correspondan, previa inspección para verificar el cumplimiento de los dispositivos legales vigentes"*. Asimismo el artículo 22 del mismo cuerpo normativo, señala las obligaciones de cumplir las Buenas Prácticas, la misma que regula: *"Para desarrollar sus actividades, las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que se dedican para sí o para terceros a la fabricación, la importación, la distribución, el almacenamiento, la dispensación o el expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios deben cumplir con los requisitos y condiciones sanitarias establecidas en el Reglamento respectivo, y en las Buenas Prácticas de (...), almacenamiento, (...), según corresponda y contar con la certificación correspondiente en los plazos que estable el Reglamento"*;

Que, el **Decreto Supremo N.º 014-2011-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, y sus modificatorias Decreto Supremo N.º 004-2021-SA, en su artículo 11 regula: *"Los establecimientos farmacéuticos, funcionan bajo la responsabilidad de un único director técnico, quien responde ante (...), la Autoridad Regional de Salud (ARS), (...), por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, en este Reglamento y sus normas conexas. Asimismo, el artículo 17º del mismo cuerpo normativo señala: "Todos los establecimientos farmacéuticos comprendidos en el Artículo 4º del presente Reglamento requieren de Autorización Sanitaria para su funcionamiento, conforme a lo dispuesto en la Ley de los Productos*





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N.º 29459. La autorización sanitaria es requisito indispensable para el otorgamiento de las licencias de funcionamiento por parte de los Gobiernos Locales”,

En ese mismo orden el **artículo 18º** señala los requisitos para la Autorización Sanitaria de Funcionamiento, donde tipifica: “El propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico, para solicitar la Autorización Sanitaria de Funcionamiento, debe presentar los siguientes documentos (...)

D. DROGUERIAS:

a) *Solicitud de autorización con carácter de declaración jurada, según formato, en la que debe consignarse, entre otras, la siguiente información:*

- Nombres y apellidos o razón social, así como domicilio y número de Registro Único del Contribuyente (RUC) de la persona natural o jurídica propietaria del establecimiento;
- Nombre del representante legal, en caso de ser persona jurídica;
- Nombre comercial y dirección del establecimiento;
- Relación de productos que comercializa, según clasificación del Artículo 6 de la Ley N° 29459;
- Nombre y número de colegiatura del profesional Químico Farmacéutico o de ser el caso, otro profesional que asume la dirección técnica;
- Nombres y números de colegiatura de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes;
- Horario de funcionamiento del establecimiento, del Director técnico y de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes.

b) *Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formatos A-3;*
(...);

Que, la Resolución Ministerial N°132-2015-MINSA, se resuelve en su Artículo 1. “Aprobar el Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial”;

Que, con **Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR**, que aprueba la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Gobierno Regional San Martín, según anexo contempla **los requisitos** para la Certificación o Renovación de Buenas Prácticas de Almacenamiento para: a) Droguería (de ámbito de las Autoridades Regionales de Salud), siendo los siguientes:

1. *Solicitud dirigida al Director Regional de Salud con carácter de Declaración Jurada con atención a DIREFISSA, suscrita por el Propietario y/o Representante Legal, adjuntando el formato A-7. (suscrita por el Propietario y/o Representante Legal y el Director Técnico).*
2. *Copia del vóucher de Depósito en el Banco de la Nación al N° de cuenta 00-531-049837;*

DEL PROCEDIMIENTO TUPA- CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO PARA DROGUERÍA

Que mediante, **Resolución Jefatural N.º 57-2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA**, de fecha 20 de febrero de 2024, resuelve en su artículo Otorgar la AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO al establecimiento farmacéutico de categoría

Documento Nro: 030-2024673108. Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico del GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN, generado en concordancia por

lo dispuesto en la ley 27269. Autenticidad e integridad pueden ser contrastada a través de la siguiente dirección web.

<https://verificarfirma.regionسانmartin.gob.pe?codigo=7990548cob7beq4dfaob56boc28cf555e34c>





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con representante legal Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI N.º 45495757, con Director Técnico el Químico Farmacéutico Max Renato Ríos Sánchez, con CQFP N.º 26255, (...);

Que, con fecha 28 de febrero de 2024 la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) remite el Certificado en Buenas Prácticas de Almacenamiento al Establecimiento Farmacéutico de clase "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**", otorgándole la vigencia desde el 28 de febrero de 2024 al 28 de agosto de 2024;

Que, de lo contemplado en el **Decreto Supremo N.º 014-2011-SA** y de acuerdo al TUPA-GRSM, que ambas establecen los requisitos para solicitar **RENOVACIÓN DE CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO PARA DROGUERÍA**, de modo tal que, de la revisión del **Solicitud N.º 02-DDSL-2024**, contenido en el trámite N.º 030-2024750524, de fecha 15 de julio de 2024, la representante legal, **Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz**, identificada con DNI N.º 77296465, del establecimiento Farmacéutico, con razón social y nombre comercial "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**", con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, el cual adjunta los siguientes documentos:

- ✓ *Solicitud de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Droguería, con carácter de declaración jurada.*
- ✓ *Formato A-7*
- ✓ *Váucher de pago (RP: 0319988, por el monto de S/. 558.40);*

Que, mediante **Informe de Evaluación N.º 01-2024-CKPC de certificación o renovación de certificación de Droguería**, (...), de fecha 30 de julio de 2024, la Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, realiza la evaluación de la Solicitud s/n, contenido en el trámite N.º 030-2024669375, concluyendo lo siguiente:

- De esta manera, en el numeral 6 de Conclusiones, se señala:

"Al haber sido solicitado con documento N.º 04- DDSL -2024, contenido en el Expediente N.º VIR-2024022637 el cambio de Representante Legal del establecimiento farmacéutico "Distribuidora y Droguería San Lucas S.A.C.", ubicado en Jr. Venecia N.º 268, se emitió Informe de Evaluación N.º 07-2024/CKPC (.), de fecha 30 de julio de 2024, procediéndose al registro en el SI- DIGEMID como actual Representante Legal a la Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz. Por tanto, se ha cumplido con la presentación de los requisitos TUPA /GRSM para la Renovación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), de acuerdo a la normativa vigente; por lo que el expediente. N.º 030-2024750524 queda apto para su programación de visita de inspección";

Que, mediante Solicitud N.º 04-DDSL-2024, la administrada comunica a la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud el cambio de representante legal del establecimiento farmacéutico con razón social y nombre comercial "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**", por lo que mediante Informe de Evaluación N.º 07-2024/CKPC, nuevamente la Especialista en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, evalúa y concluye que se ha cumplido con todos los requisitos establecidos y se procede a programar visita de inspección;

Que, mediante **Correo electrónico**, enviado a (drogueríasanlucas2021@gmail.com) de fecha 31 de julio de 2024, el Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, comunica al representante legal, la fecha de visita



Documento Nro: 030-2024673108. Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico del GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN, generado en concordancia por

lo dispuesto en la ley 27269. Autenticidad e integridad pueden ser contrastada a través de la siguiente dirección web.

<https://verificarfirma.regionسانmartin.gob.pe/?codigo=7990548cab7bea4dfa0b56bac28cf555e34c>



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

de Inspección respecto a la Autorización Sanitaria de Funcionamiento para la renovación de BPA, dando conformidad del mismo;

Que, mediante **Acta de Inspección para Droguerías, (...) N.º 012-I-2024-DA**, de fecha 02 de agosto de 2024, los Especialistas en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, concluyeron que el establecimiento farmacéutico **SI** cumple con los requisitos y condiciones mínimas descritas en la normativa vigente para la renovación de certificación de buenas prácticas;

Que, mediante **Informe Técnico N.º 098-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA/EEFF-JLMC**, de fecha 07 de agosto de 2024, los Especialistas en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, concluyeron que el Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, denominado "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERÍA SAN LUCAS S.A.C**", concluyendo lo siguiente:

"IV. CONCLUSIÓN:

- 4.1. *Por lo expuesto, se determina que el Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, con nombre comercial "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC", Razón Social "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC", representante legal Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, con Registro Único de Contribuyente-RUC N.º 20608134515, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito La Banda De Shilcayo, provincia de San Martín, departamento de San Martín, "Cumple con las condiciones Técnico Sanitarias y las Buenas Prácticas en Almacenamiento", de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud N.º 26842, Ley N.º 29459 Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N.º 014-2011-Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y sus modificatorias, Resolución Ministerial N.º 132-2015-MINSA Documento técnico Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros y Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR que aprueba la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Gobierno Regional San Martín, para la renovación de certificación en buenas prácticas de almacenamiento.*
- 4.2. **CORRESPONDE AUTORIZAR** la respectiva Resolución de Renovación de Certificación en Buenas Prácticas de Almacenamiento de **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC**, con horario de funcionamiento autorizado los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, con Dirección Técnica del Químico Farmacéutico **Ríos Sánchez Max Renato**, con C.Q.F.P. N.º 262555, cuyo horario de labor los lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas;

Que, de la evaluación del expediente administrativo del al establecimiento farmacéutico de categoría droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con RUC N.º **20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con la representante legal, Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, se determina que, **CUMPLE** con la presentación de requisitos exigidos por el **TUPA-GRSM**, así mismo de la evaluación hecha por el especialista de regulación de establecimientos farmacéuticos, se indica lo siguiente:

➤ Respecto a los requisitos exigidos en el TUPA -GRSM, se determina lo siguiente:

- De la solicitud presentada, se puede identificar que este cumple con los requisitos previstos en el **Artículo 124º del Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General**, que contempla los Requisitos de los escritos.





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

- Respecto formato A-7, cuenta con la información requerida y declaraciones juradas que se tienen que adjuntar para la evaluación de renovación de buenas practicas de almacenamiento.
 - Del "Váucher" por derecho de tramitación, se observa que el administrado ha realizado el depósito a la cuenta correspondiente, por el importe de S/. 552.10 soles, cumpliendo con la **Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR**, que aprueba la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Gobierno Regional San Martín, según anexo;
- Respecto al Acta de Inspección de para Droguerías:
- De la visita realizada de acuerdo al **Acta de Inspección para Droguerías, (...) N.º 012-I-2024-DA**, de fecha 02 de agosto de 2024, en cumplimiento de la Resolución Ministerial N.º 132-2015-MINSA, Documento Técnico: Manual De Buenas Prácticas De Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros, en el punto 6.2.1.1. El aseguramiento de la calidad debe estar orientado a proporcionar la totalidad de medidas necesarias para asegurar que los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, sean de la calidad requerida para el uso que están destinados, En el mismo orden, punto 6.2.3.2. "Las instalaciones deben ubicarse, diseñarse, construirse, adaptarse y mantenerse de acuerdo con las operaciones del sistema de almacenamiento, de modo que permita una limpieza adecuada y mantenimiento efectivo, a fin de evitar cualquier condición adversa que afecte la calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, así como la seguridad del personal"; así también, del artículo 22º de la Ley N.º 29459 Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, el cual indica que, para desarrollar sus actividades, las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que se dedican para si o para terceros a la fabricación, la importación, la distribución, el almacenamiento, la dispensación o el expendio de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios deben cumplir con los requisitos y condiciones sanitarias establecidos en el reglamento respectivo y en las Buenas Prácticas de Manufactura, buenas prácticas de laboratorio, **buenas prácticas de distribución, buenas prácticas de almacenamiento, buenas prácticas de dispensación** y buenas prácticas de farmacoterapéutico y demás aprobadas (...), por lo que mediante la visita de inspección que realizaron los Especialistas de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, concluyeron que el establecimiento farmacéutico de clase droguería cumple con las condiciones técnicas sanitarias y buenas practicas en almacenamiento.

Que, conforme al principio de Legalidad establecido en el numeral 1.1 del artículo IV del Título Preliminar del TUO de la Ley N.º 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General aprobado mediante Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la Ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas;

Que, mediante **Informe Legal N.º 005-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA-ALD-ECRM**, el Especialista Temático en Asesoría Legal de DIREFISSA, concluye que: de la evaluación del expediente administrativo del Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con **RUC N.º 20608134515**, ubicado en Jr. Venecia N° 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con la representante legal, Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, se determina que, **CUMPLE** con el marco normativo referente a la Ley N.º 29459 - Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios; al Decreto Supremo N.º 014-2011-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y sus modificatorias; al Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica aprobado mediante



Documento Nro: 030-2024673108. Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico del GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN, generado en concordancia por lo dispuesto en la ley 27269. Autenticidad e integridad pueden ser contrastada a través de la siguiente dirección web.

<https://verificarfirma.regionسانmartin.gob.pe?codigo=7990548c0b7be04dfa0b56b0c28cf555e34c>



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

Resolución Jefatural

N.º 259-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA Trámite N.º 030-2024673108 Registro N.º 0117356

Moyobamba, 13 de agosto de 2024.

Resolución Ministerial N.º 132-2015-MINSA, para la **RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO PARA DROGUERÍA**, con funcionamiento autorizado los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, con Dirección Técnica del Q.F Ríos Sánchez Max Renato, con C.Q.F.P. N.º 26255, cuyo horario de labor los lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas;

Que, con el visto bueno de la Unidad Especializada de Regulación Sectorial de Salud, del Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos y del Especialista Temático en Asesoría Legal, de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud de la Dirección Regional de Salud San Martín; por razones expuestas, en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N.º 009-2023-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 04 de enero de 2023, Ordenanza Regional N.º 019-2022-GRSM/CR, que aprueba la modificación parcial del Reglamento de Organización y Funciones -ROF del Gobierno Regional San Martín;

SE RESUELVE:

Artículo 1º OTORGAR LA AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO, al Establecimiento Farmacéutico de clase Droguería, con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con RUC N.º 20608134515, ubicado en Jr. Venecia N.º 268, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con la representante legal, Sra. Katerin Lucero Ruiz Díaz, identificada con DNI N.º 77296465, y con Director Técnico Q.F Ríos Sánchez Max Renato, con C.Q.F.P. N.º 26255, con horario de funcionamiento y horario de labor de director técnico, lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas. -----

Artículo 2º Mantener vigente en todo lo demás que contiene la **Resolución Jefatural N.º 57-2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA**, de fecha 20 de febrero de 2024, valida en todos sus extremos. -----

Artículo 3º Que, de acuerdo al artículo 22º del **Decreto Supremo N.º 014-2011-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, modificado por el Decreto Supremo N.º 004-2021-SA, indica que, los cambios, modificaciones o ampliaciones de la información declarada deben ser solicitados por el interesado y aprobados por la esta Autoridad Regional de Salud, quedando exceptuados los casos en que el Reglamento prevé expresamente que los cambios o modificaciones sean solamente comunicados, y no requieran de un pronunciamiento. -----

Artículo 4º. Notifíquese al interesado. -----

Regístrese, comuníquese y archívese.



Trámite N°. 030-2024101665

Moyobamba, 15 de agosto de 2024

CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO N° 14-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

El que suscribe Director de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

CERTIFICA:

Que, la Droguería con razón social "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC.**", con nombre comercial "**DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS SAC**", con registro N.º 0117356, con RUC N.º 20608134515, dirección de oficina administrativa y almacén en Jr. Venecia N°268, distrito La Banda De Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, con su representante legal Sra. Katerin Lucero Ruiz Diaz, identificada con DNI N° 77296465, con **horario de atención los lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, CUMPLE con las Buenas Prácticas de Almacenamiento** para sus: **a) Productos Farmacéuticos:** 1. Medicamentos (especialidades Farmacéuticas), 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes, **b) Dispositivos Médicos:** 1. CLASE I: De Bajo Riesgo Estéril, de Bajo Riesgo no Estéril. 2. Insumos de uso médico-quirúrgico y odontológico. 3. instrumental de uso médico -quirúrgico y odontológico, **c) Productos sanitarios:** 1. Productos absorbentes de higiene personal. 2. Artículos sanitarios. Consignados en R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el País y/o para exportación, tal como consta en el Acta de inspección para droguería, almacenes especializados y almacenes aduaneros que almacenan productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios N° 012-I-2024-DA, de fecha 02 de agosto de 2024.

Se expide el presente Certificado en concordancia a lo dispuesto en el Artículo 117° del Decreto Supremo N° 014-2011-SA, y sus modificatorias, al haberse Autorizado la renovación de certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento del Establecimiento Farmacéutico – Droguería, mediante Resolución Jefatural N° 259-2024 GRSM/DIRESA/DIREFISSA de fecha 13 de agosto de 2024, solicitado con el Expediente N° 020-2024750524, de fecha 15 de julio de 2024.

Este Certificado es válido por tres (03) años, a partir del 15 de agosto de 2024, hasta el 15 de agosto de 2027, y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.

MRV/jlmc

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba

direfissa@regionsanmartin.gob.pe

Link para ingresar documento: <https://mesavirtual.regionsanmartin.gob.pe/>

Link para dar seguimiento: <https://gstranite.regionsanmartin.gob.pe/#/seguimiento>





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

"AÑO DEL CENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HERÓICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

EXP. 030-2024.015793

Moyobamba, 28 de febrero de 2024.

OFICIO N° 981 - 2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA

Señor (a):
RUTH MILAGROS ARÉVALO TAPULLIMA
Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.
Jr. Venecia N°268



BANDA DE SHILCAYO. -

ASUNTO : REMITO RESOLUCIÓN JEFATURAL Y CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO

REF. : Escrito S/N de fecha 26 de septiembre del 2023
Exp.030-2023459175



Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Dirección Regional de Salud San Martín y así mismo, en atención al documento de la referencia se remite la RESOLUCIÓN JEFATURAL N°57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA, trámite N° 030-2024007390 y registro 0117356, cuyo Informe Legal N°051-2024-GRM/DIRESA/DIREFISSA/ALD/ECRM, donde se Resuelve: Artículo 1.- OTORGAR la AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO al establecimiento farmacéutico de su representada, y el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento N°18-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA con trámite 030-2024031474. Asimismo se le hace de conocimiento que el día 27 de febrero del 2024, se realizó el registro del correo drogueriasanlucas@gmail.com consignado en el formato A-2, el cual fue inscrito en la plataforma de Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL
SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN GENERAL

M. C. LUIS RODRÍGUEZ BENAVIDES
DIRECTOR REGIONAL
CNP 26146-RNE. 20169



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

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

EXP. 030-2024...015793

Moyobamba, 28 de febrero de 2024.

OFICIO N° 981 - 2024-GRSM-DIRESA/DIREFISSA

Señor (a):

RUTH MILAGROS ARÉVALO TAPULLIMA

Representante Legal de DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.

Jr. Venecia N°268

BANDA DE SHILCAYO. -

ASUNTO : REMITO RESOLUCIÓN JEFATURAL Y CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO

REF. : Escrito S/N de fecha 26 de septiembre del 2023
Exp.030-2023459175

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Dirección Regional de Salud San Martín y así mismo, en atención al documento de la referencia se remite la RESOLUCIÓN JEFATURAL N°57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA, trámite N° 030-2024007390 y registro 0117356, cuyo Informe Legal N°051-2024-GRM/DIRESA/DIREFISSA/ALD/ECRM, donde se Resuelve: Artículo 1.- OTORGAR la AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO al establecimiento farmacéutico de su representada, y el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento N°18-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA con tramite 030-2024031474. Asimismo se le hace de conocimiento que el día 27 de febrero del 2024, se realizó el registro del correo drogueriasanlucas@gmail.com consignado en el formato A-2, el cual fue inscrito en la plataforma de Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL
SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN GENERAL

M. C. LUIS RODRÍGUEZ BENAVIDES
DIRECTOR REGIONAL
CMP 26146-RNE. 20169

LRB/MRV/CUSG/wgag

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba

Email: <https://mesavirtual.regionsanmartin.gob.pe/> <https://qstramite.regionsanmartin.gob.pe>

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN



Resolución Jefatural

N.º 57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

Trámite N.º 030-2024007390

Registro N.º 0117354

Moyobamba, 20 de febrero de 2024.

VISTO:

El Informe Legal N.º 051-2023-GRSM/DIRESA-DIREFISSA/ALD/ECRM, y demás actuados contenidos en el escrito s/n en folios (09), contenido en el expediente N.º 030-2023459175, de fecha 26 de septiembre de 2023, la Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI N.º 45495757, SOLICITA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, del establecimiento farmacéutico de categoría DROGUERÍA, con razón social y nombre comercial DISTRIBUIDORA Y DROGUERÍA SAN LUCAS S.A.C., con RUC N.º 20608134515, ubicado en el Jr. Venecia N.º 268, distrito Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N.º 26842- Ley General de Salud en los artículos I y II del Título Preliminar establece que la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, según lo señalado en el artículo 161º del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional San Martín, modificado con Ordenanza Regional N.º 019-2022-GRSM/CR, establece que la Dirección Regional de Salud es el órgano de línea de la Gerencia Regional de Desarrollo Social responsable de promover la salud y prevenir los riesgos y daños a la salud; regular y fiscalizar bienes y servicios de salud; organizar y promover la atención integral de servicios públicos y privados con calidad, considerando los determinantes de la salud, centrados en satisfacer las necesidades de salud de las personas, familias y las comunidades, priorizando a los más vulnerables y excluidos. La Dirección Regional se constituye en la autoridad sanitaria regional, responsable de formular, adecuar, implementar, evaluar y controlar las políticas del sector salud en el ámbito del departamento de San Martín;

Que, el artículo 21 de la Ley N.º 29459 – Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, señala que los establecimientos farmacéuticos deben contar con autorización previa a su funcionamiento: "Los establecimientos dedicados a la fabricación, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación y expendio de los productos considerados en la presente Ley requieren de autorización sanitaria previa para su funcionamiento";

Que, el artículo 17 del Reglamento de la Ley N.º 29459 – Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 014-2011-SA y sus modificatorias, señala que los establecimientos farmacéuticos deben contar con autorización sanitaria para su funcionamiento: "Todos los establecimientos farmacéuticos comprendidos en el Artículo 4º del presente Reglamento requieren de Autorización Sanitaria para su funcionamiento, conforme a lo dispuesto en la Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N.º 29459. La autorización sanitaria es requisito indispensable para el otorgamiento de las licencias de funcionamiento por parte de los Gobiernos Locales";

Que, el Artículo 18 del Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 014-2011-SA, y sus modificatorias, señala los requisitos para la Autorización Sanitaria de Funcionamiento;

El propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico, para solicitar la Autorización Sanitaria de Funcionamiento, debe presentar los siguientes documentos, según se trate de:

D.- DROGUERÍAS:

a) Solicitud de autorización con carácter de declaración jurada, según formato, en la que debe consignarse, entre otras, la siguiente información:

- Nombres y apellidos o razón social, así como domicilio y número de Registro Único del Contribuyente (RUC) de la persona natural o jurídica propietaria del establecimiento;
- Nombre del representante legal, en caso de ser persona jurídica;
- Nombre comercial y dirección del establecimiento;
- Relación de productos que comercializa, según clasificación del Artículo 6 de la Ley N.º 29459;
- Nombre y número de colegiatura del profesional Químico Farmacéutico o de ser el caso, otro profesional que asume la dirección técnica;
- Nombres y números de colegiatura de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes;



Ing. Cesar Ulloa
Silve Guerra



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
SAN MARTÍN



Resolución Jefatural

N.º 57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

Trámite N.º 030-2024007390

Registro N.º 0117356

Moyobamba, 20 de febrero de 2024.

- Horario de funcionamiento del establecimiento, del Director técnico y de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes.
- b) Croquis de ubicación del establecimiento;
- c) Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formatos A-3 (...).

Que, mediante escrito s/n en folios (09), contenido en el expediente N.º 030-2023459175, de fecha 26 de septiembre de 2023, la Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI N.º 45495757, en calidad de representante legal, SOLICITA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, del establecimiento farmacéutico de categoría DROGUERÍA, con razón social y nombre comercial DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., con RUC N.º 20608134515, ubicado en el Jr. Venecia N.º 268, distrito Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín;



Que, mediante Informe de Evaluación Autorización Sanitaria N.º 0513-2023/ JLMC de Droguería (...) de fecha 28 septiembre dm e 2023, el Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA realiza la evaluación de lo solicitado, y determina en el numeral 4 observaciones, y concluye que el representante legal de la droguería con razón social y nombre comercial "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.", deberá subsanar las observaciones encontradas en un plazo de 07 días hábiles, notificado mediante Oficio N.º 4729-2023-GRSM-DIRESA/DIREFISSA, mismo que es notificado mediante vía correo electrónico, por lo que mediante, Carta N.º 002-DYDSL/T-2023, contenido en el expediente N.º 030-2023334671, de fecha 03 de octubre de 2023, la representante legal presenta solicitud para el levantamiento de observaciones, dando cumplimiento con los requisitos que se estipulan en la normativa vigente;

Que, mediante Informe de Evaluación de Autorización Sanitaria N.º 0521-2023 de Botica/JLMC, (...), de fecha 12 de octubre de 2023, el Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos de la DIREFISSA, realiza la evaluación de lo solicitado; y concluye que la representante legal del establecimiento farmacéutico ha subsanado en su totalidad las observaciones, por lo que se procede la programación de visita de inspección, por cumplirse con los requisitos TUPA/GRSM y normativa vigente, mismo que se pone de conocimiento mediante correo electrónico;

Que, mediante Acta de Inspección para Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros que Almacenan Productos Farmacéuticos, (...), N.º 026-I- 2023, de fecha 15 de diciembre de 2023, luego de la revisión del contenido del expediente y sus anexos y de acuerdo a los instrumentos técnicos de inspección, concluyeron que el establecimiento farmacéutico, sí cumple con los requisitos y exigencias mínimas descritas en la normativa vigente;

Que, mediante Informe Técnico N.º 066-2023-GRSM-DIRESA/DIREFISSA/EEFF-NKCP, los Especialistas en Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, concluyeron que el establecimiento farmacéutico, denominado DROGUERIA SAN LUCAS SAC, (...), CUMPLE con la infraestructura, equipamiento y las condiciones mínimas técnicas sanitarias y operacionales que garantiza la conservación, almacenamiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, los requisitos exigidos en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos aprobado mediante Decreto Supremo 014-2011-SA y sus modificatorias, Ley N.º 29459-Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, así como también del TUPA del Gobierno Regional San Martín, aprobado mediante Ordenanza Regional N.º 008-2023-GRSM/CR, y sus modificatorias, para AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, con horario de funcionamiento del establecimiento farmacéutico los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas y el Director Técnico Q.F. MAX RENATO RIOS SANCHEZ con CQFP N.º 26255, con horario de labor los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, solicitado con expediente N.º 030- 2023459175; asimismo se brinda la Autorización Sanitaria de Funcionamiento para: A. PRODUCTOS FARMACEUTICOS: 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes, B. DISPOSITIVOS MÉDICOS: 1. Dispositivos médicos: De Clase I de bajo riesgo (Estéril y no estéril), Insumos de Uso Médico - Quirúrgico y Odontológico. Instrumental de uso médico -quirúrgico y odontológico. C. PRODUCTOS SANITARIOS: 1. Productos Absorbentes de Higiene Personal. 2. Artículos sanitarios;

Que, de conformidad con lo dispuesto en la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, Ley 29459, "Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de Salud", Decreto Supremo N.º 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, Decreto Supremo N.º 016-2011- SA Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de Salud, Decreto Supremo N.º 001-2012-SA, Decreto Supremo N.º 002-2012-SA, Decreto Supremo N.º 033-2014-SA, Decreto Supremo N.º 021-2018-SA, Decreto Supremo N.º 016 -2019-SA, Decreto Supremo N.º 004 -2021-SA,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

Resolución Jefatural

N.º 57-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISA

Trámite N.º 030-2024007390

Registro N.º 0117356

Moyobamba, 20 de febrero de 2024.

Resolución Ministerial N.º 132-2015/MINSA, Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, con Informe Legal N.º 051-2023-GRSM/DIRESA-DIREFISA/ALD/ECRM, la Asesora Legal de DIREFISA, recomienda otorgar mediante Acto Resolutivo la Autorización de Funcionamiento al establecimiento farmacéutico - DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C., (...);

Con el visto bueno de la Unidad de Regulación Sectorial de Salud, del Especialista de Regulación de Establecimientos Farmacéuticos, y de Asesoría Legal de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud de la Dirección Regional de Salud San Martín;

Que, por razones expuestas, en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N.º 009-2023-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 04 de enero de 2023, Ordenanza Regional N.º 019-2022-GRSM/CR de fecha 03 de noviembre de 2022, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional San Martín;



Ing. Cesar Urbina
Silva Guerra



Mg. Q.F. Mario Ríos
Vargas

SE RESUELVE:

Artículo 1º. - Otorgar la **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO** al establecimiento farmacéutico-droguería, con razón social social "con razón social y nombre comercial **DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**, con RUC N.º 20608134515, ubicado en el Jr. Venecia N.º 268, distrito Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín; con representante legal Sra. Ruth Milagros Arévalo Tapullima, identificada con DNI N.º 45495757, con Director Técnico el Q.F. MAX RENATO RIOS SANCHEZ con CQFP N.º 26255, con horario de funcionamiento del establecimiento farmacéutico los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas de labor del Director Técnico los días lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas, solicitado con expediente N.º 030- 2023459175; asimismo se brinda la Autorización Sanitaria de Funcionamiento para: A. PRODUCTOS FARMACEUTICOS: 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes, B. DISPOSITIVOS MÉDICOS: 1. Dispositivos médicos: De Clase I de bajo riesgo (Estéril y no estéril), Insumos de Uso Médico - Quirúrgico y Odontológico. Instrumental de uso médico -quirúrgico y odontológico. C. PRODUCTOS SANITARIOS: 1. Productos Absorbentes de Higiene Personal. 2. Artículos sanitarios.

Artículo 2º. - **PRECISAR** que las modificaciones de dirección técnica, horario de dirección técnica, nombre comercial, cierre del establecimiento farmacéutico, serán comunicados a la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud – DIREFISA de la Dirección Regional de Salud San Martín

Artículo 3º. - Notifíquese al interesado.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL DE SALUD

Mg. Q.F. Mario Ríos Vargas
DIRECTOR



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

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

Trámite N° 030-2024-031474

Moyobamba, 28 de febrero de 2024

CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO N° \8 -2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA

El que suscribe Director de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud (DIREFISSA) de la Dirección Regional de Salud San Martín.

CERTIFICA:

Que, la Droguería con nombre comercial "DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.", con Registro Único del Contribuyente N° 20608134515, ubicado con oficina administrativa y almacén en Jr. Venecia N° 268, Distrito Banda de Shilcayo, Provincia y Departamento San Martín, con horario de atención de lunes a viernes de: 13:30 a 19:00 horas, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para sus: A. PRODUCTOS FARMACEUTICOS: 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Medicamentos herbarios, 3. Productos dietéticos, 4. Productos edulcorantes. B. DISPOSITIVOS MÉDICOS: 1. Dispositivos Médicos: De Clase I de Bajo Riesgo (Estéril y no estéril), Insumos de Uso médico -Quirúrgico y Odontológico. Instrumental de uso médico- quirúrgico y odontológico. C. PRODUCTOS SANITARIOS: 1. Productos absorbentes de higiene personal, 2. Artículos sanitarios, consignadas en R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el País y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de inspección para droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros que almacenan productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios N° 026-I-2023, de fecha 15 de diciembre de 2023.

Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado, según el Expediente N° 030-2023459175, de fecha 26 de setiembre de 2023.

Este Certificado es válido por seis (06) meses, a partir del 28 de febrero de 2024, hasta el 28 de agosto de 2024 y su renovación debe ser solicitada con una anticipación no menor de 45 días hábiles anteriores a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN SECTORIAL EN SALUD

Mg. Q.F. Mario Ríos Vargas
DIRECTOR

MRV/mcj

Av. Grau Cdra. 1 Moyobamba direfissa@regionsanmartin.gob.pe

Link para ingresar documento: <https://mesavirtual.regionsanmartin.gob.pe/>

Link para dar seguimiento: <https://gstramite.regionsanmartin.gob.pe/#/seguimiento>



RUC N° 20608134515

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C.**

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

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 04/11/2021

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 04/11/2021

FECHA IMPRESIÓN: 27/03/2024**Nota:**

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

Retornar

Imprimir

Reporte de Ficha RUC

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

Lima, 24/05/2024

Información General del Contribuyente

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

Datos del Contribuyente

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

Domicilio Fiscal

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

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

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

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

Registro de Tributos Afectos

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

Representantes Legales

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

Otras Personas Vinculadas

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

Importante:

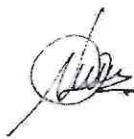
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: ITI.SAN MARTIN-MEPECO

Fecha: 24/05/2024

Hora: 08:59

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios
SUNAT

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

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

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteeec/reportecertificado/descarga?doc=NxEsbA8TVnCzKzL02PFL0M6wZCeOa%2BupzcsWrDYB3PY5tWHYICdssJ7fcUUTmgC%2FS7otgiZ5qXXpqHk2GEf18e459SfE9a%2Fgsk39d1SqChk%3D>





LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1512

drogueria san lucas <drogueriasanlucas2021@gmail.com>
Para: LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

6 de septiembre de 2024, 11:06

El mié, 4 sept 2024 a la(s) 5:54 p.m., LOGISTICA OGESSAH (logisticaogessah@gmail.com) escribió:
[El texto citado está oculto]

6 adjuntos **Cotizacion PF-610.pdf**
41K **1 CONSTANCIA DEL RNP.pdf**
90K **1 FICHA RUC 2024_.pdf**
197K **1. OFICIO N° 4005-2024_REMITO RESOLUCION N° 259_DROGUERIA SAN LUCASSSS.pdf**
623K **1. Resolución Jefatural y Certificado de BPA.pdf**
2659K **ALTO HUALLAGA.pdf**
183K



LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1512

1 mensaje

LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

Para: drogueria san lucas <drogueriasanlucas2021@gmail.com>

4 de septiembre de 2024, 17:54

Buenas tardes, por medio del presente, solicitamos a usted tener a bien presentar su propuesta económica para la ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.

Para mayor detalle se adjunta Especificaciones Técnicas:

A su Propuesta Económica deberá adjuntar lo siguiente:

Ficha Ruc

Registro Nacional de Proveedores

Anexos (se adjunta)

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA**RUC: 20531320574****OFICINA DE LOGÍSTICA****3 adjuntos****SOLICITUD DE COTIZACION 2.pdf**

1370K


**Anexo N° 03 Cotizacion y Declaracion Jurada del Proveedor.docx**

22K

**ANEXOS (1).docx**

67K

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	003-2024			
		Fecha	04/09/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO			
		RUC	20531320574			
		Dirección	Jr: Jorge Chávez C 7 – Tocache – San Martin.			
		Teléfono(s)	978921402			
		Correo electrónico	izaah.6@hotmail.com.com			
		Persona de contacto	ISAI RIOS BECERRA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.			
		RUC	20549704809			
		Dirección	CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA # 1920 - LIMA			
		Teléfono(s)	940749167			
		Correo electrónico	copedasac@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
Información complementaria						
5	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						



DROGUERÍA
COPEDSAC
CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



COTIZACION
N° C009240027

Importadores y Distribuidores de Material Médico, Farmacéuticos, Equipos,
Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Mobiliario y Ropa Descartable

RUC : 20549704809
TELEFONO(S) : 01-6480111
WEB : WWW.COPEDSAC.COM
CEL : 940749167 - 905436483
ELABORADO POR : CATALINA OROZCO SOLANO

E-MAIL : COPEDSAC@HOTMAIL.COM
CONTACTO : CATALINA OROZCO SOLANO
FECHA DE EMISIÓN : viernes, 6 Setiembre, 2024

DATOS DE CLIENTE

CODIGO : TOCA001 RUC : 20531320574
SEÑOR(ES) : OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA - OGESS-AH
DIRECCIÓN : JR. JORGE CHAVEZ N° 07 - TOCACHE - TOCACHE - SAN MARTIN

NOS ES GRATO HACERLES PRESENTE LA SGTE. COTIZACION DE LOS SIGUIENTES ARTICULOS CON LOS
MEJORES PRECIOS DEL MERCADO.

DATOS ADJUNTOS DE DOCUMENTO

VALIDEZ DE OFERTA : 10 Dias
COND. PAGO : CONTADO COMERCIAL
MONEDA : SOLES
PLAZO DE ENTREGA : 03 DIAS CALENDARIO

UM	DESCRIPCIÓN DE ARTICULO	MARCA	PROCEDENCIA	PRECIO	TOTAL
1 SUP0003	4,299 UND HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL	GENCOPHARM	PERU	17.25000	74,157.75

SÓN: SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE Y 75/100 SOLES (S.E.U.O) (PRECIOS INCLUYEN IGV)

LOS ARTICULOS CUENTAN CON SU RESPECTIVO DESCUENTO

REPRESENTANTE DE VENTAS : CATALINA OROZCO SOLANO

(*) Artículo No Afecto al IGV

SUB TOTAL S/ 62,845.55
I.G.V. S/ 11,312.20
ICBPER S/. 0.00
TOTAL IMPORTE S/ 74,157.75

OBSERVACIONES :

MONTO MÍNIMO DE COMPRA PARA ATENCIÓN: S/700

DEPOSITE SUS PAGOS EN NUESTRAS CUENTAS BANCARIAS :
BCP SOLES: 193-2013298-0-42

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.
Ever F. Pérez Díaz
EVER F. PÉREZ DÍAZ
GERENTE GENERAL

**COPEDSAC**

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



Anexo N° 3

Importadores y Distribuidores de Material Médico

Equipos, Instru

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	06/09/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 74,157.75 (Setenta y Cuatro Mil Ciento Cincuenta y Siete con 75/100)	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	.SE ADJUNTA COTIZACIÓN DETALLADA	
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;">CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C. EVER F. PÉREZ DÍAZ GERENTE GENERAL</p>			
Nombre, firma y sello del proveedor			

Av. Alfa N° 1951 Urb. El Trebol III Etapa - Los Olivos - Lima

Telf.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedsac@hotmail.com / copedsac@gmail.com

ventascopeadsac@outlook.com



COPEDSAC

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



Importadores y Distribuidores de Material Médico
Equipos, Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Metilación y Densidad

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	06/09/2024
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 HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCION A PACIENTES
2.2	Monto total según informe de indagación	S/. 74,157.75 (Setenta y Cuatro Mil Ciento Cincuenta y Siete con 75/100)
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	.SE ADJUNTA COTIZACIÓN DETALLADA
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;"> CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C. EVER F. PÉREZ DIAZ GERENTE GENERAL</div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

Av. Alfa N° 1951 Urb. El Trebol III Etapa - Los Olivos - Lima

Telf.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedSac@hotmail.com / copedsac@gmail.com

ventas@copedsac.com

**COPEDSAC**

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



ANEXO N°04

Importadores y Distribuidores de Material Médico
FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR
Equipos, Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Mobiliario y Ropa descartable

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA**Presente. -**

De mi mayor consideración,

DATOS DEL DECLARANTE:

Nombres y Apellidos/ Razón Social: CORPORACIONPEREZ DIAZ S.A.C.	
DNI: 42471941 PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO (REPRESENTANTE LEGAL)	RUC: 20549704809
Dirección de notificación: CAL.MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA NRO. 1920 URB. EL TREBOL ET. CUATRO (1ER PISO) LIMA - LIMA - LOS OLIVOS	
Nombre de contacto: PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO	
Telf. Fijo/Móvil: 905436483	Correo Electrónico: copedsac@hotmail.com
Código de Cuenta Interbancario (CCI): 002-193-00-2013298042-14	Banco: BANCO DE CREDITO DEL PERU (BCP)

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

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado.
5. No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
6. No tener vínculo laboral con otra dependencia del Gobierno Regional San Martín.
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
9. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
10. Para todos los efectos de la contratación, autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor adjudicado, a la dirección electrónica señalada.
11. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que

Av. Alfa N° 1951

Telf.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedsac@hotmail.com / copedsac@gmail.com

ventascopeadsac@outlook.com



COPEDSAC



CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.

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

12. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa del Gobierno Regional San Martín, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
13. Aceptar en su integridad las especificaciones técnicas proporcionadas por el Gobierno Regional San Martín, conforme a las condiciones y plazos establecidos.
14. Conocer las disposiciones reguladas en la normativa interna de la Entidad, relativa a la contratación de bienes y servicios.
15. Conocer que el vínculo contractual con la Entidad inicia una vez de perfeccionado el contrato.
16. Conocer que en el caso de incurrir en retraso injustificado en la ejecución de prestaciones a mi cargo, la Entidad aplicará automáticamente la penalidad por mora; así como otras penalidades establecidas en el requerimiento.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Lima, 06 de Setiembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.


EVER F. PÉREZ DÍAZ
GERENTE GENERAL

Firma

CORPORACIONPEREZ DIAZ S.A.C.
RUC: 20549704809

Av. Alfa N° 1951 Urb. El Trebol III Etapa - Los Olivos - Lima

Telf.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedsac@hotmail.com / copedsac@gmail.com

ventascopeadsac@outlook.com



COPEDSAC

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



Importadores y Distribuidores de Material Médico
Equipos, Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Mobiliario y Ropa descartable

ANEXO N°05
FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORN Y
ANTICORRUPCIÓN

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi consideración,

Yo, PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO, identificado con DNI N° 42471941, representante legal de **CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.** con RUC N° **20549704809**, domiciliado en CAL.MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA NRO. 1920 URB. EL TREBOL ET. CUATRO (1ER PISO) LIMA - LIMA - LOS OLIVOS, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO:**

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

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

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

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

Lima, 06 de Setiembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

(Firma)
EVER F. PÉREZ DÍAZ
GERENTE GENERAL

Firma

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

RUC: 20549704809

Av. Alfa N° 1501 Urb. El Trebol Et. Cuatro - Los Olivos - Lima

Tel.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedSac@hotmail.com / copedsac@gmail.com

ventasopedSac@outlook.com

**COPEDSAC**

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



Importadores y Distribuidores de Material Médico
Equipos, Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Mobiliario y Ropa descartable

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

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGAPresente. -

De mi consideración,

Yo, PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO, identificado con DNI N° 42471941, representante legal de **CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.** con RUC N° **20549704809**, domiciliado en CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA NRO. 1920 URB. EL TREBOL ET. CUATRO (1ER PISO) LIMA - LIMA - LOS OLIVOS, declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Huallaga, con independencia de su régimen laboral o contractual.

SI	<input checked="" type="checkbox"/>
----	-------------------------------------

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

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

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

Lima, 06 de Setiembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

Ever F. Pérez Díaz
EVER F. PÉREZ DÍAZ
GERENTE GENERAL

Firma

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.
RUC: 20549704809

Av. Alfa N° 1951 Urb. El Trebol III Etapa - Los Olivos - Lima

Telf.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedSac@hotmail.com / copedsac@gmail.com
ventasopedSac@outlook.com



COPEDSAC

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



Importadores y Distribuidores de Material Médico
Equipos, Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Mobiliario y Farmacia

ANEXO N° 07

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES³

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

Yo, PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO, identificado con DNI N° 42471941, representante legal de **CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.** con RUC N° **20549704809**, domiciliado en CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA NRO. 1920 URB. EL TREBOL ET. CUATRO (1ER PISO) LIMA - LIMA - LOS OLIVOS, declaro bajo juramento:

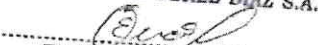
- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N° 31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
 - Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral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

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

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

Lima, 06 de Setiembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.


EVER F. PÉREZ DÍAZ
GERENTE GENERAL

Firma

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

RUC: **20549704809** Etapa - Los Olivos - Lima

- Av. Alfa N° 1550, Jr. 1550, Etapa - Los Olivos - Lima
- Telf.: 556-7670
- RPM: #948443084
- RPC: 940751185
- 996 520 400

copedSac@hotmail.com / copedsac@gmail.com
ventasopedSac@outlook.com

**COPEDSAC**

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



Importadores y Distribuidores de Material Médico
Equipos, Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Mobiliario y Ropa descartable

ANEXO N°08
FORMATO CARTA DE PROPUESTA ECONÓMICA

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

De mi mayor consideración:

De acuerdo a los Términos de Referencia/ Especificaciones Técnicas, quien suscribe presenta a su consideración la Propuesta Económica por el importe total de S/. 74,157.75 (Setenta y Cuatro Mil Ciento Cincuenta y Siete con 75/100 soles), incluido los impuestos de ley y cualquier otro concepto que pueda incidir sobre el costo total de la prestación.

DESCRIPCIÓN	IMPORTE TOTAL S/.
HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL *4299 unidades	S/ 74,157.75 (Setenta y Cuatro Mil Ciento Cincuenta y Siete con 75/100 soles)
Plazo de Servicio: 03 días Calendarios	03 días calendarios

Validez de la propuesta económica: 01 Mes

Declaró haber tomado conocimiento de todas las condiciones contenidas en los términos de referencia/ especificaciones técnicas.

Lima, 06 de Setiembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

[Firma]
EVER F. PÉREZ DÍAZ
GERENTE GENERAL

Firma

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.
RUC: 20549704809

SE ADJUNTA:

Av. Alfa N° 1510 - ETAPA - Los Olivos - Lima
✓ FICHA RUC

Telf.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedSac@hotmail.com / copedsac@gmail.com
ventasopedSac@outlook.com



COPEDSAC

CORPORACIÓN PÉREZ DÍAZ S.A.C.



Importadores y Distribuidores de Material Médico
Equipos, Instrumental, Laboratorio, Odontológico, Material de Curación, etc.

ANEXO N° 10

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

Señores:

OFICINA DE GESTION DE SÉRVICIO DE SALUD ALTO HUALLAGA

Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta.

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

Código Interbancario:

002-193-00-2013298042-14

A nombre de:

CORPORACIONPEREZ DIAZ S.A.C.

Nombre del Banco:

BANCO DE CREDITO DEL PERU (BCP)

Tipo de Cuenta:

Ahorro

Moneda

Soles

RUC (Asociado al CCI)

20549704809

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

Banco de la Nación

Asimismo, de constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

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

Lima, 06 de Setiembre del 2024

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

EVER F. PÉREZ DIAZ
GERENTE GENERAL

Firma

CORPORACIONPEREZ DIAZ S.A.C.

RUC: 20549704809

Av. Alfa N° 1951 Urb. El Trebol III Etapa - Los Olivos - Lima

Telf.: 556-7670

RPM: #948443084

RPC: 940751185

996 520 400

copedSac@hotmail.com / copedsac@gmail.com

ventasopedSac@outlook.com



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección General
de Medicamentos, Alimentos y BiológicosDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación"

R.D. N° 4022 -2015/DIGEMID/DAS/EEF

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima,

12 AGO. 2015

Visto el Memorandum N° 2360-2015-DIGEMID-DCVS-ECVE/MINSA de fecha 20 de julio del 2015, Acta N° 612-I-2015 de fecha 10 de julio del 2015, expediente N° 15-025818-1 del 30 de marzo del 2015, Anexo N° 1 del 18 de mayo del 2015, Anexo N° 2 del 03 de junio del 2015, Anexo N° 3 del 15 de junio del 2015 y Anexo N° 4 del 17 de junio del 2015, presentado por el Sr. Representante Legal Ever Francisco Pérez Díaz y la Químico Farmacéutica Marleni Mercedes Villacorta Grandez, con el horario de labor de lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm., de la Empresa con Nombre Comercial COPEDSAC, con razón social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Registro Único del Contribuyente - RUC N° 20549704809, con Oficina Administrativa en Calle De Riva Agüero Mz. U, Lote 26-B, Urb. El Trébol 3era. Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima y Almacén en Av. Alfa Mz. U, Lote 26-A, Urb. El Trébol 3era. Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima, con horario de funcionamiento de lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm., sobre AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO de la mencionada empresa como Droguería;

CONSIDERANDO:

Que mediante el expediente del visto la empresa recurrente solicita AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO como Droguería, para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de A) Productos Farmacéuticos: Productos Galénicos; B) Dispositivos Médicos: Clase I De Bajo Riesgo y De Bajo Riesgo No Estéril, Clase II De Moderado Riesgo, Clase III De Alto Riesgo, Clase IV Críticos en materia de riesgo, Equipos Biomédicos y Dispositivos Médicos de Diagnóstico in vitro (Reactivos de Diagnóstico); C) Productos Sanitarios: Productos absorbentes de Higiene Personal;

Que con OFICIO N° 8146-2015-DIGEMID-DAS-EEF/MINSA de fecha 17 de abril del 2015, esta Dirección solicitó la subsanación de observaciones al expediente N° 15-025818-1 del 30 de marzo del 2015, en cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo N° 125° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General modificado por el Art. 1° del Decreto Legislativo N° 1029 y Art. 191° de la Ley en mención;

Que mediante el Anexo N° 1 del 18 de mayo del 2015, Anexo N° 2 del 03 de junio del 2015, Anexo N° 3 del 15 de junio del 2015 y Anexo N° 4 del 17 de junio del 2015, la empresa subsana las observaciones realizadas en el Oficio antes señalado;

Que con Memorandum N° 2360-2015-DIGEMID-DCVS-ECVE/MINSA de fecha 20 de julio del 2015, la Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria informa de la inspección realizada en la que señala que el establecimiento farmacéutico en mención cumple con las condiciones técnico sanitarias dispuestas en la Normatividad Sanitaria vigente, tal como consta en el Acta de Inspección N° 612-I-2015 de fecha 10 de julio del 2015;



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección General de

de Medicamentos, Insumos y Drogas

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación"

R.D. N° 4022 -2015/DIGEMID/DAS/EEF

Con la visación del Equipo de Establecimientos Farmacéuticos de la Dirección de Autorizaciones Sanitarias;

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Decreto Supremo N° 013-2009-SA, Decreto Supremo N° 002-2010-SA, Decreto Supremo N° 004-2010-SA, Decreto Supremo N° 014-2011-SA, Decreto Supremo N° 002-2012-SA, Decreto Supremo N° 033-2014-SA, Ley N° 29459 "Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios", "Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", Decisión 516-2002 de la Comunidad Andina y Decisión 706-2008 de la Comunidad Andina;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Autorizar el Funcionamiento de la Droguería COPEDSAC, con razón social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Registro Único del Contribuyente - RUC N° 20549704809, con Código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, representada legalmente por el Sr. Ever Francisco Pérez Díaz, con Oficina Administrativa en Calle De Riva Agüero Mz. U, Lote 26-B, Urb. El Trébol 3era. Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima y Almacén en Av. Alfa Mz. U, Lote 26-A, Urb. El Trébol 3era. Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima, con horario de funcionamiento de lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm., autorizada para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de A) Productos Farmacéuticos: Productos Galénicos; B) Dispositivos Médicos: Clase I De Bajo Riesgo y De Bajo Riesgo No Estéril, Clase II De Moderado Riesgo, Clase III De Alto Riesgo, Clase IV Críticos en materia de riesgo, Equipos Biomédicos y Dispositivos Médicos de Diagnóstico in vitro (Reactivos de Diagnóstico); C) Productos Sanitarios: Productos absorbentes de Higiene Personal; con la Dirección Técnica de la Químico Farmacéutica Marleni Mercedes Villacorta Grandez, en el horario de labor de lunes, miércoles y viernes de 2:30pm. a 6:30pm.

Artículo 2°.- Toda modificación o cambio del Establecimiento Farmacéutico, serán autorizados por la Dirección de Autorizaciones Sanitarias de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID.

Artículo 3°.- El incumplimiento de las normas establecidas dará lugar a la aplicación de las medidas de seguridad sanitaria y sanciones administrativas correspondientes.

Artículo 4°.- Notifíquese la presente Resolución Directoral al interesado y comuníquese a la Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, para su conocimiento y fines consiguientes.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGASQ.F. ERICA YUKIKO NISHIHARA
Directora Ejecutiva
Dirección de Autorizaciones Sanitarias

EYN/WAG/RAQ/raq

2/2

<http://www.digemid.minsa.gob.pe>Av. Parque de las Leyendas # 240 Torre B
(altura cdra. 24 de la Av. La Marina)
San Miguel, Lima - Perú
T (511) 6314300, Anexo 6330-6332-6333-6334



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección General
de Medicamentos, Insumos y Drogas"DECENIO DE LA IGUALDAD OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

R.D. N° 2494 -2018/DIGEMID/DICER

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima,

07 MAYO 2018

Visto: El expediente N° 18-036888-1 del 23 de abril del 2018, presentado por el Sr. Representante Legal Ever Francisco Pérez Díaz y el Químico Farmacéutico Director Técnico Irving Mike Justo Trujillo, de la Droguería COPEDSAC, con Razón Social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Registro Único del Contribuyente – RUC N° 20549704809, con código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con Oficina Administrativa y Almacén en Calle Miguel Bastidas Pumacahua N° 1920, 1er. Piso, Urb. El Trebol IV Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima, sobre Autorización Sanitaria de **AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES** del mencionado Establecimiento Farmacéutico.

CONSIDERANDO:

Que, mediante el expediente de visto la empresa recurrente solicita **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES**, para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de: **Productos Farmacéuticos: Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas;**

Que, de la evaluación de los documentos presentados, se ha verificado que estos se encuentran conformes con los requisitos establecidos en el Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud -TUPA/MINSA, con respecto al procedimiento N° 142, por lo que, se considera procedente lo solicitado por la mencionada empresa;

De conformidad con la Ley N° 29459 "Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios", "Decreto Legislativo N° 1161 "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", el Decreto Supremo N° 006-2017-SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", el Decreto Supremo N° 014-2011-SA "Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos" y sus modificatorias; Decreto Supremo N° 006-2017-JUS "Texto Único Ordenado" de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Autorizar la **AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES** en la Droguería COPEDSAC, con Razón Social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Registro Único del Contribuyente – RUC N° 20549704809, con código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con Oficina Administrativa y Almacén en Calle Miguel Bastidas Pumacahua N° 1920, 1er. Piso, Urb. El Trebol IV Etapa, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima, para la Importación, Exportación, Comercialización, Almacenamiento y/o Distribución de: **Productos Farmacéuticos: Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas.**

Artículo 2°.- El incumplimiento de las normas establecidas dará lugar a la aplicación de las medidas de seguridad sanitaria y sanciones administrativas correspondientes.

Artículo 3°.- Notifíquese la presente Resolución Directoral al interesado para su conocimiento y fines consiguientes.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
[Firma]
Q.F. ELDEY MARY ACUNA MORILLO
Directora Ejecutiva
Dirección de Inspección y Certificación

EMAM/CLL/WAG/LOR/lcr

<http://www.digemid.minsa.gob.pe>

Av. Parque de las Leyendas # 240 Torre B
(Altura Cdra. 24 de la Av. La Marina
San Miguel, Lima - Perú)

T: (511) 6314300. Anexo 6330, 6332, 6333, 6334



PERÚ

Ministerio
de SaludMinisterio
de Salud PúblicaDirección General
de Medicamentos,
Insumos y Drogas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

N° 1304-2023

CERTIFICADO

BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO

La que suscribe, Directora Ejecutiva de la Dirección de Inspección y Certificación de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

CERTIFICA:

Que la Droguería COPEDSAC con razón social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con oficina administrativa y almacén ubicados en Calle Miguel Bastidas Pumacahua N° 1920, 1er. piso, Urb. El Trébol, IV Etapa - Los Olivos - Lima - PERÚ, cumple con las Buenas Prácticas de Almacenamiento para sus: A) PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: 1. Medicamentos: Especialidades Farmacéuticas, 2. Recursos Terapéuticos Naturales: Producto Natural de Uso en Salud, 3. Productos Galénicos, 4. Productos Dietéticos, 5. Productos Edulcorantes; B) DISPOSITIVOS MÉDICOS: 1. Dispositivos Médicos: Clase I (De Bajo Riesgo Estéril y de Bajo Riesgo No Estéril), Clase II (De Moderado Riesgo), Clase III (De Alto Riesgo), Clase IV (Críticos en Materia de Riesgo), 2. Equipos Biomédicos: Clase I (De Bajo Riesgo), Clase II (De Moderado Riesgo), Clase III (De Alto Riesgo), 3. De Diagnóstico *in vitro*: (Reactivo de Diagnóstico); C) PRODUCTOS SANITARIOS: 1. Productos Cosméticos, 2. Productos Absorbentes de Higiene Personal, 3. Productos de Higiene Doméstica, 4. Artículos Sanitarios; almacenados a temperatura controlada, consignadas en la R.M. N° 132-2015/MINSA, para vender o distribuir en el país y/o para la exportación, tal como consta en el Acta de Inspección para Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros que Almacenan Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 1005-I-2022 de fecha 14 de setiembre del 2022.

Este certificado reemplaza al Certificado N° 1458-2022, al haberse rectificado el error material incurrido, donde dice: "...CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C. - DROPASUR..." debe decir: "...CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C....", de acuerdo a lo dispuesto en los numerales 212.1 y 212.2 del artículo 212 del D.S. N° 004-2019-JUS "Texto Único de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".

Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado según el Expediente N° 23-130898-1 de fecha 31 de octubre del 2023.

Este Certificado es válido a partir del 14 de setiembre del 2022 hasta el 14 de setiembre del 2025.

Lima,

23 NOV. 2023



Q.F. Lidia Esther Hildebrandt Pinedo
Directora Ejecutiva
Dirección de Inspección y Certificación
DIGEMID

Temperatura Controlada: 15 °C - 25 °C

LEHP/LNCR/ILAV/A/F/aaf

Av. Parque de las Leyendas N° 240,
Urb. Pando - San Miguel, Lima 32 - Perú
www.digemid.gob.pe



BICENTENARIO
DEL PERÚ





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Medicamentos,
Insumos y Drogas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

N°006 - 2024

CERTIFICADO

BUENAS PRÁCTICAS DE DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE

El que suscribe, Director Ejecutivo de la Dirección de Inspección y Certificación de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

CERTIFICA:

Que la Droguería COPEDSAC, con razón social CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C., con Código de Establecimiento Farmacéutico N° 0036802, con oficina administrativa y almacén ubicados en Calle Miguel Bastidas Pumacahua N°1920, 1er. Piso Urb. El Trébol IV Etapa - Los Olivos - Lima - PERÚ, cumple con las Buenas Prácticas de Distribución y Transporte para sus: A) Productos Farmacéuticos distribuidos a condiciones de temperatura controlada, consignadas en la R.M. N° 833-2015/MINSA y su modificatoria para la distribución en el país, tal como consta en la Acta de Inspección para Droguerías y Almacenes Especializados que distribuyen y transportan Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos N° 009-I-2024 de fecha 16 de enero del 2024.

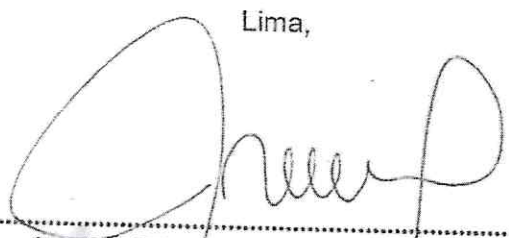
Se expide el presente Certificado a solicitud del interesado según el Expediente N° 23-136399-1 de fecha 13 de noviembre del 2023.

Este Certificado es válido a partir del 16 de enero del 2024 hasta el 16 de enero del 2027.

Lima,

31 ENE. 2024




Q.F. JOSÉ LUIS BRENIS MENDOZA
Director Ejecutivo
Dirección de Inspección y Certificación
DIGEMID

Temperatura Controlada: 15°-25°C

JLBM/EA/H/PEEC/MCL



REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.

Domiciliado en: CAL.MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA NRO. 1920 URB. EL TREBOL ET. CUATRO (1ER PISO)
LIMA - LIMA - LOS OLIVOS (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 04/06/2022

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 04/06/2022

FECHA IMPRESIÓN: 20/08/2024

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 - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

Reporte de Ficha RUC

CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C.
20549704809

Lima, 07/08/2023

Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	21/09/2012
Fecha de Inicio de Actividades	21/09/2012
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	20/08/2018
Comprobantes electrónicos	BOLETA (desde 20/08/2018),FACTURA (desde 20/08/2018), (desde 06/10/2020)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	COPEDSAC
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	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Actividad Económica Secundaria 2	4659 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	MANUAL/COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Número Fax	1 - 6410111
Teléfono Fijo 1	1 - 6410111
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 951853520
Teléfono Móvil 2	1 - 940751185
Correo Electrónico 1	hector_luque@outlook.com
Correo Electrónico 2	copedSac@hotmail.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	LOS OLIVOS
Tipo y Nombre Zona	URB. EL TREBOL ET. CUATRO

Tipo y Nombre Vía	CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA
Nro	1920
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	1ER PISO
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	07/09/2012
Número de Partida Registral	12907131
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	21/09/2012	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/12/2014	-	-	-
RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES	01/01/2014	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2017	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	01/01/2014	-	-	-
SNP - LEY 19990	01/01/2014	-	-	-

Representantes Legales

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 42471941	PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO	GERENTE GENERAL	15/10/1981	07/09/2012	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	CAL. MANUEL GONZALES PRADA 355 Dpto 505	LIMA LIMA MIRAFLORES	15 -	-	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 42471943	DIAZ REGALADO ELIAS	SOCIO	21/07/1982	10/05/2018	-	0.010000000
	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 - 42471941	PEREZ DIAZ EVER FRANCISCO	SOCIO	15/10/1981	10/05/2018	-	99.990000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0002	DEPOSITO	-	LIMA LIMA LOS OLIVOS	URB. EL TREBOL ET. CUATRO CAL. MIGUEL BASTIDAS PUMACAHUA 1920	1ER PISO	ALQUILADO	-
0003	L. COMERCIAL	-	LIMA LIMA LOS OLIVOS	URB. EL TREBOL 3RA ETAPA AV. ALFA REF.	AV ALFA 1951-A - ESQ. C/CAL. 27 CDRA 8	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: 07/08/2023

Hora: 15:58

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=FVIDR2eCfuxpn5k57L2S4%2BuK7YkdQsl4ZY6tllXok3xPzHRrZdltjnO31o810kf3jlka%2F1rqaj3R%2B6zJnXUqiCKeVN5nyPU9WXN0pt9WZ8%3D>





LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1512

COPEDSAC COPEDSAC <copedSac@hotmail.com>
Para: LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

6 de septiembre de 2024, 17:40

Estimados, se adjunta la siguiente cotización.

Saludos cordiales.

DROGUERÍA COPEDSAC

....."Corporación Pérez Díaz S.A.C.".....

R.U.C. 20549704809

Cal. Miguel Bastidas Pumacahua Nro. 1920 Urb.
El Trébol Et. cuatro (1er piso) - Los Olivos - Lima

.....**CONTÁCTANOS**.....

www.copedSac.com - Teléf.: (01) 6480111

ventas1@copedsac.com - Teléf.: 905436483

ventas2@copedsac.com - Teléf.: 940749167

administracion@copedsac.com - Teléf.: 982334615

almacencopedSac@gmail.com - Teléf.: 948443084

De: LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

Enviado: miércoles, 4 de setiembre de 2024 17:56

Para: copedsac@hotmail.com <copedSac@hotmail.com>

Asunto: SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1512

Buenas tardes por medio del presente, solicitamos a usted tener a bien presentar su propuesta económica para la ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.

[El texto citado está oculto]

7 adjuntos

cotizacion alto huallaga.pdf
130K

ANEXOS alto huallaga.pdf
365K

Anexo N° 03 Cotizacion y Declaracion Jurada del Proveedor altyo huallaga.pdf
286K

Anexo N° 04 Declaracion Jurado del Proveedor alto huallagaa.pdf
286K

reporte - ficha ruc -07-08-2023 actualizada.pdf
207K

R.D. + AMP.ACT. + BPA + BPDYT.pdf
3749K

RNP.pdf
63K



LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>

SOLICITO COTIZACION N.C. N° 1512

1 mensaje

LOGISTICA OGESSAH <logisticaogessah@gmail.com>
Para: copedsac@hotmail.com

4 de septiembre de 2024, 17:56

Buenas tardes, por medio del presente, solicitamos a usted tener a bien presentar su propuesta económica para la ADQUISICIÓN DE HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL PARA ATENCIÓN A PACIENTES.

Para mayor detalle se adjunta Especificaciones Técnicas:
A su Propuesta Económica deberá adjuntar lo siguiente:

Ficha Ruc

Registro Nacional de Proveedores

Anexos (se adjunta)

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA

RUC: 20531320574

OFICINA DE LOGÍSTICA

3 adjuntos

 **SOLICITUD DE COTIZACION 3.pdf**
1374K

 **Anexo N° 03 Cotizacion y Declaracion Jurada del Proveedor.docx**
22K

 **ANEXOS (1).docx**
67K