



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

**NOTA INFORMATIVA N° 114 - 2024/REGION-A/DIRES-A/D-RED-S-
HS/DE/OA/UL/ADQ**

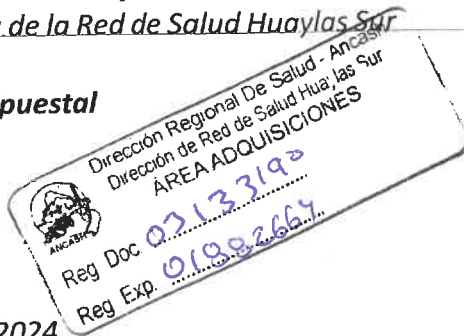
A : C.P.C Ávila Calderón Alberth Antony
Jefe de la Unidad de Logística de la Red de Salud Huaylas Sur

ASUNTO : Solicito Certificación Presupuestal

ATENCION : Oficina de Presupuesto

REF : Cuadro comparativo

Fecha : Huaraz, 22 de Octubre de 2024.



—Por intermedio de la presente me dirijo a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar la **CERTIFICACIÓN PRESUPUESTAL** para realizar la **ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE LABORATORIO** (según **ANEXO N° 05 SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0002093**, del Área usuaria), por el cual se adjunta el expediente en folios (32)

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

CPC. Correa Montoya Alejandro Y
Jefe de Adquisiciones

C.c./Archivo

23 OCT. 2024

10:52

CERTIFICACION DE CREDITO PRESUPUESTARIO Nro.: 001554

N° CCP SIAF: 0000001665

1.-Información del Proc.

Tipo de Proc. de Selección : COMPARACION DE PRECIOS
 Objeto del Proc. : SUMINISTRO
 Síntesis de Especificación Técnica : TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 ML CON EDTA
 Nro. de Ref. en el PAC :
 Incluido en el PAC mediante Resolución:
 Base Legal : Artículo 19° de la Ley de Contrataciones del Estado

2.-Contenido del Expediente de Contratación

Requerimiento :
 Informado con Documento N° :
 Valor Referencial : S/ 75,250.00 Soles

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 DIRECCIÓN REGIONAL DE HUAYLAS SUR
 CPC. Avila *[Firma]* Alberth Antony
 JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA

Fecha 22/10/2024

Firma del Responsable de Logística

3.- Disponibilidad Presupuestal

FF/Rb. Meta / MNEMO	Cadena Funcional	Centro de Costo	Clasificador Gasto	Valor Ref. S/
2024				
4-13 0035	20.044.0096.1001.3033254.5000017	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3. 1 8. 2 1	59,000.00
4-13 0117	20.044.0096.9002.3999999.5001171	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3. 1 8. 2 1	16,250.00
Sub Total				75,250.00
Total				75,250.00

Resumen Presupuestal por Producto / Proyecto

FF/Rb.	Producto / Proyecto	Valor Ref. S/
4-13 3033254	NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	59,000.00
4-13 3999999	SIN PRODUCTO	16,250.00
Total		75,250.00

Visto el expediente de: COMPARACION DE PRECIOS
 cuyo contenido se detalla en los numerales 2 y 3 del presente documento y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 19° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y al Artículo 41° del Decreto Legislativo N°1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, se aprueba la presente certificación para que se continúe con el trámite respectivo.

Fecha

Firma del Responsable de Presupuesto

CERTIFICACION DE CREDITO PRESUPUESTARIO Nro.: 001554**Nº CCP SIAF:** 0000001665**1.-Información del Proc.**

Tipo de Proc. de Selección : COMPARACION DE PRECIOS
Objeto del Proc. : SUMINISTRO
Síntesis de Especificación Técnica : TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 ML CON EDTA I
Nro. de Ref. en el PAC :
Incluido en el PAC mediante Resolución:
Base Legal : Artículo 19° de la Ley de Contrataciones del Estado

2.-Contenido del Expediente de Contratación

Requerimiento :
Informado con Documento N° :
Valor Referencial : S/ 75,250.00 Soles



Fecha 22/10/2024

Firma del Responsable de Logística

3.- Disponibilidad Presupuestal

FF/Rb	Meta / MNEMO	Cadena Funcional	Centro de Costo	Clasificador Gasto	Valor Ref. S/
2024					
4-13	0035	20.044.0096.1001.3033254.5000017	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3. 1 8. 2 1	59,000.00
4-13	0117	20.044.0096.9002.3999999.5001171	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3. 1 8. 2 1	16,250.00
Sub Total					75,250.00
Total					75,250.00

Resumen Presupuestal por Producto / Proyecto

FF/Rb	Producto / Proyecto	Valor Ref. S/
4-13	3033254 NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	59,000.00
4-13	3999999 SIN PRODUCTO	16,250.00
Total		75,250.00

Visto el expediente de: COMPARACION DE PRECIOS
cuyo contenido se detalla en los numerales 2 y 3 del presente documento y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 19° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y al Artículo 41° del Decreto Legislativo N°1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, se aprueba la presente certificación para que se continúe con el trámite respectivo.

Fecha

Firma del Responsable de Presupuesto

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

REFERENCIA: ADQUISICION DE VESTUARIO

CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS													
PROVEEDOR			PROVEEDOR			PROVEEDOR			PROVEEDOR			VALOR REFERENCIAL [V.R.]	
RUC:	20606401231	IMPORTACION MEDIC FABIAN EMPRESA INDIVIDUAL	RUC:	2056562134	BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.	RUC:	205601873213	COMERCIALIZADORA SERVICIOS MULTIPLES SANTA	RUC:	20506744874	MEDICAL CHANNEL S.A.C.	PROCEDIMI ENTO Y/O METODOLOGIA UTILIZADO PARA DEFINIR	VALOR REFERENCIAL DEL ITEM
REPRESENTANTE LEGAL	OSORIO ROSAS YENER FABIAN		REPRESENTANTE LEGAL	COLLAS ENGSO GIUSEPPY ANDRE		REPRESENTANTE LEGAL	NORABUENA ALEJO JUSTINA	CHARQUI ZAMBRANO HUGO ALEJANDRO	REPRESENTANTE LEGAL			VALOR UNITARIO	
TELEF.	947561972		TELEF.	968311563		TELEF.	939376700		TELEF.				
EMAIL	fabianrosas@redhsur.com		EMAIL	BIOMEDIC@UNIA-HOTMAIL.COM		EMAIL	RED.SUR@SANTAMHOTMAIL.COM		EMAIL				
P. U	P. TOTAL	MARCA	P. U	P. TOTAL	MARCA	P. U	P. TOTAL	MARCA	P. U	P. TOTAL	MARCA		
1	S/. 85.00	S/. 1,275.00	QCA	S/. 90.00	S/. 1,350.00	QCA	S/. 88.00	S/. 1,320.00	QCA	S/. 90.00	S/. 1,350.00	QCA	S/ 330.00
2	S/. 85.00	S/. 1,275.00	QCA	S/. 90.00	S/. 1,350.00	QCA	S/. 88.00	S/. 1,320.00	QCA	S/. 90.00	S/. 1,350.00	QCA	S/ 495.00
3	S/. 68.50	S/. 13,700.00	MEDITES-MISION	S/. 75.00	S/. 15,000.00	MEDITES-MISION	S/. 70.00	S/. 14,000.00	MEDITES-MISION	S/. 75.00	S/. 15,000.00	MEDITES-MISION	S/ 14,600.00
4	S/. 18.00	S/. 9,000.00	MARINFELD	S/. 21.00	S/. 10,500.00	MARINFELD	S/. 20.00	S/ 10,000.00	MARINFELD	S/. 21.00	S/ 10,500.00	MARINFELD	S/ 36,000.00
5	S/. 35.00	S/. 14,000.00	GOLDEN VAC	S/. 36.00	S/. 14,400.00	GOLDEN VAC	S/. 36.00	S/ 14,400.00	GOLDEN VAC	S/. 38.00	S/ 15,200.00	GOLDEN VAC	S/ 13,200.00
6	S/. 60.00	S/. 36,000.00	GOLDEN VAC	S/. 62.00	S/. 37,200.00	GOLDEN VAC	S/. 62.00	S/ 37,200.00	GOLDEN VAC	S/. 63.00	S/ 37,800.00	GOLDEN VAC	S/ 21,000.00
TOTAL		S/ 75,250.00		S/ 79,800.00		S/ 78,240.00		S/ 81,200.00		TOTAL		S/ 0.00	
05 DIAS CALENDARIOS			05 DIAS CALENDARIOS			05 DIAS CALENDARIOS			05 DIAS CALENDARIOS				
POSTERIOR A LA CONFORMIDAD DEL BIEN ENTREGADO													
FORMA DE PAGO													

HZ 23/10/2024



DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

CPC. Carlos Antonio Y.
Jefe de Adquisiciones

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

CPC. Aníbal Calderón Alberth Antony
Jefe de la Unidad de Logística

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

D.S. N° 344-2018-EF "Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado" Artículo 10. Excepciones. No requieren inscribirse como proveedores en el RNP: a) Las entidades del Estado comprendidas en el artículo 3 de la Ley. b) Las sociedades conyugales y las sucesiones

solicito cotización d e insomnios de laboratorio

De <area_adquisiciones@redhuaylassur.gob.pe>
Destinatario <importaciones.osmed@gmail.com>, <Import.medic.norte@gmail.com>, <biomedicalima@hotmail.com>, <Biobysa@hotmail.com>, <Ordenes-tecnico@omegaperu.com.pe>, <servicio@omegaperu.com.pe>, <maravelaintl@gmail.com>, <edinsonpadilla@hotmail.com>, <Inversiones.medicasmpeirl@gmail.com>, <administracion@medicalchannelperu.com>, [57 más...](#)
Fecha 2024-10-21 4:33 pm

 COMPRA INSTITUCIONAL DE LABORATORIO.pdf (~10 MB)  CARTA CCI (1).docx (~17 KB)  DECLARACION JURADA (1).docx (~20 KB)

ESTIMADO (A):

Por medio del presente reciba un cordial saludo a nombre de la DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR y al mismo tiempo solicitarle se sirva presentar una cotización por este medio, referente estudio de mercado de insumos d laboratorio

Así mismo se indica que la cotización a presentar debe contener:

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

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

AREA DE ADQUISICIONES
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe		22-10-2024	
		Fecha de informe		178-2027	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS		
3	Antecedentes				
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general			¿Cumple con la condición?	
				Sí Cumple	No Cumple
	a.	Disponibilidad inmediata		X	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	b.	Fáciles de obtener en el mercado		X	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	c.	Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado		X	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	d.	Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante		XP	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.					
5	Observaciones				
6	 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  CPC. Avila Calderon Alberth Antony JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA				
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 1

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión del Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios, describiendo además el objeto de la contratación.
3	Registrar los antecedentes que la Entidad considere conveniente.
4	<p>Analizar el cumplimiento de cada una de las condiciones para emplear la comparación de precios. En tal sentido, la Entidad debe indicar si cumple o no cumple cada una de dichas condiciones y, de ser afirmativa la respuesta, consignar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de cada una de las condiciones.</p> <p>Para tales efectos, la Entidad debe tomar en cuenta las definiciones consignadas en el numeral 6.1 de la Directiva, así como el listado de supuestos en que no corresponde emplear la comparación de precios mencionados en el numeral 6.2 de la Directiva.</p>
5	Registrar las observaciones que la Entidad estime conveniente.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

MEDICAL CHANNEL SAC.

IMPORTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN MATERIAL MÉDICO

RUC: 20506744874

Señor: RED DE SALUD HUAYLAS NORTE

Por medio de la presente hacemos llegar nuestra propuesta económica:

[illegible]

Fecha: 22/10/2022

Atentamente. -

Hugo A. Charqui Zambrano


 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
 DIRECCION DE REG. DE SALUD HUAYLAS SUR
 Montop Alejandro Y
 Adquisiciones

AV. EMANCIPACIÓN 635 INT. "C" - LIMA 01 TELEFAX: (01) 330-7494 CEL.: 99649-6626 RPM: *644330
E-mails: logistica@medicalchannelperu.com / ventas@medicalchannelperu.com



RUC N° 20506744874

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****MEDICAL CHANNEL S.A.C.**

Domiciliado en: JIRON CASTROVIRREYNA 854 /LIMA-LIMA-BREÑA (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 10/08/2016

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 10/08/2016

FECHA IMPRESIÓN: 22/10/2024**Nota:**

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

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

DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

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

Presente. -

De mi consideración: La (el) que suscribe, CHARQUI ZAMBRANO HUGO ALEJANDRO, identificada (o) con DNI N° 31660397, con RUC N° 20506744874 habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: JR. CASTROVIRREYNA NRO. 854 LIMA - LIMA - BREÑA.

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

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


Hugo A. Charqui Zambrano
EMPRESARIO INDIVIDUAL

FECHA: 22/10/2024

Señores.

DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Presente:

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

YO CHARQUI ZAMBRANO HUGO ALEJANDRO Identificado(a) con **RUC: 20506744874**, por medio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de saludarlos muy respetuosamente, a la vez aprovecho la oportunidad para comunicarles que el número del Código de mi Cuenta Interbancaria (CCI) es el **N° 009 421 207587489258 88**, el titular de la cuenta es **MEDICAL CHANNEL S.A.C.**

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

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

Atentamente,

MEDICAL CHANNEL S.A.C.

Hugo A. Charqui Zambrano
Representante Legal

FICHA RUC

Resultado de la Búsqueda

Número de RUC:

20506744874 - MEDICAL CHANNEL S.A.C.

Tipo Contribuyente:

SOCIEDAD ANONIMA CERRADA

Nombre Comercial:

MEDICAL CHANNEL SAC

Fecha de Inscripción:

21/06/2003

Fecha de Inicio de Actividades:

18/08/2003

Estado del Contribuyente:

ACTIVO

Condición del Contribuyente:

HABIDO

Domicilio Fiscal:

JR. CASTROVIRREYNA NRO. 854 LIMA - LIMA - BREÑA

Sistema Emisión de Comprobante:

MANUAL/COMPUTARIZADO

Actividad Comercio Exterior:

IMPORTADOR

Sistema Contabilidad:

MANUAL/COMPUTARIZADO

Actividad(es) Económica(s):

Principal - 4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA

Secundaria 1 - 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS

Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816):

FACTURA

BOLETA DE VENTA

NOTA DE CREDITO

GUIA DE REMISION - REMITENTE

Sistema de Emisión Electrónica:

DESDE LOS SISTEMAS DEL CONTRIBUYENTE. AUTORIZ DESDE 06/04/2018

GUIA DE REMISION DESDE 11/05/2021

Emisor electrónico desde:

06/04/2018

Comprobantes Electrónicos:

BOLETA (desde 06/04/2018),FACTURA (desde 06/04/2018),GUIA (desde 11/05/2021)

Afiliado al PLE desde:

01/01/2014


Padrones:

NINGUNO

Fecha consulta: 22/10/2024 12:21

© 1997 - 2024 SUNAT Derechos Reservados

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	23/10/2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1	Descripción del objeto de la contratación ADQUISICION DE EQUIPOS MEDICOS
	2.2	Monto total según informe de indagación S/. 81,200.00
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar) COTIZACION EN PROFORMA
3	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	 Hugo A. Charqui Zambrano Nombre, firma y sello del proveedor	

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

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número			
		Fecha	23/10/2024		
44	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico			
		Persona de contacto			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	MEDICAL CHANNEL S.A.C.		
		RUC	20506744874		
		Dirección	JR. CASTROVIRREYNA NRO. 854 LIMA - LIMA - BREÑA		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico			
		Representante o persona de contacto	CHARQUI ZAMBRANO HUGO ALEJANDRO		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE EQUIPOS MEDICOS		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6					

Anexo N° 2

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

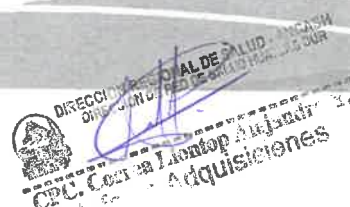
Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	23/10/2024	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE EQUIPOS MEDICOS
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple
			X
		No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/. 81,200.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION EN PROFORMA
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>Nombre, firma y sello del proveedor</p>		

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



📍 Jr. Chancay 651 Int. N° 106 Lima - Lima



DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

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

Presente. -

De mi consideración: La (el) que suscribe, **Yener Fabian Osorio Rosas**, identificada (o) con DNI N° **10424326**, con RUC N° **20606401231** habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: Urb. Gregorio Albaracin portada de Manchay I Mz N lote 16 - Pachacamac – lima

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

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

IMPORTACIONES MEDIC FABIAN E.I.R.L.
RUC. 20606401231
Yener Fabian Osorio Rosas
GERENTE GENERAL
Jr. Chancay N° 891 Int. 106 • Lima - Lima

FECHA

22 de octubre de 2024

Señores.

DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Presente:


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

YO Yener Fabian Osorio Rosas Identificado(a) con **RUC: 20606401231**, por medio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de saludarlos muy respetuosamente, a la vez aprovecho la oportunidad para comunicarles que el número del Código de mi Cuenta Interbancaria (CCI) es el **Nº 00219300788292005212**, el titular de la cuenta es **Yener Fabian Osorio Rosas**

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

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

Atentamente, **Yener Fabian Osorio Rosas**

IMPORTACIONES MEDIC. FABIAN E.I.R.L.
RUC. 20606401231

Yener Fabian Osorio Rosas
GERENTE GENERAL
Jr. Chancay N° 881 Int. 106 • Lima - Lima



FICHA RUC : 20606401231
IMPORTACIONES MEDIC FABIAN EMPRESA INDIVIDUAL DE
RESPONSABILIDAD LIMITADA

Número de Transacción : 750084-57
 CIR - Constancia de Información Registrada

Información General del Contribuyente

Apellidos y Nombres ó Razón Social	IMPORTACIONES MEDIC FABIAN EMPRESA INDIVIDUAL DE
Tipo de Contribuyente	: RESPONSABILIDAD LIMITADA
Fecha de Inscripción	: 07-EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA
Fecha de Inicio de Actividades	: 26/08/2020
Estado del Contribuyente	: 01/10/2020
Dependencia SUNAT	: ACTIVO
Condición del Domicilio Fiscal	: 0023 - INTENDENCIA LIMA
Emisor electrónico desde	: HABIDO
Comprobantes electrónicos	: 12/01/2021
	: FACTURA (desde 12/01/2021),BOLETA (desde 12/01/2021)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	: -
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	: 1512 - FABRICACIÓN DE MALETAS, BOLSOS DE MANO Y ARTÍCULOS SIMILARES, Y DE ARTÍCULOS DE TALABARTERÍA Y GUARNICIONERÍA
Actividad Económica Secundaria 2	: 1410 - FABRICACIÓN DE PRENDAS DE VESTIR, EXCEPTO PRENDAS DE PIEL
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	: MANUAL
Sistema de Contabilidad	: MANUAL
Código de Profesión / Oficio	: -
Actividad de Comercio Exterior	: IMPORTADOR
Número Fax	: -
Teléfono Fijo 1	: -
Teléfono Fijo 2	: -
Teléfono Móvil 1	: - 947581872
Teléfono Móvil 2	: -
Correo Electrónico 1	: fabianimportacionesmedic@gmail.com
Correo Electrónico 2	: -

Domicilio Fiscal

Actividad Economica	: 4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Departamento	: LIMA
Provincia	: LIMA
Distrito	: LIMA
Tipo y Nombre Zona	: -
Tipo y Nombre Vía	: JR. CHANCAY
Nro	: 651
Km	: -
Mz	: -
Lote	: -
Dpto	: -
Interior	: 106
Otras Referencias	: -
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	: ALQUILADO

Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	: 03/07/2020
Número de Partida Registral	: 14516327
Tomo/Ficha	: -
Folio	: -
Asiento	: -
Origen del Capital	: NACIONAL
País de Origen del Capital	: -

Registro de Tributos Afectos				
Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	01/10/2020	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/10/2020	-	-	-

Representantes Legales					
Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -10424326	OSORIO ROSAS YENER FABIAN	TITULAR-GERENTE	20/01/1976	02/07/2020	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
		- - -	- - -	-	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vinculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -10424326	OSORIO ROSAS YENER FABIAN	TITULAR	20/01/1976	02/07/2020	-	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono		Correo	
		- - -	- - -		-	

Importante

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

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

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

Para ir a su Buzón Electrónico *Ingrese Aquí*

DEPENDENCIA SUNAT
Fecha:22/10/2024
Hora:11:00



RUC N° 20606401231

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****IMPORTACIONES MEDIC FABIAN EMPRESA INDIVIDUAL DE
RESPONSABILIDAD LIMITADA**

Domiciliado en: JR. CHANCAY NRO. 651 INT. 106 LIMA LIMA LIMA (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 18/11/2020

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 18/11/2020

FECHA IMPRESIÓN: 22/10/2024**Nota:**

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

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

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número				
		Fecha	23/10/2024			
44	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR			
		RUC	20488336917			
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico				
		Persona de contacto				
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	IMPORTACIONES MEDIC FABIAN EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD LIMITADA			
		RUC	20606401231			
		Dirección	JR. CHANCAY NRO. 651 INT. 106 LIMA - LIMA - LIMA			
		Teléfono(s)	947581872			
		Correo electrónico	fabianimportacionesmedic@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	OSORIO ROSAS YENER FABIAN			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE EQUIPOS MEDICOS			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input type="checkbox"/>
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR <i>CPC. Avila Calderón Alberth Antony</i> JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>IMPORTACIONES MEDIC FABIAN E.I.R.L. RUC. 20606401231 <i>Yener Fabian Osorio Rosas</i> GERENTE GENERAL Jr. Chancay N° 651 Int 106 - Lima - Lima</p> </div> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

Anexo N° 2

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

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

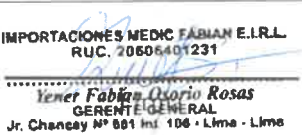
Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor							
1	Fecha del documento	23/10/2024					
2	Cotización						
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE EQUIPOS MEDICOS				
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si cumple</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No cumple</td> <td></td> </tr> </table>	Si cumple	X	No cumple	
Si cumple	X						
No cumple							
	2.3	Monto total cotizado	S/. 75,250.00				
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION EN PROFORMA				
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>IMPORTACIONES MEDIC FABIAN E.I.R.L. R.U.C. 20606401231 Yener Fabian Osorio Rosas GERENTE GENERAL Jr. Chancay N° 881 Int. 106 • Lima • Lima</p>						
	Nombre, firma y sello del proveedor						

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	23/10/2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE EQUIPOS MEDICOS
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/. 75,250.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION EN PROFORMA
3	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	<div align="center">  IMPORTACIONES MEDIC FABIAN E.I.R.L. RUC. 20606401231 <hr/> Yener Fabian Osorio Rosas GERENTE GENERAL Jr. Chancay N° 801 Int. 106 - Lima - Lima </div>	
	Nombre, firma y sello del proveedor	

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



EQUIPAMIENTO INTEGRAL
MÉDICO HOSPITALARIO
MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN

Señores:
**DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
HUARAZ - ANCASH**

COTIZACION N° 0039-2024

Por lo siguiente:

ITEM	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANT.	U/M.	P/UNIT.	P/TOTAL
1	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 ML	15	UNIDAD	90.00	1350.00
2	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 IN SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 ML	15	UNIDAD	90.00	1350.00
3	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	200	UNIDAD	75.00	15000.00
4	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	500	UNIDAD	21.00	10500.00
5	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 ML CON EDTA DIPOTASICO X 100	400	UNIDAD	36.00	14400.00
6	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 ML CON GEL SEPARADOR X 100	600	UNIDAD	62.00	37200.00
				TOTAL	79,800.00

PRECIO EN SOLES INCLUIDO IGV. 18%
VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS
FORMA DE PAGO: CREDITO COMERCIAL
CCL 014-126-000100044418-00 BBVA CONTINENTAL.
TIEMPO DE ENTREGA: 10 DIAS RECIBIDA LA O/C.
LUGAR DE ENTREGA: ALMECEN DE LA ENTIDAD
GARANTIA: 24 MESES POR DEFECTOS DE FABRICACION




 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
 DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
 CPC. Corina Santop Alexander Y.
 Adquisiciones

 biomedicalima@hotmail.com



RUC N° 20565652134

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

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

BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.

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

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 22/07/2016

FECHA IMPRESIÓN: 16/06/2024

Nota:

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

Retornar

Imprimir



BIOMEDICA
EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.

EQUIPAMIENTO INTEGRAL MEDICO HOSPITALARIO
RUC: 20565652134

DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

Señor:

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

Presente .-

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

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

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

Lima, 22 de octubre de 2024

Atentamente



Giuseppy André Collas Enciso
TITULAR GERENTE

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



(01) 240-0818



968 311 653



biomedicalima@hotmail.com



BIOMEDICA
EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.

EQUIPAMIENTO INTEGRAL MEDICO HOSPITALARIO
RUC: 20565652134

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

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

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta

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

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

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

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

Lima, 22 de octubre de 2024

Atentamente



Giuseppy André Collas Enciso
TITULAR GERENTE

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



(01) 240-0818



968 311 653



biomedicallima@hotmail.com

Reporte de Ficha RUC

BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.
20565652134

Lima, 11/05/2024

Información General del Contribuyente

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

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	BIOMEDICA
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4649 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS ENSERES DOMÉSTICOS
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	4659 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	MANUAL
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 968311653
Teléfono Móvil 2	43 - 954611868
Correo Electrónico 1	biomedicalima@hotmail.com
Correo Electrónico 2	-

Domicilio Fiscal

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

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

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

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

Registro de Tributos Afectos

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

Representantes Legales

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

Otras Personas Vinculadas

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

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

Importante:

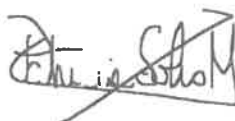
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 11/05/2024

Hora: 16:04

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios
SUNAT

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

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

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=yY9S4yXtkjSjiPZyPfJ9FFT3KxW0CxtxhyO7PIHCwp8xgaVv4WxNkG8%2Fx4GysAsj2%2FEpXE98iq1pZjpr2O7rM0OMYLrbQnSiXulvpiniM%3D>



Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	23/10/2024	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MEDICAMENTO
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple
			X
		No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/. 79,800.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION EN PROFORMA
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>Nombre, firma y sello del proveedor</p>		

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

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


Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número			
		Fecha	23/10/2024		
44	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico			
		Persona de contacto			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	BIOMEDICA EQUIPAMIENTOS E.I.R.L.		
		RUC	20565652134		
		Dirección	CAL.SANTA ROSA NRO. 109 P.J. MIRONES ALTO (ALTURA CDRA 14 AV MORALES DUAREZ) LIMA - LIMA - LIMA		
		Teléfono(s)	968311563		
		Correo electrónico	biomedicalima@hotmail.com		
		Representante o persona de contacto	COLLAS ENCISO GIUSEPPY ANDRE		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MEDICAMENTO		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	  Giuseppe André Collas Enciso JEFELAH GLEHNTL Nombre y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				

Anexo N° 2

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

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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	23/10/2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1	<div style="display: flex;"> <div style="width: 50%;">Descripción del objeto de la contratación</div> <div style="width: 50%;">ADQUISICION DE MEDICAMENTO</div> </div>
	2.2	<div style="display: flex;"> <div style="width: 50%;">Monto total según informe de indagación</div> <div style="width: 50%; text-align: right;">S/. 79,800.00</div> </div>
	2.3	<div style="display: flex;"> <div style="width: 50%;">Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)</div> <div style="width: 50%;">COTIZACION EN PROFORMA</div> </div>
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	

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

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

**DISTRIBUIDOR Y VENTAS AL POR MAYOR Y MENOR
EQUIPOS Y INSUMOS MEDICOS E
INSTRUMENTALES MEDICOS**

PROFORMA



SEÑOR (ES) : DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
DIRECCION : HUARAZ - ANCASH
HUARAZ : 22/10/2024

CUENTA INTERBANCARIA CCI. 009 421 207517454828 99 BANCO SCOTIABANK		
--	--	--

COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS MULTIPLES
SANTANA E. R. L.
U.C. 0001873218
NORABUENA ALEJO JUSTINA A.
DNI: 40357552

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

CPC. Correa Montop Alejandro Y.
Jefe de Adquisiciones



RUC N° 20601873215

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****COMERCIALIZADORA SERVICIOS MULTIPLES SANTA ANA E.I.R.L.**

Domiciliado en: JIRON CARAZ 807 BARRIO CONO ALUVIONICO ESTE (FRENTE A POLLERIA PACHAS) /ANCASH-HUARAZ-HUARAZ (Según información declarada en la SUNAT)

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

Vigencia : Desde 18/02/2017

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 18/02/2017

FECHA IMPRESIÓN: 22/10/2024**Nota:**

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

Retornar

Imprimir



FICHA RUC : 20601873215

COMERCIALIZADORA SERVICIOS MULTIPLES SANTA ANA E.I.R.L.

Número de Transacción : 49518094

CIR - Constancia de Información Registrada

Información General del Contribuyente

Apellidos y Nombres ó Razón Social	: COMERCIALIZADORA SERVICIOS MULTIPLES SANTA ANA E.I.R.L.
Tipo de Contribuyente	: 07-EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA
Fecha de Inscripción	: 10/02/2017
Fecha de Inicio de Actividades	: 13/02/2017
Estado del Contribuyente	: ACTIVO
Dependencia SUNAT	: 0233 - ITI.HUARAZ-MEPECO
Condición del Domicilio Fiscal	: HABIDO
Emisor electrónico desde	: 31/08/2020
Comprobantes electrónicos	: FACTURA (desde 31/08/2020), (desde 13/10/2021)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	: -
Tipo de Representación	: -
Actividad Económica Principal	: 1410 - FABRICACIÓN DE PRENDAS DE VESTIR, EXCEPTO PRENDAS DE PIEL
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	: 1512 - FABRICACIÓN DE MALETAS, BOLSOS DE MANO Y ARTÍCULOS SIMILARES, Y DE ARTÍCULOS DE TALABARTERÍA Y GUARNICIONERÍA
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	: MANUAL
Sistema de Contabilidad	: MANUAL
Código de Profesión / Oficio	: -
Actividad de Comercio Exterior	: SIN ACTIVIDAD
Número Fax	: -
Teléfono Fijo 1	: 43 - 587114
Teléfono Fijo 2	: -
Teléfono Móvil 1	: 43 - 939376700
Teléfono Móvil 2	: - - 952090331
Correo Electrónico 1	: ser.mul.santaana@hotmail.com
Correo Electrónico 2	: edesem_125@hotmail.com

Domicilio Fiscal

Actividad Economica	: 1410 - FABRICACIÓN DE PRENDAS DE VESTIR, EXCEPTO PRENDAS DE PIEL
Departamento	: ANCASH
Provincia	: HUARAZ
Distrito	: HUARAZ
Tipo y Nombre Zona	: URB. CONO ALUVIONICO
Tipo y Nombre Vía	: CAL. CARAZ
Nro	: 811
Km	: -
Mz	: -
Lote	: -
Dpto	: -
Interior	: -
Otras Referencias	: -
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	: ALQUILADO

Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	: 06/02/2017
Número de Partida Registral	: 11297685
Tomo/Ficha	: 2044
Folio	: SN
Asiento	: A00001
Origen del Capital	: NACIONAL
País de Origen del Capital	: -

Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Marca de Exoneración	Exoneración	
			Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	13/02/2017	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/01/2018	-	-	-

Representantes Legales					
Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -40357552	NORABUENA ALEJO JUSTINA ALBINA	TITULAR-GERENTE	30/11/1979	06/02/2017	-
	Dirección ---- SOLEDAD ALTA JR. DIEGO FERRER SN	Ubigeo ANCASH HUARAZ HUARAZ	Teléfono 02 - -	Correo -	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vinculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD -40357552	NORABUENA ALEJO JUSTINA ALBINA	TITULAR	30/11/1979	06/02/2017	-	-
	Dirección ---- SOLEDAD ALTA JR. CARAZ SN	Ubigeo ANCASH HUARAZ HUARAZ	Teléfono 02 - -		Correo -	

Importante

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

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

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

Para ir a su Buzón Electrónico *Ingrese Aquí*

DEPENDENCIA SUNAT

Fecha:22/10/2024

Hora:11:12

FECHA: 22/10/2024

Señores.

DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Presente:

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

YO Justina Albina Norabuena Alejo Identificado(a) con **RUC: 20601873215**, pormedio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de saludarlos muy respetuosamente, a la vez aprovecho la oportunidad para comunicarles que el número del Código de mi Cuenta Interbancaria (CCI) es el **N° 009 421 207517454828 99**, el titular de la cuenta es **COMERCIALIZADORA SERVICIOS MULTIPLES SANTA ANA E.I.R.L.**

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

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

Atentamente,

 **COMERCIALIZADORA SERVICIOS MULTIPLES
SANTA ANA E.I.R.L.
RUC: 20601873215**

**NORABUENA ALEJO JUSTINA A.
DNI: 40357552**

DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

Señor: JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE
SALUD HUAYLAS SUR
Presente. -

De mi consideración: La (el) que suscribe, Justina Albina Norabuena Alejo, identificada (o) con DNI N° 40357552, con RUC N° 20601873215 habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: CAL. CARAZ NRO. 811 URB. CONO ALUVIONICO ANCASH - HUARAZ – HUARAZ.

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

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


NORABUENA ALEJO JUSTINA A.
DNI: 40357552

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número			
		Fecha	23/10/2024		
44	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO TRUJILLO URB. INDEPENDENCIA 241 HUARAZ - HUARAZ - ANCASH		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico			
		Persona de contacto			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	COMERCIALIZADORA SERVICIOS MULTIPLES SANTA ANA		
		RUC	20601873215		
		Dirección	CAL.CARAZ NRO. 811 URB. CONO ALUVIONICO ANCASH - HUARAZ - HUARAZ		
		Teléfono(s)	939376700		
		Correo electrónico	ser.mul.santaana@hotmail.com		
		Representante o persona de contacto	NORABUENA ALEJO JUSTINA ALBINA		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MEDICAMENTO		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	  				
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				

Anexo N° 2

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

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	23/10/2024	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE MEDICAMENTO
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple X
			No cumple
	2.3	Monto total cotizado	S/. 78,240.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION EN PROFORMA
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		

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	23/10/2024
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1	Descripción del objeto de la contratación ADQUISICION DE MEDICAMENTO
	2.2	Monto total según informe de indagación S/. 78,240.00
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar) COTIZACION EN PROFORMA
3	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	

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

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001697

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur										
09/10/2024	0000002093	350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L	Unidad	0.00	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	15.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020017	BILIRRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	6.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020018	BILIRRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	6.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020187	UREA ENZIMATICA	Det	0.00	0.00	0.00	12.000.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	200.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020992	HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	90.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Kit	0.00	0.00	0.00	200.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	Unidad	0.00	0.00	0.00	3.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES X 1000 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	0.00	3.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	358600090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	Kit	0.00	0.00	0.00	70.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	15.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	15.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	495700780011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	0.00	0.00	0.00	73.000.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	Unidad	0.00	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	511000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON CLAVETA	Unidad	0.00	0.00	0.00	600.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	511000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON CLAVETA	Unidad	0.00	0.00	0.00	400.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100	Unidad	0.00	0.00	0.00	400.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO	Unidad	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000350257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000	Pqte.	0.00	0.00	0.00	250.00	0.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00	0.00	0.00	250.00	0.00	0.00
10/10/2024	0000002096	495700280140	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA S X 100	Unidad	0.00	0.00	0.00	240.00	0.00	0.00
10/10/2024	0000002096	495700280142	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA L X 100	Unidad	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001697

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

Fecha de N° de Solicitud Código Item N.-
Solicitud de Modificación

Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	28,600.00	0.00

01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur

10/10/2024 0000002096 495700280145 GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA M

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad



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



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

Huaraz, 11 de octubre del 2024.

INFORME N°00178-2024- DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED

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

DOC: 03118966
EXP.: 01874290

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

ASUNTO : SE SOLICITA COMPRA INSTITUCIONAL DE MATERIALES E INSUMOS
DE LABORATORIO CON PRESUPUESTO SIS.

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RSHS.

REFERENCIA : INFORME N°035-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

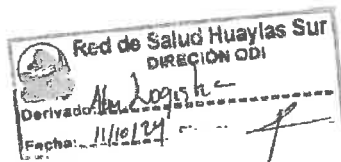
Es grato dirigirme a usted, a fin de saludarle cordialmente y al mismo tiempo solicitar la compra institucional urgente de materiales e insumos, que se encuentren en estado de desabastecimiento en todos los establecimientos de salud de nuestra jurisdicción, que cuentan con el servicio de laboratorio.

1. BASE LEGAL.

- 1.1. Ley N° 31953. Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2024.
- 1.2. Ley N° 26842- Ley General de Salud, numeral III. III "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley, pues el derecho a la protección de la salud es irrenunciable".
- 1.3. Resolución Ministerial N° 116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios -SISMED.
- 1.4. Resolución ministerial N° 007-2021/MINSA, que establece mantener un alto porcentaje de establecimientos de salud que aseguren los medicamentos, insumos y equipos críticos para los programas presupuestales seleccionados y disponibilidad de medicamentos esenciales.
- 1.5. Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", aprobada con R.M. N° 116-2018/MINSA, numeral 6.3.5, menciona, "que a nivel regional o local, previa emisión de un informe técnico de la ARAM. la jefatura de farmacia o quien haga sus veces, se permite la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios considerados en compras nacionales cuando se presenten algunas de las siguientes situaciones:

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

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



ADN



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



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

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

II. ANTECEDENTES.

- 2.1. En este año 2024, el ingreso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios por compra corporativa CENARES, tiene un retraso significativo que afecta en gran medida los índices de disponibilidad a nivel de la jurisdicción de la unidad ejecutora. Según la programación de compra corporativa 2024, enviada a CENARES, la unidad ejecutora Red de Salud Huaylas Sur, programó 344 ítems, de los cuales, a la fecha han ingresado solo 35, que corresponde al 10.2% del total programado.
- 2.2. La Red de Salud Huaylas Sur, cuenta con 28 establecimientos de salud con servicio de laboratorio, los cuales realizan exámenes auxiliares y complementarios a los pacientes asegurados al SIS de toda la jurisdicción. A la fecha, todos estos establecimientos carecen de materiales e insumos básicos, lo que está trayendo como consecuencia gastos de bolsillo y omisión de exámenes de laboratorio en desmedro de la salud del paciente asegurado al SIS.
- 2.3. El coordinador de Laboratorio de la RSHS, emitió una serie de informes reiterativos para la adquisición de dichos materiales e insumos como: INFORME N°018-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, INFORME N°022-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB e INFORME N°031-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, lo cual tuvo su demora en atender por falta de presupuesto en el SIGA, pero este problema ya fue subsanado con las liberaciones de las metas presupuestales correspondientes.

III. ANALISIS.

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

Los materiales de laboratorio son instrumentos que son utilizados por el personal profesional y técnico de laboratorio para poder realizar sus procedimientos diagnósticos y auxiliares, los cuales tienen que tener la calidad adecuada para poder realizar los procedimientos de experimentación. En relación, a los insumos, estos apoyan de forma cualitativa y/o cuantitativa diagnósticos médicos que sirven a un adecuado tratamiento al paciente, especialmente a los que padecen enfermedades crónicas que tienen problemas de diabetes, hipercolesterolemia, o procesos infecciosos.



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



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

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

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

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

IV. CONCLUSIÓN:

Por lo expuesto, ante el estado de desabastecimiento de 30 materiales e insumos de laboratorio que repercuten negativamente en paciente asegurado al SIS, pues para completar su tratamiento tienen que hacer gasto de bolsillo adicional, surge la urgente necesidad de realizar la compra urgente de los 30 materiales e insumos de laboratorio que se detallan en el anexo N° 05.

V. RECOMENDACIÓN:

Se recomienda realizar la compra en el mas breve plazo de 30 materiales e insumos de laboratorio que serán utilizados para la atención de pacientes con control o detección de enfermedades crónicas e infecciosas. Es todo en cuanto informe para su conocimiento y fines que estime conveniente.

Atentamente;

C.c.Archivo
FOLIOS(11)

Anexo:

- INFORME N°035-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB con especificaciones técnicas de cada material e insumo.
- Anexo N° 05.

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002093

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

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.º	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351000023496	ACEITE DE INMERSION PARAMICROSCOPIA X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
351100020017	BILIRRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020018	BILIRRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020187	UREA ENZIMATICA	Def	0.00	0.00	12.000.00	0.00
351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
351100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00
354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Kit	0.00	0.00	200.00	0.00
355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
358600090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	Kit	0.00	0.00	70.00	0.00
358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
495700780011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	0.00	0.00	73.000.00	0.00
511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
511000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
511000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON EDTA DIPOTÁSICO X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
512000350257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000	Pqte.	0.00	0.00	250.00	0.00

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002093

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

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N -	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR. FTE. FTO. SIS.
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

Firma: Responsable del Área Usuaria

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínico Luis Toledo Ríos
REG. 06887
COORD. LABORATORIO - RSHS.

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección Regional de Salud Huaylas Sur
Palacios Cruz
Luz Karla Palacios Cruz
COORD. LABORATORIO DE INVESTIGACIONES

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002093

Fecha : 10/10/2024
Hora : 17:03:16
Página : 1 de 2

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

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
351100020017	BILIRRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020018	BILIRRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020187	UREA ENZIMATICA	Det	0.00	0.00	12,000.00	0.00
351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
351100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00
354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Kit	0.00	0.00	200.00	0.00
355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
358600090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	Kit	0.00	0.00	70.00	0.00
358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
495700760011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	0.00	0.00	73,000.00	0.00
511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
511000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
511000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON EDTA DIPOTÁSICO X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
512000350257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000	Pqte.	0.00	0.00	250.00	0.00

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002093

Fecha : 10/10/2024
Hora : 17:03:16
Página : 2 de 2

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

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00

Susiento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR. FTE. FTO. SIS.
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

Firma: Responsable del Área Usuaria

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Salud - Huaylas Sur
Lab. Clínico
REG. 05187
Cord. LABORATORIO - RSMS.

GOBIERNO REGIONAL de Ancash
Dirección Regional de Salud Ancash
Red de Salud Huaylas Sur
LIZ KARINA PALACIOS CRUZ
REG. 4156147
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002096

Fecha : 15/10/2024
Hora : 11:41:00
Página : 1 de 1

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

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

Código Item N.º	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
495700280140	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA S X 100	Unidad	0.00	0.00	240.00	0.00
495700280142	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA L X 100	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA M	Unidad	0.00	0.00	28,600.00	0.00

Suslento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27) ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR, FTE. FTO. SIS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:


CORPORACIÓN REGIONAL DE ANDES
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínico Nils Toledo Páez
LABORATORIO • RSHS.

Firma: Responsable del Área Usuaria


CORPORACIÓN REGIONAL DE ANDES
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
LABORATORIO • RSHS.

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002096

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

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

Código Item N.º	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
495700280140	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA S X 100	Unidad	0.00	0.00	240.00	0.00
495700280142	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA L X 100	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA M	Unidad	0.00	0.00	28,600.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del OMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR. FTE. FTO. SIS.
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:


GOBIERNO REGIONAL DE HUAYLAS
Dirección de Salud Huaylas Sur
Ldo. *Orlando Toledo Arcoy*
REG. 06687
Coord. LABORATORIO - RSKS

Firma: Responsable del Área Usuaria


GOBIERNO REGIONAL DE HUAYLAS
Dirección de Salud Huaylas Sur
Ldo. *Orlando Toledo Arcoy*
REG. 06687
Coord. LABORATORIO - RSKS



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



20

Nus. Dec. 03118453
Nus. Esp. 01874012

Huaraz, 11 de octubre del 2024

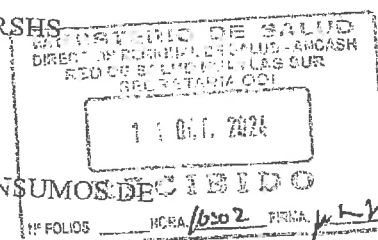
INFORME N° 035- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : C.D. Wilder IRALDO FONTENLA
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOY
Coordinador de Laboratorio de la RSHS

ASUNTO : REITERO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE
LABORATORIO (URGENTE)

ATENCION: SIS - SISMED - LOGISTICA



Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 30 de abril, el INFORME N° 018- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, y el (informe reiterativo) INFORME N° 022- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, de fecha 28 de mayo y el) INFORME N° 031- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB de fecha 10 de setiembre del 2024, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO N° 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.J. 019-2024-SIS/J que aprobó la Directiva N°-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EEES ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio y en la actualidad ya se encuentran desabastecidos la gran mayoría de EEES por lo que reitero el pedido que es de mucha urgencia.

Adjunto:

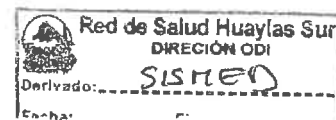
- INFORME N° 018- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME N° 022- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME N° 031- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- Términos de Referencia por cada insumo (TDR) original
- Lista de pedidos de insumos de laboratorio

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

ALTP/

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínico Luis Toledo Poco
COORD. LABORATORIO : RSHS





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



Huaraz, 10 de setiembre del 2024

INFORME N° 031- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Kruspkaya INFANZON QUIJANO

Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS

*Reg. Lci 03076400
Reg. Exp. 01849866*

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOY

Coordinador de Laboratorio de la RSHS

**ASUNTO : REITERO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE
LABORATORIO (URGENTE)**

ATENCION: LOGISTICA

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 24 de abril, el INFORME N° 018- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, y el (informe reiterativo) INFORME N° 022- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO N° 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.J. 019-2024-SIS/J que aprobó la Directiva N°-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EESS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio y en la actualidad ya se encuentran desabastecidos la gran mayoría de EESS por lo que reitero el pedido que es de mucha urgencia.

Adjunto:

- INFORME N° 028- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- ANEXO N° 05 SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES
- Términos de Referencia por cada insumo (TDR) original

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

ALTP/

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínico Luis Toledo Pocoyn
REG. 08667
Coord. LABORATORIO : RRH:



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



Huaraz, 28 de mayo del 2024

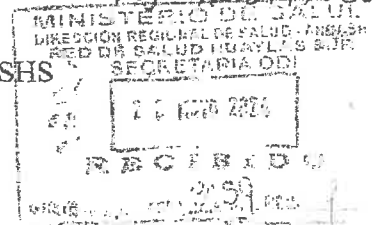
INFORME N° 022- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Reyna HUARCA LOPEZ
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOY
Coordinador de Laboratorio de la RSHS

ASUNTO : REITERO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE
LABORATORIO

ATENCION: SIS-SISMED-LOGISTICA



Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 24 de abril, el INFORME N° 018- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO N° 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.J. 019-2024-SIS/J que aprobó la Directiva N°-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EESS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio.

Adjunto:

- INFORME N° 018- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME N° 057- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/US

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
Lab. Clínica Luis Toledo Pocoay
REG. ODSST
Coord. LABORATORIO - RSHS.

ALTP/



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



1x

Huaraz, 30 de abril del 2024

INFORME N° 018- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Reyna HUARCA LOPEZ *Reg MCC 02896844*
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS *Reg RPA 01748111*

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOY
Coordinador de Laboratorio de la RSHS

ASUNTO : ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE
LABORATORIO

ATENCION: SIS-FARMACIA-LOGISTICA

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que hago llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con proyección y garantizando el stock hasta marzo del 2025.

Adjunto:

- lista de materiales e insumos de laboratorio

Sin otro particular, me suscribo de usted.

[Signature]
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
[Signature]
Lab. Clínico Luis Toledo Poco
REG. 0889
Coord. LABORATORIO - RSHS

ALTP/

CS 1043

ANEXO N°01:

**FORMATO DE REQUERIMIENTO DE BIENES - ESPECIFICACIONES
TÉCNICAS- EETT**

REQUERIMIENTO DE BIENES - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. DATOS GENERALES DE LA CONTRATACIÓN:

1.1. Denominación de la Contratación	Adquisición de (materiales e insumos de laboratorio para el cumplimiento de campañas, actividades extramurales e intramurales y el cumplimiento de metas e indicadores)
1.2. Area Usaria (Unidad Orgánica)	LABORATORIO (ODI)
1.3. Meta Presupuestaria	
1.4. Actividad del POI	Indicar el código y su denominación
1.5. Persona responsable del requerimiento su supervisión y seguimiento	LUIS TOLEDO POCOY
1.6. Persona(s) a las que se le(s) hará la entrega del (los) Bien(es)	ENCARGADOS DE LOS 28 LABORATORIOS DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR
1.7. Persona que otorgará la Conformidad	LUIS TOLEDO POCOY

2. FINALIDAD PÚBLICA:

Cumplir con los indicadores de diferentes estrategias sanitarias en apoyo al diagnostico

3. ANTECEDENTES:

Razones preliminares que motivan la generación de la necesidad son:
Atención intramurales y extramurales en campañas integrales de salud de diferentes estrategias y programas como Control Neo Natal, Anemia, Hipertensión, Diabetes, TBC, y diferentes indicadores y programas etc...



4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN:

Compra de materiales e insumos para el uso en laboratorio para el apoyo al diagnóstico en campañas integrales de salud de enfermedades de los diferentes programas y estrategias sanitarias del ministerio de Salud.

5. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR:

a. Descripción y cantidad de los bienes:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DET Método: Colesterol Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml Contenido del kit: A. Reactivo 1 x 100 ml B. Estándar 200mg/dl 1 x 5 ml Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad: 2 mg/dl, Linealidad: 700 mg/dl. Muestra: Suero o plasma	500	Frasco x 100 Det.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
GLUCOSA ENZIMATICA KIT X 100 DET O 100 ML Método: Glucosa Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml Contenido del kit: A. Reactivo 1 x 100 ml B. Estándar 100mg/dl 1 x 5 ml Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad 2 mg/dl, Linealidad 500 mg/dl. Muestra: Suero, plasma o L.C.R.	500	Kits 1 frasco x 100 Det. Estándar 1 x 5 ml

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRIGLICÉRIDOS ENZIMATICO X 100 DET. Método: Glicerol Fosfato Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml	500	Kits: frasco x 100 Det. A.

<p>Contenido del kit:</p> <p>A. Reactivo 1 x 100 ml</p> <p>B. Estándar 200 mg/dl 1 x 5 ml</p> <p>Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad: 3 mg/dl, Linealidad: 1000 mg/dl.</p> <p>Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA</p>		<p>Reactivo</p> <p>1 x 100 ml.</p> <p>B. Estándar 200 mg/dl</p> <p>1 x 5 ml</p>
--	--	---

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>UREA ENZIMATICA X 1 DET.</p> <p>Método: Ureasa-GLDH</p> <p>Presentaciones: 1 x 80 ml</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Reactivo (1) 1 x 60 ml/ 3 x 50 ml/ 3 x 100 ml</p> <p>B. Reactivo (2) 1 x 20 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 100 ml</p> <p>C. Estándar 40 mg/dl 1 x 5 ml</p> <p>Cinético UV tiempo fijo, reactivo líquido, técnica monorreactiva o birreactiva. Inserto en español contiene datos de exactitud y coeficiente de variación, valores referenciales en suero y orina, interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 mg/dl. Linealidad: 300 mg/d L.</p> <p>Muestra: Suero, plasma u orina</p>	12000	1 DET.



DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>BILIRRUBINA TOTAL KIT X 100 DET.</p> <p>Método Jendrassik – Grof</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml</p> <p>B. Cafeína 2 x 100 ml</p> <p>C. Nitrito sódico 1 x 2 ml</p> <p>Colorimétrico. Reactivo líquido, una vez preparado el reactivo Diazo es estable 15 días a temperatura ambiente ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), incluye factor. Inserto en español conteniendo datos de coeficiente de variación, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.1</p>	6	<p>Kits:</p> <p>A.Ac. Sulfanílico 1x 50ml</p> <p>B.Cafeína 1 x 100 ml</p> <p>C. Nitrito sódico</p>

mg/dl, linealidad: 25mg/dl, valores referenciales. Muestra: Suero o plasma		1x2ml
---	--	-------

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
BILIRRUBINA DIRECTA KIT 100 DET. Método Jendrassik – Grof Contenido del kit: A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml B. Solución Salina 2 x 100 ml C. Nitrito sódico 1 x 2 ml Colorimétrico. Reactivo líquido, una vez preparado el reactivo Diazo es estable 15 días a temperatura ambiente ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), incluye factor. Inserto en español conteniendo datos de coeficiente de variación, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.1 mg/dl, linealidad: 15mg/dl, valores referenciales. Muestra: Suero o plasma	6	Kits: A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml B. Solución Salina 1 x 100 ml C. Nitrito sódico 1 x 2 ml

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100 Material de vidrio de alta calidad longitud: aprox. 75 mm \pm 0,5 mm espesor de la pared: aprox. 0,2 75 \pm 0,025 mm heparinizados con sodio (80 iu/ml \pm 30 %) el extremo color rojo, pulido con fuego para reducir el desgaste de la centrífuga en tubos distribuidores de 100 piezas, por cartones de 10 tubos	500	frascos x 100 unidades c/u



DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 ML CON GEL SEPARADOR X 100 <ul style="list-style-type: none"> • Tubo plástico con sistema al vacío de 13 x 100 mm • Capacidad 6ml 	600	Caja x 100 unidades

<ul style="list-style-type: none"> • Con gel separador en forma inclinada (pico de flauta) • Gel tipo monómero, transparente. • Sin aditivo, con activador de la coagulación (partículas de sílice esparcidas por la pared del tubo). • Paredes internas siliconadas para evitar adherencias de los hematíes. • Tapón de color amarillo. 		
---	--	--

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA M (UNIDAD) <ul style="list-style-type: none"> • De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil. • De color natural sin colorantes • Sin polvo • No estéril. • Uso único y para laboratorio. • Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación • Medidas de Talla : M • Ancho de Guante : 85 +/- 5 mm. • Largo de Guante (mínimo) : 195 mm. • Espesor (mínimo) : Dedo: 0.07 mm. 	28.600	unidades



DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA 100 ul-1000 ul COLOR AZUL X 1000 <ul style="list-style-type: none"> • Las Puntas Azules Universales ICB, se han elaborado con polipropileno de alta calidad, el cual satisface todos los estándares. • Compatibles con todas las marcas de pipetas, Kartell, Gilson, Brand, entre otras. • Gran rango de volumen, que va desde los 100 ul hasta 1000 ul. • Tipo Eppendorf. • Bolsa con 1000 Piezas graduadas 	250	Bolsa x 1000 unidades

11

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10UL-100UL X 1000 <ul style="list-style-type: none"> Las Puntas Azules Universales ICB, se han elaborado con polipropileno de alta calidad, el cual satisface todos los estándares. Compatibles con todas las marcas de pipetas, Kartell, Gilson, Brand, entre otras. Gran rango de volumen, que va desde los 10 ul hasta 100 ul. Tipo Eppendorf. Bolsa con 1000 Piezas graduadas 	250	Bolsa x 1000 unidades

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
AGUA DESTILADA GALON X 5 LT <ul style="list-style-type: none"> ➤ uso para bioquímica ➤ pH: 5.4 ➤ Conductividad 20 °C <10 S/cm. ➤ Nitratos < 1 mg NO₃/l ➤ Cloruros 2.5 mg Cl/l Silice 1.1 mg SiO₂/l ➤ Calcio 0.02 mg Ca/l ➤ Magnesio < 0.003 mg Mg/l ➤ Sódio 0.22 mg Na/l ➤ Potasio < 0.03 mg K/l ➤ Hierro 5 g Fe/l Zinc < 0.5 g Zn/l Coniformes totales 0 ufc/100 ml. 	500	Galón



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
LAMINILLAS CUBRE OBJETOS 22 MM X 22 MM X 100 Referencia: 22 x 22 Unidad de venta: caja x 100 unidades Uso: en campos como la química y la biología - Medidas: 22 x 22 mm - No ejercer mucha presión sobre el objeto y la laminilla - Color transparente - Excelente planicidad - Fabricadas de vidrio borosilicato De 263 M - Resistente a químicos y de la primera clase hidrolítica	400	caja x 100 unidades

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TIRA RECTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES Especificaciones: ✓ Paramentos: Ácido ascórbico, Bilirrubina, Sangre, Densidad, Glucosa, Cetonas, Leucocitos, Nitrito, pH, Proteína, Urobilinógeno; ✓ Caja: 100 unds	200	frasco x 100 determinaciones



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 -Aguja de acero inoxidable de alta resistencia - Las agujas están recubiertas de silicona médica, lubricante que disminuye la fricción y bisel de corte	73.000	unidad

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES Método: Jaffe Modificado Contenido del kit: A. Disol. de ác. pícrico 1 x 100 ml B. Disol.alcalina 1 x 100 ml C. Estándar 2mg/dl 1 x 5 ml Método cinético de tiempo fijo. Reactivo líquido con DMSO. Inserto en español contiene datos de exactitud y coeficiente de variación, interferencias, valores referenciales en suero/plasma y orina. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.03 mg/dl, Linealidad: 15 mg/dl. Muestra: Suero o plasma con heparina, orina	100	Kits: A. Disol. de ác. pícrico 1 x 100 ml B. Disol.alcalina 1 x 100 ml C. Estándar 2mg/dl 1 x 5 ml

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
PROTEÍNA C REACTIVA X 100 DET (PCR) Test en placa Presentaciones: 100 det. Contenido del kit: A. Reactivo látex 1 x 2 ml/ 1 x 4 ml B. Control positivo 1 x 0.5 ml C. Control negativo 1 x 0.5 ml D. Placa de reacción y agitadores desechables Partículas de poliestireno sensibilizadas con anti-Proteína C, control positivo de pool de sueros humanos con título de PCR mayor a 7.5 mg/L y control negativo menor a 7.5 mg/L. Inserto en español con valor referencial, interferencias. Con Técnica Semicuantitativa. Sensibilidad de 7.5 mg/L, fenómeno de prozona a partir de 100 mg/L. Muestra: Suero	70	Kits: x 100tests A. Reactivo látex 1 x 2 ml/ 1 x 4 ml B. Control positivo 1 x 0.5 ml C. Control negativo 1 x 0.5 ml



DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TGO/AST U.V. LÍQUIDA X 100 DET. Método: IFCC Presentaciones: 1 x 50 ml. Contenido del kit: A. Disol. de enzimas 1 x 40/ 2 x 100 ml/ 3 x 250 ml	25	A. Disol. de enzimas 1 x 40ml B. Sustrato

trifacetado. – Medida de 21G x 1"(25mm) – Doble aguja, la interna revestida con una válvula de goma que permita toma múltiple. – Con tecnología Precisión Glide para un mejor desplazamiento de la aguja en vena – Producto esterilizado con radiación gamma y libre de látex para evitar reacciones alérgicas		
--	--	--

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 ML ESPECIFICACIONES. Apariencia: Líquido amarillo claro Olor: Característico Densidad 20°C: Aproximadamente 1.02 g/cm ³ Solubilidad: Casi insoluble en agua 20° C Viscosidad 20°C: 100 – 120 mPas Índice de refracción: 1.515 – 1.517 Fluorescencia: ≤ 1500 ppb	15	1 frasco x 500ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML Para determinar los grupos A, B, AB y 0 así como el Rh con sangre real. Contenido: reactivos anti-A, anti-B, anti-D (anti Rh0), Conservación de +2° a +8°C	200	Kits: Unidad A,B,D de 10 ml/cada uno



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> • PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO • con 1 áreas de depósito en la plancha de plástico • con cera e ingrediente de relleno y cera de abeja natural, sin químicos dañinos al material plástico • numeradas 1-24 • individualmente empaquetadas en bolsitas de plástico 	100	unidades

04

B. Sustrato 1 x 10 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 190 ml Cinético UV, reactivo líquido. Técnica monorreactiva y birreactiva, inserto en español contiene valores referenciales, estandarizada para tres tipos de temperatura 25, 30 y 37 °C, factor para cada técnica, temperatura y longitud de onda usada. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 U/L, Linealidad 680: U/L. Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA		1 x 10 ml.
---	--	---------------

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TGP/AST U.V. LÍQUIDA X 100 DET. Método: IFCC Presentaciones: 1 x 50 ml. Contenido del kit: A. Disol. de enzimas 1 x 40/ 2 x 100 ml/ 3 x 250 ml B. Sustrato 1 x 10 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 190 ml Cinético UV, reactivo líquido. Técnica monorreactiva y birreactiva, inserto en español contiene valores referenciales, estandarizada para tres tipos de temperatura 25, 30 y 37 °C, factor para cada técnica, temperatura y longitud de onda usada. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 U/L, Linealidad 680: U/L. Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA	25	A. Disol. de enzimas 1 x 40ml B. Sustrato 1 x 10 ml

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
PRUEBA RÁPIDA DE HORMONA GONADOTROPINACORIONICA (HCG) El Ensayo Rápido Combo de HCG <i>OnSite</i> es un inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral para la detección precoz del embarazo, proporcionando una prueba visual directa rápida para la hormona placentaria, HCG, al nivel de corte de 25 mIU hCG / ml de orina o suero humanos.	90	Frasco x 25 unidades



06

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 ML FORMATO: 1 FRASCOS X 5ML TEMP.CONSERVACIÓN: +2/+8 °C REF: 994685 (1X5ML) liofilizado	15	1 FRASCOS X 5ML

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 ML FORMATO: 1 FRASCOS X 5ML TEMP.CONSERVACIÓN: +2/+8 °C REF: 994685 (1X5ML) liofilizado	15	1 FRASCOS X 5ML

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 STIRPES X 500 DETERMINACIONES 4 PIEZAS Serie roja: rango variable según edad y sexo Serie megacariocítica: (150000 - 450000)/ul Serie blanca: (4000 - 10000)/ul Diferencial leucocitario: variable según edad Adulto: Neut. (40 - 70) % Eos. hasta 5% Bas. hasta 2% Linf. (25 - 50) % Mon. hasta 12% 	3	1 x 500 determinaciones de 4 piezas



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 STIRPES 4 PIEZAS Serie roja: rango variable según edad y sexo Serie megacariocítica: (150000 - 450000)/ul Serie blanca: (4000 - 10000)/ul 	3	1 x 500 determinaciones de 4 piezas

<ul style="list-style-type: none"> Diferencial leucocitario: variable según edad Adulto: Neut. (40 – 70) % Eos. hasta 5% Bas. hasta 2% Linf. (25 – 50) % Mon. hasta 12% 		
--	--	--

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 ML CON EDTA DIPOTASICO CAJA X 100 <ul style="list-style-type: none"> Tubo plástico con sistema al vacío de 12 x 75 mm Capacidad 3ml Co EDTA dipotasico Tapón de color morado. 	400	Caja x 100 unidades
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN DE NITRILO SIN POLVO TALLA S X 100 COLOR (LILA) <ul style="list-style-type: none"> De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil. De color natural sin colorantes Sin polvo No estéril. Uso único y para laboratorio. Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación Medidas de Talla : S Ancho de Guante : 75 +/- 5 mm. Largo de Guante (mínimo) : 180 mm. Espesor (mínimo) : Dedo: 0.05 mm. 	240	Caja x 100 unidades

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN DE NITRILO SIN POLVO TALLA L X 100 COLOR (AZUL) <ul style="list-style-type: none"> De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil. De color natural sin colorantes Sin polvo No estéril. 	100	Caja x 100 unidades

<ul style="list-style-type: none"> • Uso único y para laboratorio. • Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación • Medidas de Talla : L • Ancho de Guante : 95 +/- 5 mm. • Largo de Guante (mínimo) : 230 mm. • Espesor (mínimo) : Dedo: 0.08 mm. 		
--	--	--

b. Garantía Comercial:

Contra defectos de diseño y/o fabricación, averías, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

Período de garantía: Los bienes deberán de tener una garantía mínima de: un (01) año y 6 meses.

los insumos a adquirir deberán tener como mínimo la fecha de expiración mayor a dos años.

c. Capacitación y/o Entrenamiento:

Capacitación al personal de laboratorio de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, los temas de la capacitación será programado de acuerdo al producto adquirido, deberá ser como mínimo 2 días, 8 horas por día, para 45 personas por día aproximadamente, el lugar se definirá dentro del proceso, el perfil del expositor, deberá ser de acuerdo al tema que le corresponda, como microbiología, bioquímica, hematología, inmunoserología, inmunofluorescencia y otros, con certificación aprobada por el ministerio de salud entre otros.

d. Lugar y plazo de ejecución de la prestación:

Lugar: Los bienes serán entregados en el Almacén Central de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, sito en Pj. María Alvarado Trujillo NRO 241 – Independencia – Huaraz – Ancash.

Plazo: Los bienes serán entregados en un plazo de 5 (CINCO) días hábiles a partir de la notificación de la orden de compra.



6. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- ✓ El proveedor, **deberá de dedicarse al rubro** de comercialización de bienes iguales o similares a los requeridos.
- ✓ Registro Único de Contribuyentes (**RUC**) habilitado.
- ✓ Código de Cuenta Interbancario (**CCI**) registrado y vinculado a su número de RUC.

- ✓ Registro Nacional de Proveedores (**RNP**) vigente, en el capítulo de Bienes (Se excluye en el caso que el valor del bien sea menor o igual a 1 UIT).
- ✓ Copia simple de Resolución Directoral de Autorización Sanitaria de Funcionarios otorgada al establecimiento farmacéuticos proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, Como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos sanitarios (ANM) o por las autoridades de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a nivel Regional (ARM), según corresponda, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente
- ✓ Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento vigente a nombre del proveedor, emitido por la DIGEMID como ANM o por la ARM, según corresponda, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente, solo en el caso que el proveedor sea el laboratorio nacional fabricante del bien, se presentara, la copia simple del certificado BPM.
- ✓ copia simple de Buenas Prácticas de Distribución de Transporte – BPDT vigente, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente, emitido por la DIGEMID como ANM o por la ARM, según corresponda.
- ✓ El proveedor deberá presentar una muestra de cada producto a contratar y garantizar la calidad del producto, registro sanitario y protocolo de análisis.
- ✓ El proveedor deberá presentar copia simple del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)



7. VALOR ESTIMADO:

El Valor estimado será determinado por la Unidad de Abastecimiento mediante el estudio de mercado:

8. ADELANTOS:

La RED DE SALUD HUAYLAS SUR, **no otorga adelantos** o parte de pago por la adquisición de los bienes.

9. CONFORMIDAD DE LOS BIENES:

La conformidad y la recepción de los materiales e insumos será dada por el encargado del área usuaria. (LABORATORIO) de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, por ser materiales e insumos especializados.

LISTA DE COMPRA LABORATORIO II-2024 SOLO ESTA LO PRIORITARIO POR QUE EL SISMED INDICA QUE NO HAY PRESUPUESTO Y HAY QUE ESPERAR LOS SALDOS

medcod	Codigo Siga	descrip	CANTIDAD DEL PEDIDO
12679	351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO - - KIT - 100 DET	500
10738	351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	500
11188	351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA - - KIT - 100 DET	500
38553	511000260188	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100 - - UNIDAD -	600
38814	355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES x 1000 DETERMINACIONES x 4 PIEZA - - SET -	3
20395	495700780011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1	73000
42953	511000260199	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3ML CON EDTA DIPOTASICO X 100	400
23113	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML	200
41364	495700280143	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA S - - UNIDAD -	40000
20455	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS - - KIT - 100 DET	200
36305	351100020187	UREA ENZIMATICA - - KIT - 1 DET	12000
21932	351100020506	CREATININA ENZIMATICA - - UNIDAD - 100 DET	100
41488	495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA M - - UNIDAD -	20000
27381	350500030007	AGUA DESTILADA GALON X 5 LT	500
28530	511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100 - - UNIDAD -	500
10005	351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 ML	15
35206	358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL - - UNIDAD - 5 mL	15
31414	358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO - - SOLUCI - 5 mL	15
21813	351100020992	PRUEBA RAPIDA DE HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA (HCG)	90
11734	358600090439	PROTEINA C REACTIVA - - KIT - 100 DET	70
21923	512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 mm X 22 mm X 100 UNIDADES - - UNIDAD -	400
41485	495700280146	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILO SIN POLVO TALLA L - - UNIDAD -	10000
34564	512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	250
52254	7	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 µL - 100 µL X 1000	250
11719	512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO - - UNIDAD -	100
29235	351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) X 100 DETERMINACIONES	25
38750	351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	25
10347	351100020017	BILIRRUBINA DIRECTA - - KIT - 100 DET	6
28045	351100020018	BILIRRUBINA TOTAL - - KIT - 100 DET	6
30923	355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	3

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 Dirección de Recursos Humanos
 Lab. Clínico Luis Toledo Becerra
 REG-08887
 COM-LABORATORIO - RSHS.