

Anexo N° 1


Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios						
1	Datos del documento	Número de informe			01/COMPARACION DE PRECIOS N° 01	
		Fecha de informe			14/09/2023	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN			
3	<b>Antecedentes</b> 1.1. Mediante Informe N° 007-2023-HNDAC-OIIBSG de fecha 19 de enero de 2023, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes, remite el expediente a la Oficina Ejecutiva de Administración adjuntando las Especificaciones técnicas correspondiente a la <b>ADQUISICION DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS Y DOS (02) TRANSDUCTORES LINEALES DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION</b> a fin de dar continuidad al trámite administrativo. 1.2. Mediante Memorandum N° 242-2023-HNDAC-DDPI de fecha 21 de agosto del 2023, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes, valida las cotizaciones presentadas para la adquisición en mención, asimismo reformula sus especificaciones de tal manera que la adquisición ya no comprende los transductores lineales, en ese sentido requiere la continuidad del trámite para la <b>"ADQUISICION DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION"</b> . 1.3. Mediante Memorando N° 937-2023-HNDAC-OIIBSG de fecha 23 de agosto del 2023, la Oficina de Infraestructura, Ing. Biomédica y Servicios Generales, valida las cotizaciones <b>"ADQUISICION DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION"</b> .					
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	
	Los <b>TRANSDUCTORES CONVEXOS</b> requeridos son comercializados por diversas empresas, no requiriéndose adecuación alguna para su instalación y uso.					
	b. Cumplan con las especificaciones técnicas o términos de referencia sin necesidad de ser fabricados, producidos, modificados, suministrados o prestados siguiendo la descripción particular de la Entidad.				X	
	Se advierte que los <b>TRANSDUCTORES CONVEXOS</b> a adquirir son ofrecidos por diversas empresas importadoras y comercializadoras del rubro de equipamiento médico.					
	c. Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado.				X	
Los <b>TRANSDUCTORES CONVEXOS</b> con las especificaciones técnicas requeridas se encuentran disponibles en el mercado y son comercializados por diversos proveedores.						
<b>Nota:</b> De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.						
5	<b>Observaciones</b>					
	Ninguna.					



6	<div data-bbox="758 342 1112 492" data-label="Text">  <p>GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p> <p>Dr. ALVARO DIEGO SALVATIERRA ZARATE Jefe (e) de la Oficina de Logística</p> </div> <div data-bbox="351 504 1404 542" data-label="Text"> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p> </div>



**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	1			
		Fecha	14/09/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión			
		RUC	20174943924			
		Dirección	Av. Guardia Chalaca Nro. 2176, Bellavista, Callao - Callao			
		Teléfono(s)	614-7474			
		Correo electrónico	hndac@hndac.gob.pe			
		Persona de contacto	OFICINA DE LOGISTICA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	TECNI MED SYSTEM S.A.			
		RUC	20340116055			
		Dirección	CALLE VAN GENT 128 URB EL PACIFICO SMP-LIMA			
		Teléfono(s)	996 820 210			
		Correo electrónico	ventastecnimedsystem@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	Norberto Tafur Gomez			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN			
		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	<div align="center">  <p><b>Norberto Tafur G.</b> Representante Legal TECNI MED SYSTEM S.A.</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						

<b>Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2</b>
---

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			
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	14/09/2023	
<b>2</b>	<b>Cotización</b>		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple
			X
			No cumple
	2.3	Monto total cotizado	S/ 72,000.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ESPECIFICACION TECNICA
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
<b>4</b>	<div align="center">  <p><b>Norberto Tafur G.</b> Representante Legal TECNI MED SYSTEM S.A.</p> </div>		
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>			

<b>Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3</b>
---

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	14/09/2023
2	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 72,000.00 (Setenta y dos mil con 000/100 Soles)
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	ESPECIFICACION TECNICA
3	<b>Declaración jurada del proveedor</b>	
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	
4	 <p><b>Nombre, firma y sello del proveedor</b></p>	

**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





## COTIZACIÓN N° 569– TMS – S.A. – 2023

Lima, 16 de agosto de 2023.

Señores:  
**HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
Presente. -

**solicitante:** JHULINO URIBE VILLEGAS  
OFICINA DE LOGISTICA  
CEL: 969 785 692

**Referencia:** ADQUISICIÓN DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN.

Nos es grato dirigirnos a ustedes a fin de saludarlos cordialmente y al mismo tiempo presentarles nuestra Cotización que detallamos a continuación.

ITEM	CANT	U.M.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT. S/	P. TOTAL S/
1	02	UND	<b>TRANSDUCTOR CONVEXO</b> MARCA: GENERAL ELECTRIC PROCEDENCIA: USA MODELO: C1-6-D  <b>DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS DEL BIEN</b> <b>TRANSDUCTOR CONVEXO.</b> <b>PARA EQUIPO ECÓGRAFO ULTRASONIDO DOPPLER TRIDIMENSIONAL</b> <b>GENERAL ELECTRIC, MODELO LOGIQ 58 MODELO C1-6-D</b> 02 TRANSDUCTORES CONVEXO C 1-6-0 PARA REALIZAR EXÁMENES; ABDOMINALES, OBSTÉTRICOS, GINECOLÓGICO UROLÓGICOS Y VASCULARES. CON GUÍA DE BIOPSIA MULTI ANGULO ANCHO DE BANDA: 1-6 MHZ. NÚMEROS DE ELEMENTOS: 192 CAMPO DE VISIÓN MAX: 70 GRADOS HUELLA FÍSICA: 70 X 15 MM FRECUENCIA DEL MODO B: 2,3,4,5,6 MHZ FRECUENCIA DE ARMONÍA: 2.5, 2.8,3,4,5,6 MHZ FRECUENCIA PAWER DOPPLER PW: 1.7, 1.9,2.1,2.5,3.1,3.6 MHZ FRECUENCIA DOPPLER COLOR: 1.7,1.9,2.1,2.5,3.1,3.6 MHZ  <b>PRESENTACION</b> Cajas selladas herméticamente	36,000.00	72,000.00
<b>TOTAL S/</b>					<b>72,000.00</b>



**PRECIO CLUIDO EL IGV (18%) EN SOLES.**

### CONDICIONES DE VENTA:

- Forma De Pago : Crédito Comercial.
- CTA. CTE- BBVA S/ : 011-172-000100006444-42.
- CTA.CCII-BBVA S/ : 0011-0172-42-010000-6444
- Plazo de Entrega : 5 Días Calendario.
- Validez De Oferta : 30 Días Calendario.
- Garantía : 24 Meses.

Agradeciendo la confianza depositada en nuestra empresa, lo cual nos compromete a brindarle siempre los mejores productos y servicios.

Atentamente,

+51 996 820 210 / +01 531 24413

  
Norberto Tafur G.  
Representante Legal  
TECNI MED SYSTEM S.A.

ventas@tecniamedsystem.com / info@tecniamedsystem.com

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS  
MÍNIMOS**

Señores:

**HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - CALLAO**

Presente. -

**Atención: Oficina de Logística**

De nuestra consideración:

En calidad de **PROVEEDOR** (Participante), luego de haber examinado las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o Términos de Referencia, Mínimo e Indispensable proporcionada por la ENTIDAD, para la Contratación de: **"SOLICITUD DE COTIZACIÓN: ADQUISICIÓN DE DOS (02) TRANSDUCTORES CONVEXOS DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN"** y conocer todas las condiciones existentes. Así como los Requisitos de Calificación (de corresponder).

El suscrito declara que mi representada cumple con los Requerimientos Técnicos Mínimos Indispensables y demás condiciones que se detallan en los documentos proporcionados por la Entidad.

Asimismo, declaramos que para los fines comerciales los datos de la empresa son los siguientes:

Denominación o Razón Social:	TECNI MED SYSTEM S.A.		RUC Nº	20340116055	
Dirección:	CALLE VAN GENT 128 URB. EL PACIFICO SMP-LIMA				
Teléfono Fijo:	01 531 2413	Celular:	996 820 210	Otro:	
E-mail (1):	tecnimed.ventas@gmail.com				
E-mail (2):	info@tecnimedsystem.com				
Persona de contacto:	NORBERTO TAFUR GOMEZ				

Lima, 16 de agosto de 2023.



Norberto Tafur G.  
Representante Legal  
TECNI MED SYSTEM S.A.

**Firma y sello del representante legal**  
**Nombre / Razón social**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR IMPEDIDO DE CONTRATAR CON EL ESTADO**

Señores:

**Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao**

Presente. -

**Atención:** Oficina de Logística

De nuestra consideración:

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de **TECNI MED SYSTEM S.A.**,  
**declaro bajo juramento:**

- 1.- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 242 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 2.- Conocer, aceptar y someterme a los lineamientos indicados en los términos de referencia.
- 3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
- 4.- Comprometerme a mantener la oferta presentada hasta la confirmación de la notificación de la orden de servicio y/o contrato, en caso de ser adjudicado.
- 5.- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, así como de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Lima, 16 de agosto de 2023,


Norberto Tafur G.  
Representante Legal  
TECNI MED SYSTEM S.A.

**Firma y sello del representante legal**  
**Nombre / Razón social**



+51 996 820 210 / +01 531 2413



ventas@tecnimedsystem.com / info@tecnimedsystem.com

**WWW.TECNIMEDSYSTEM.COM**

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)

Lima, 16 de agosto de 2023

Señores

**Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao**

Presente. -

**Atención : Oficina de Logística 011-172-000100006444-42.**

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

Código Interbancario:

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

A nombre de:

TECNI MED SYSTEM S.A.

Nombre del Banco:

BBAVA- CONTIENETAL

Tipo de Cuenta:

CORRIENTE

Moneda

Soles

RUC (Asociado al CCI)

2	0	3	4	0	1	1	6	0	5	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Banco de la Nación

0	0	0	0	3	2	7	3	3	6		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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

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

Atentamente,



Norberto Tafur G.  
Representante Legal  
TECNI MED SYSTEM S.A.

**Firma y sello del representante legal**  
**Nombre / Razón social**