

Anexo N° 1

Informe sustenta torio para emplear la comparación de precios

1. Datos del documento	Número de informe		MENORANDUN N°337-2023-CH/2023/ODI-US	
	Fecha de informe		13 DE Marzo de 2023	
2. Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
	Descripción del objeto de la contratación	"COMPRA DE INSUMOS DE MEDICAMENTOS AMOXICLINA +CLAVULANICO Y GIMFIBROZILLOPARA LA RED DE SALUD POACIFICONORTE "		

3. Antecedentes

- Que SEGÚN MEMORÁNDUM N°337-2023-DRSPN-CH-ODI/U.S, con fecha 13 de Marzo del 2023, quienes solicitan la adquisición de medicamentos para abastecer a los IPRESS de la jurisdicción de la dirección de la red de salud pacifico norte, adjunto los pedido siga y especificaciones técnicas requeridas.
- que de acuerdo a lo establecido en el artículo 25 del texto único ordenado de la ley 30225, ley de contrataciones del estado , la comparación de precios puede utilizarse para la contratación de bienes y servicios de disponibilidad inmediata, distintos a los consultoría , que no sean fabricantes o prestados siguiendo las especificaciones o indicaciones de contratante siempre que sean fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado ,conforme a lo señalado
- No corresponde utilizar el procedimiento de comparación de precios para la contratación de bienes y servicios que son fabricados o prestados siguiendo la descripción particular o instrucciones de la Entidad tales como el mantenimiento de carreteras; la contratación de profesionales o personal especializado; el suministro periódico de bienes o los servicios de ejecución periódica tales como la mensajería; la toma de inventario físico de bienes; la adquisición de vehículos; la recolección y disposición final de residuos sólidos; el acondicionamiento, mantenimiento y/o reparación de infraestructura; entre otros supuestos. Tampoco corresponde utilizar dicho procedimiento para la contratación de bienes o servicios incluidos en el Listado de bienes y servicios comunes y en el Catálogo Electrónico, los que se contratan a través del procedimiento de Subasta Inversa Electrónica y Acuerdo Marco, así como para la adquisición de productos alimenticios para el Programa de Vaso de Leche u otros programas sociales que cuentan con regulación especial.
- Que habiendo verificado el cumplimiento de dichas condiciones, se determinado que dicho requerimiento cumple con los requisitos para utilizar el proceso de4 selección de comparación de precios.

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		
<i>De acuerdo al estudio del mercado realizado , se precisa lo siguiente :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se comercializan por diversos proveedores, los cuales se ajustan al requerimiento. • Sus actividades están directamente relacionado al objetivo de la contratación • Cumple con los plazos de entrega de acuerdo a lo requerido. • Es decir son de disponibilidad inmediata 			
b. Fáciles de obtener en el mercado	X		
Producto de la indagación de mercado realizado para la Adquisición de medicamentos para el área de Sismed para el abastecimiento a los IPRESS de la jurisdicción de la dirección red de salud pacifico norte, se pudo verificar la pluralidad de empresas que cumplen con las características requeridas y formulado por el área usuaria ,permitiendo ello que sean fáciles de obtener en el mercado , de conformidad con la directiva n°022-2016-osce/de .			
c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado	X		
<i>La adquisición solicitado por el área usuaria se verificado que en el estudio realizado de advierte que existe pluralidad de potenciales proveedores, capaces de abastecer el bien requerido.</i>			

	d. Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante	X	
	La adquisición solicitado por el área usuaria se verificado que en el estudio realizado de advierte que existe pluralidad de potenciales proveedores, capaces de abastecer el bien requerido.		
	Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.		
5	Observaciones		
	NO		
6	 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte <i>Gabino Iber Quinto Espinoza</i> DNI 44461408 RESPONSABLE DE ADQUISICIONES		
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones		

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 1

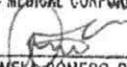
Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión del Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios, describiendo 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

Anexo N° 2

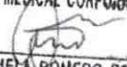
Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	MENORANDUN N°337-2023-CH/2023/ODI-US		
		Fecha	17/03/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE		
		RUC	20569238537		
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA (A 2		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C		
		RUC	20602734740		
		Dirección	AVENIDA DEL EJÉRCITO 1117, INT. 301		
		Teléfono(s)	958 459 202		
		Correo electrónico	ventasglassgow@gmail.com		
		Representante o persona de contacto			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	COMPRA DE INSUMOS DE MEDICAMENTOS AMOXICILINA + CLAVULANICO Y GIMFIBROZILLO PARA LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE “		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				
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	29/03/2023		
2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	Compra de insumos de medicamentos Amoxicilina + clavulánico y gemfibrozilo para la Red de Salud Pacífico Norte.	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/ 69,850.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COT: 370		
3	Declaración jurada del proveedor	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<p style="text-align: center;">GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C.</p>  <p style="text-align: center;">DIANA PAMELA RÓMERO RODRÍGUEZ Gerente General</p>			
Nombre, firma y sello del proveedor				

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	29/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	Compra de insumos de medicamentos Amoxicilina + clavulánico y gemfibrozilo para la Red de Salud Pacífico Norte.
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 69,850.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA COT: 370
3	Declaración jurada del proveedor	
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	
4	<p style="text-align: center;">GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">DIANA PAMELA ROMERO RODRÍGUEZ Gerente General</p>	
	Nombre, firma y sello del proveedor	



Medical Corporation

RAZON SOCIAL	GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C	RUC:	20602734740
DIRECCION:	AVENIDA DEL EJERCITO 1117, INT. 301	TELEFONOS:	958 459 202
SEÑORES:	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE	FECHA:	29/3/2023
RUC:	20569238537	COTIZACION N°:	370
ATENCION:	LOGISTICA	VALIDEZ DE LA OFERTA:	7 DIAS

ITEM	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	MARCA Y/O PROCEDENCIA	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL
1	58000	UNIDAD	AMOXICILINA +CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 500 MG + 125 MG TAB FV 11/2025	GENÉRICO	0.95	55,100.00
2	25000	UNIDAD	GEMFIBROZILLO 600 MG TAB FV 02/2025	GENÉRICO	0.59	14,750.00
					SUBTOTAL	59,194.92
					IGV	10,655.08
					TOTAL	69,850.00

CONDICIONES:	FORMA DE PAGO:	CREDITO
	PRECIO:	SOLES
	IMPUESTOS:	INCLUYE IGV
	CUENTA:	BCP SOLES: 193401618150899 CCI: 002193140161815089919
	ENTREGA:	10 DIAS CALENDARIO DESPUES DE NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA
	GARANTIA:	1 AÑO

GlaxoSmithKline Corporation S.A.C.
 Jairo M. [Signature]
 Jairo M. [Signature]
 Ejecutivo Comercial

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	MENORANDUN N°337-2023-CH/2023/ODI-USODI/US/US			
		Fecha	13 /03/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
		RUC	20569238537			
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA (A 2			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.			
		RUC	20607711713			
		Dirección	Av. Los Pinos 1793 Urb. El Pinar Comas - Lima			
		Teléfono(s)	Teléf. 961810261			
		Correo electrónico	gmedicalm@gmail.com			
		Representante o persona de contacto				
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>
		Descripción del objeto de la contratación	"COMPRA DE INSUMOS DE MEDICAMENTOS AMOXICLINA + CLAVULANICO Y GIMFIBROZILLOPARA LA RED DE SALUD POACIFICONORTE "			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	<input type="checkbox"/>	Términos de referencia	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

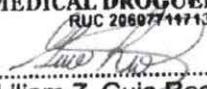
Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2

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	29/03/2023	
2	Cotización		
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	Compra de insumos de medicamentos Amoxicilina + clavulánico y gemfibrozilo para la Red de Salud Pacífico Norte.	
	2.2 Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
	2.3 Monto total cotizado	S/ 75,500.00	
	2.4 Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COT : 150 - 2023	
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<p style="text-align: center;">G MEDICAL DROGUERIA S.A.C. <small>RUC 20607719713</small>  Lilliam Z. Gulo Rodriguez GERENTE GENERAL</p>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	23/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	Compra de insumos de medicamentos Amoxicilina + clavulánico y gemfibrozilo para la Red de Salud Pacífico Norte
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 75,500.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA COT: 150 - 2023
3	Declaración jurada del proveedor	
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	
4	<p style="text-align: center;">G MEDICAL DROGUERIA S.A.C. RUC 20607719713</p> <p style="text-align: center;"> Liliam Z. Guio Rodriguez GERENTE GENERAL</p>	
	Nombre, firma y sello del proveedor	



G MEDICAL

Droguería

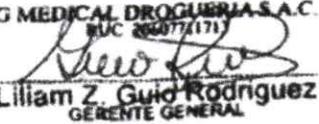
Cotización
150 - 2023

Av. Los Pinos 1793 Urb. El Pinar Comas - Lima Telef. 961810261

gmedicalm@gmail.com

RUC: 20607711713

CLIENTE	Contacto	Fecha	Ciudad
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD PACÍFICO NORTE	Sres. LOGISTICA	29/03/2023	HUARAZ
RUC	Dirección	Descuento (%)	T. Pago
20569238537	CHIMBOTE		S/ 75,500.00

Ítem	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Precio Total
1	AMOXICILINA +CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 500 MG + 125 MG TAB FV 11/2025 GENERICO	58000	UND	S/ 1.00	S/ 58,000.00
2	GEMFIBROZILO 600 MG TAB FV 02/2025 GENERICO	25000	UND	S/ 0.70	S/ 17,500.00
Condiciones Precio expresado en soles. Incluye IGV y gastos de envío Plazao de entrega: 10 días calendarios Validez de oferta: 15 días calendarios					
				 G MEDICAL DROGUERIA S.A.C. RUC 20607711713 Lilliam Z. Guio Rodríguez GERENTE GENERAL	
				Subtotal	S/ 63,983.05
				IGV(18%)	S/ 11,516.95
				Valor total	S/ 75,500.00

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	MENORANDUN N°337-2023-CH/2023/ODI-US		
		Fecha	17/03/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE		
		RUC	20569238537		
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	LINEAS HOSPITALARIAS SAC		
		RUC	20604626693		
		Dirección	AV. CHILLON N° 1339, INT. 507 A, URB. ALAMEDA DE EL PINAR		
		Teléfono(s)	977691779		
		Correo electrónico	lhinstitucional@gmail.com		
		Representante o persona de contacto			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	"COMPRA DE INSUMOS DE MEDICAMENTOS AMOXICILINA + CLAVULANICO Y GIMFIBROZILLO PARA LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
5	Información complementaria Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				

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	29/03/2023	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	Compra de insumos de medicamentos Amoxicilina + clavulánico y gemfibrozilo para la Red de Salud Pacífico Norte.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 82,550.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COT. 280 - 2023	
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.</p>  <p>----- LUCIA MARTINEZ MEZONES GERENTE GENERAL RUC 20604626693</p> </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor

1 Fecha del documento **29/03/2023**

2 Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1 Descripción del objeto de la contratación	Compra de insumos de medicamentos Amoxicilina + clavulánico y gemfibrozilo para la Red de Salud Pacífico Norte
2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 82,550.00
2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA COT: 280 - 2023

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

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.



LUCIA MARTINEZ MEZONES
GERENTE GENERAL
RUC 20604626693

Nombre, firma y sello del proveedor

HOSPITALARIAS SAC

20604626693

CHILLÓN N° 1339, INT. 507 A, URB. ALAMEDA DE EL PINAR

TELÉFONO: 977691779

CORREO: lhinstitucional@gmail.com



CLIENTE:

DIRECCIÓN DE RED DE SALUD
PACÍFICO NORTE

RUC: 20569238537

RESPONSABLE:

DPTO. LOGÍSTICA

FECHA:

23/03/2023

COT: 280 - 2023

DIRECCIÓN: CHIMBOTE

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
AMOXICILINA +CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 500 MG + 125 MG TAB FV 11/2025 GENERICO	58,000	1.10	63,800.00
GEMFIBROZILO 600 MG TAB FV 02/2025 GENERICO	25,000	0.75	18,750.00
		TOTAL	82,550.00

OBSERVACIONES:

GARANTÍA: 1 AÑO

CONDICIONES: CONTADO COMERCIAL

ENTREGA: 8 DIAS CALENDARIOS


 LINEAS HOSPITALARIAS SAC
 RUC: 20604626693
 LUCIA MARTINEZ MEZONES
 GERENTE