

Anexo N° 1

| Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios | | | | | |
|---|---|---|---|---------------------------|------------|
| 1 | Datos del documento | Número de informe | | | 331 |
| | | Fecha de informe | | | 27/09/2023 |
| 2 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | X | Servicios |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICIÓN DE (02) EQUIPOS DE TERAPIA COMBINADA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL MILITAR GERIATRICO | | |
| 3 | Antecedentes Mediante Oficio N°270/AA-15/2.d/09.00; el Director de la IPRESS HOSPITAL MILITAR GERIATRICO, remite el requerimiento de compra para la ADQUISICIÓN DE (02) EQUIPOS DE TERAPIA COMBINADA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL MILITAR GERIATRICO; con el cual se procede a efectuar el procedimiento de indagación de mercado, encontrándose condiciones del mercado de producto solicitado con los cuales se determinó realizar el procedimiento de selección por 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 | |
| | Según indagación de mercado, se tiene que los bienes solicitados objeto de contratación son de disponibilidad inmediata en los centros comerciales existentes en el mercado nacional y local, sin necesidad de realizar adecuaciones y/o modificaciones, toda vez que ello satisface la necesidad, los plazos que cotizaron son de 5 días calendarios. | | | | |
| | b. Fáciles de obtener en el mercado | | | X | |
| | Existe pluralidad de proveedores en el mercado, con las características estandarizadas. En total se presentaron (3) proveedores quienes cotizaron los bienes con las marcas y especificaciones estandarizadas.. | | | | |
| | c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado | | | X | |
| | Las especificaciones del bien objeto de la contratación se encuentran bajo la calidad establecida por el mercado. | | | | |
| | d. Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante | | | X | |
| | El bien objeto de la contratación, no requiere de fabricación, producción bajo condiciones de particularidades dada por la entidad, toda vez que es un producto terminado y estandarizado que satisface las necesidades de manera inmediata sin necesidad de ninguna adecuación o modificación alguna. . | | | | |
| En consecuencia, cumple con las condiciones para la aplicación del procedimiento de comparación de precios. | | | | | |
| 5 | Observaciones No se registra ningún inconveniente durante la etapa de la indagación de mercado y verificación de condiciones para ser adquirido bajo modalidad de comparación de precios. | | | | |
| 6 | <div style="text-align: center;">  O-126636500-O+ NAPA RUIZ RENZO H. CAP EP JEFE SECC. PROCESOS Y ADQUISICIONES IAFAS EP </div> | | | | |
| 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 | 003-2023 CP-IAFAS/EP | | | |
| | | Fecha | 27/09/2023 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | INSTITUCION ADMINISTRADORA DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO DE SALUD DEL EJERCITO (IAFAS-EP) | | | |
| | | RUC | 20508650451 | | | |
| | | Dirección | AV. JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION S/N JESUS MARIA | | | |
| | | Teléfono(s) | 014604791 | | | |
| | | Correo electrónico | estudio.mercado35@iafasep.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | Miguel Rojas Jáuregui | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | BRAYFER MEDICAL E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 20611253233 | | | |
| | | Dirección | RESIDENCIAL LAS TORRES DE HUACHIPAMZA F LOTE. 4 LIMA | | | |
| | | Teléfono(s) | 990523209 | | | |
| | | Correo electrónico | brayfermedical@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | Guillermo Cabada Carrillo | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | <input checked="" type="checkbox"/> | Servicios | <input type="checkbox"/> |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICIÓN DE (02) EQUIPOS DE TERAPIA COMBINADA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL MILITAR GERIATRICO. | | | |
| | | 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="text-align: center;">  O-126636500-O+ NAPA RUIZ RENZO H. CAP EP JEFE SECC/ PROCESOS Y ADQUISICIONES IAFAS EP </div> | | | | | |
| 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° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|--|---|---|--|-------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 003-2023 CP-IAFAS/EP | | | |
| | | Fecha | 27/09/2023 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | INSTITUCION ADMINISTRADORA DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO DE SALUD DEL EJERCITO (IAFAS-EP) | | | |
| | | RUC | 20508650451 | | | |
| | | Dirección | AV. JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION S/N JESUS MARIA | | | |
| | | Teléfono(s) | 014604791 | | | |
| | | Correo electrónico | estudio.mercado35@iafasep.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | Miguel Rojas Jáuregui | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | CORPORACION TECNOMEDICAL S.A.C. | | | |
| | | RUC | 20609542005 | | | |
| | | Dirección | CALLE LAS LILAS 391 URB SAN EUGENIO LINCE | | | |
| | | Teléfono(s) | 931771250 | | | |
| | | Correo electrónico | Corporacióntecnomedicalsac@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | José Walther Montenegro Jiménez | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | <input checked="" type="checkbox"/> | Servicios | <input type="checkbox"/> |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICIÓN DE (02) EQUIPOS DE TERAPIA COMBINADA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL MILITAR GERIATRICO. | | | |
| | | 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="text-align: center;">  <p> O-121436500-O+ NAFI RUIZ RENZO H. CAP EP JEFE SECC. PROCESOS Y ADQUISICIONES IAFAS EP </p> </div> | | | | | |
| 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° 2

| Solicitud de cotización | | | | | | |
|-------------------------|---|---|--|-------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1 | Número y fecha del documento | Número | 003-2023 CP-IAFAS/EP | | | |
| | | Fecha | 27/09/2023 | | | |
| 2 | Datos de la Entidad | Nombre de la Entidad | INSTITUCION ADMINISTRADORA DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO DE SALUD DEL EJERCITO (IAFAS-EP) | | | |
| | | RUC | 20508650451 | | | |
| | | Dirección | AV. JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION S/N JESUS MARIA | | | |
| | | Teléfono(s) | 014604791 | | | |
| | | Correo electrónico | estudio.mercado35@iafasep.gob.pe | | | |
| | | Persona de contacto | Miguel Rojas Jáuregui | | | |
| 3 | Datos del proveedor | Nombre o razón social | STRAFFORD SOLUCIONES E.I.R.L. | | | |
| | | RUC | 2060976849 | | | |
| | | Dirección | A.H. JOSE CARLOS MARIATEGUI SJL | | | |
| | | Teléfono(s) | 956725235 | | | |
| | | Correo electrónico | Strafford.eirl@gmail.com | | | |
| | | Representante o persona de contacto | Andres A. Nina Roncal | | | |
| 4 | Objeto de la contratación | Objeto de la contratación | Bienes | <input checked="" type="checkbox"/> | Servicios | <input type="checkbox"/> |
| | | Descripción del objeto de la contratación | ADQUISICIÓN DE (02) EQUIPOS DE TERAPIA COMBINADA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL MILITAR GERIATRICO. | | | |
| | | 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 |  <p>O-124636500-O+ NABA RUIZ RENZO H. CAP EP JEFE SECC. PROCESOS Y ADQUISICIONES IAFAS EP</p> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p> | | | | | |

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 |