



“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”
“MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ”

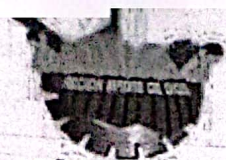
Anexo N° 1

Informe sustentatoria para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe			INFORME N° 12-2024-GOREMAD/HSR-UL-AA-CFMV
		Fecha de informe			12-11-2024
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS		
3	Antecedentes				
	Mediante OFICIO N° 206-2024-GOREMAD/HSR-DPCAP, de fecha RECEPCIONADO 26 de SETIEMBRE del 2024, se solicita la contratación de ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA adjuntando para ello Especificaciones Técnicas de los bienes, de procedió a realizar la indagación del mercado para determinar el tipo de procedimiento de selección a realizar y el cumplimiento de los requisitos correspondiente según DIRECTIVA N° 22-2016-OSCE/CD				
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	
	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS, SON COMERCIALIZADAS POR DIVERSAS EMPRESAS EN EL MERCADO, NO REQUIRIENDOSE ADECUACION ALGUNA PARA SU INSTALACION Y USO ASI MISMO SEGÚN LA INDAGACION DEL MERCADO EL PLAZO ED ENTREGA ES DE 05 DIAS CUMPLE CON LO INDICADO EN LAS DEFINICIONES CONSIGNADAS EN EL NUMERAL 6.1 DE LA DIRECTIVA N° 22-2016-OSCE/CD				
	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	
SEGÚN LA INDAGACION DE MERCADO, ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA A ADQUIRIR SEGÚN LAS MEDIDAS, CANTIDADES Y CARACTERISTICAS SOLICITADA POR EL EREA USUARIA SON OFRECIDOS POR DIVERSAS EMPRESAS PROVEEDORAS DEL RUBRO Y CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SIN NECESIDAD DE SER FABRICADOS, PRODUCIDOS, MODIFICADOS, SUMINISTRADOS O PRESTADOS SIGUIENDO LA DESCRIPCIÓN PARTICULAR DE LA ENTIDAD					
c. Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado			X		



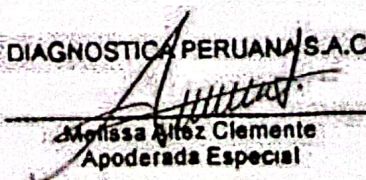
“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”
“MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ”

	<p>VISTA LA INDAGACION DE MERCADO, LOS MATERIALES PARA ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA A ADQUIRIR SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SON OFRECIDOS POR DIVERSAS EMPRESAS PROVEEDORAS DEL RUBRO Y CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ASI MISMO LOS PRECIOS DE ESTAS SON DE UN PRECIO PROMEDIO EL CUAL NO DIFIERE EN EXESO EN EL MONTO UNO DEL OTRO.</p> <p>Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.</p>																																																				
5	<p>Observaciones</p> <p>SEGÚN INDAGACION DE MERCADO TAMBIEN SE VERIFICO EL CUMPLIMIENTO DE LAS OTRAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA DIRECTIVA N° 22-2016-OSCE/CD</p> <table border="1"><thead><tr><th>N°</th><th>RAZON SOCIAL O NOMBRE</th><th>RUC</th><th>SE DEDICA AL RUBRO</th><th>RNP VIGENTE</th><th>INHABILITADO SUSPENDIDO</th></tr></thead><tbody><tr><td>01</td><td>DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.</td><td>20501887286</td><td>SI</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>02</td><td>PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.</td><td>20610035541</td><td>SI</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>03</td><td>CONSATEK MEDICAL S.A.C.</td><td>20606507250</td><td>SI</td><td>SI</td><td>NO</td></tr></tbody></table> <p>ORDEN DE PRELACION SEGÚN OFERTAS ECONOMICAS PRESENTADAS:</p> <table border="1"><thead><tr><th>N°</th><th>RAZON SOCIAL O NOMBRE</th><th>RUC</th><th>PRESENTO COTIZACION</th><th>PLAZO DE ENTREGA</th><th>MONTO COTIZADO</th><th>ORDEN</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.</td><td>20501887286</td><td>SI</td><td>05 DIAS</td><td>61,800.00</td><td>1RO</td></tr><tr><td>2</td><td>PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.</td><td>20610035541</td><td>SI</td><td>05 DIAS</td><td>67,500.00</td><td>2DO</td></tr><tr><td>3</td><td>CONSATEK MEDICAL S.A.C.</td><td>20606507250</td><td>SI</td><td>05 DIAS</td><td>67,800.00</td><td>3RO</td></tr></tbody></table>	N°	RAZON SOCIAL O NOMBRE	RUC	SE DEDICA AL RUBRO	RNP VIGENTE	INHABILITADO SUSPENDIDO	01	DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.	20501887286	SI	SI	NO	02	PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.	20610035541	SI	SI	NO	03	CONSATEK MEDICAL S.A.C.	20606507250	SI	SI	NO	N°	RAZON SOCIAL O NOMBRE	RUC	PRESENTO COTIZACION	PLAZO DE ENTREGA	MONTO COTIZADO	ORDEN	1	DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.	20501887286	SI	05 DIAS	61,800.00	1RO	2	PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.	20610035541	SI	05 DIAS	67,500.00	2DO	3	CONSATEK MEDICAL S.A.C.	20606507250	SI	05 DIAS	67,800.00	3RO
N°	RAZON SOCIAL O NOMBRE	RUC	SE DEDICA AL RUBRO	RNP VIGENTE	INHABILITADO SUSPENDIDO																																																
01	DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.	20501887286	SI	SI	NO																																																
02	PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.	20610035541	SI	SI	NO																																																
03	CONSATEK MEDICAL S.A.C.	20606507250	SI	SI	NO																																																
N°	RAZON SOCIAL O NOMBRE	RUC	PRESENTO COTIZACION	PLAZO DE ENTREGA	MONTO COTIZADO	ORDEN																																															
1	DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.	20501887286	SI	05 DIAS	61,800.00	1RO																																															
2	PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.	20610035541	SI	05 DIAS	67,500.00	2DO																																															
3	CONSATEK MEDICAL S.A.C.	20606507250	SI	05 DIAS	67,800.00	3RO																																															
6	<div style="text-align: center;"><p>HOSPITAL SANTA ROSA OFICINA DE ADMINISTRACION UNIDAD DE LOGISTICA PUERTO MALDONADO</p><p>..... CPC. Jhon Charles Uamocca Albaro JEFE MAT. 25-526</p></div> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p>																																																				



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION
DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ"

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	N°006-2024-GOREMAD-HSR-UL-OEC			
		Fecha	25-10-2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO			
		RUC	20350526073			
		Dirección	JR. CAJAMARCA NRO. 171 MADRE DE DIOS - TAMBOPATA - TAMBOPATA			
		Teléfono(s)	969738129 (Unidad de Logística)			
		Correo electrónico	Cristian_vilca_0106@hotmail.com			
		Persona de contacto	CRISTIAN FRANCISCO MAMANI VILCA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C			
		RUC	20501887286			
		Dirección	Av. Javier Prado Este N° 6210 Of. 904 Urb. La Riviera de Monterrico - La Molina			
		Teléfono(s)	01-4368660			
		Correo electrónico	ventas@diagnosticaperuana.com.pe			
		Representante o persona de contacto	MELISSA ALTEZ CLEMENTE			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS			
		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 style="text-align: center;"> DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C Melissa Altez Clemente Apoderada Especial</div> <div style="text-align: center;">Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</div>					



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION
DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ"

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	25-10-2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	61,800.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	FOLLETERIA	
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><p>DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C</p><p>Melissa Altez Clemente Apoderada Especial</p><p>MELISSA ALTEZ CLEMENTE</p><p>Nombre, firma y sello del proveedor</p></div>		



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION
DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ"

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	25-10-2024
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 KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 61,800.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	RNP, RESOLUCION DIRECTORAL DE REGISTRO SANITARIO, CERTIFICADO DE ANALISIS, FICHA RUC, FOLLETERIA, CARTA DE FABRICANTE QUE AUTORIZA LA COMERCIALIZACION
3	Declaración jurada del proveedor	
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;"> DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C Melissa Altez Clemente Apoderada Especial MELISSA ALTEZ CLEMENTE Nombre, firma y sello del proveedor</div>	

FECHA: Lima, 25 de octubre del 2024

SEÑORES:
HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO

ASUNTO: Remisión de Cotización -INSUMOS PARA ANALISIS DE GASES,
ELECTROLITOS Y METABOLITOS CON EQUIPO EN CESION DE USO

Es grato dirigirnos a ustedes, en atención a su solicitud indicada en la referencia, a fin de alcanzarles
nuestra cotización según el siguiente detalle:

ITEM	DESCRIPCION	UND	CANTIDAD	P. PARCIAL (S/)	P. TOTAL (S/) INCLUYE IGV
1	KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS , METABOLITOSY COOXIMETRIA	DET	1, 500	41.20	61,800.00
	MARCA: RADIOMETER / PROCEDENCIA: DINAMARCA MODELO DE ANALIZADOR: ABL 800				
	VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DIAS				
	GARANTIA:12 MESES				
TOTAL:					61,800.00
GARANTÍA MINIMA (indicar meses)			12 meses		

PLAZO DE ENTREGA: SEGÚN ESPECIFICACIONES INDICADAS EN EL REQUERIMIENTO

CONDICIONES COMERCIALES

- Razón Social : **Diagnóstica Peruana S.A.C.**
- Contacto : Diana Torre
- N° R.U.C. : 20501887286
- RNP VIGENTE : B00340084
- Correo Electrónico : ventas@diagnosticaperuana.com.pe
[/dianatorre@diagnosticaperuana.com.pe](mailto:dianatorre@diagnosticaperuana.com.pe)
- Número de cuenta del Banco Interbank : Cta. Cte. N° 100-3000458075.
- CCI : N° 003-100-003000458075-56
- Teléfono fijo y celular y/o Telefax: **947-939-453**
- Tipo de Moneda : Nuevos Soles
- Precios incluyen el I.G.V.
- Modalidad de pago : **CONTADO COMERCIAL**
- Garantía: 12 meses
- Validez de la Oferta : 30 día a partir de la fecha.
- Incluye instalación y capacitación.
- **Se cotiza según las especificaciones técnicas expuestas en la cotización.**



.....

LIC.TM DIANA TORRE PAUCAR
ASESOR COMERCIAL
DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C



DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C
Melissa Altez Clemente
Apoderada Especial

MELISSA ALTEZ CLEMENTE
APODERADO ESPECIAL
DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C



RUC N° 20501887286

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.

Domiciliado en: AV.JAVIER PRADO ESTE NRO. 6210 INT. 904 URB. LA RIVIERA DE MONTEERRICO (EDIFICIO PARK OFFICE) LIMA - LIMA - LA MOLINA (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 04/07/2024

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 04/07/2024

FECHA IMPRESIÓN: 04/07/2024

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

Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda

Número de RUC:

20501887286 - DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.

Tipo Contribuyente:

SOCIEDAD ANONIMA CERRADA

Nombre Comercial:

DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.

Fecha de Inscripción:

20/03/2001

Fecha de Inicio de Actividades:

01/03/2001

Estado del Contribuyente:

ACTIVO

Condición del Contribuyente:

HABIDO

Domicilio Fiscal:

AV. JAVIER PRADO ESTE NRO. 6210 INT. 904 URB. LA RIVIERA DE MONTERRICO (EDIFICIO PARK OFFICE) LIMA - LIMA - LA MOLINA

Sistema Emisión de Comprobante:

COMPUTARIZADO

Actividad Comercio Exterior:

SIN ACTIVIDAD

Sistema Contabilidad:

COMPUTARIZADO

Actividad(es) Económica(s):

Principal - 4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA

Secundaria 1 - 4652 - VENTA AL POR MAYOR DE EQUIPO, PARTES Y PIEZAS ELECTRÓNICOS Y DE TELECOMUNICACIONES

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

FACTURA

BOLETA DE VENTA

NOTA DE CREDITO

NOTA DE DEBITO

GUIA DE REMISION - REMITENTE

Sistema de Emisión Electrónica:

DESDE LOS SISTEMAS DEL CONTRIBUYENTE. AUTORIZ DESDE 19/10/2018

Emisor electrónico desde:

19/10/2018

Comprobantes Electrónicos:

FACTURA (desde 19/10/2018),BOLETA (desde 04/06/2019)

Afiliado al PLE desde:

01/01/2014

Padrones:

Incorporado al Régimen de Agentes de Retención de IGV (R.S.186-2023) a partir del 01/10/2023

Fecha consulta: 25/09/2024 9:00

© 1997 - 2024 SUNAT Derechos Reservados



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ"

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	N°006-2024-GOREMAD-HSR-UL-OEC			
		Fecha	25-10-2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO			
		RUC	20350526073			
		Dirección	JR. CAJAMARCA NRO. 171 MADRE DE DIOS - TAMBOPATA - TAMBOPATA			
		Teléfono(s)	969738129 (Unidad de Logística)			
		Correo electrónico	Cristian_vilca_0106@hotmail.com			
		Persona de contacto	CRISTIAN FRANCISCO MAMANI VILCA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	PAX IMPORTACIONES EIRL			
		RUC	20610035541			
		Dirección	CAL.IGNACIO MERINO NRO. 580 DPTO. 202 URB. SANTA CRUZ LIMA - LIMA - MIRAFLORES			
		Teléfono(s)	973728962			
		Correo electrónico	comercial4@paximportaciones.com			
		Representante o persona de contacto	ANDRÉ MORA			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS			
		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						



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ"


Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	25-10-2024
---	---------------------	------------

2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	67,500.000	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	RNP, CONSULTA RUC, FOLLETO, AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, BPDT	

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> PAX IMPORTACIONES E.I.R.L. AMELIA SOLORZANO URQUIZA GERENTE GENERAL RUC: 20810036841</p> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>
---	--



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION
DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ"

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	25-10-2024
---	---------------------	------------

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 KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 67,500.000
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	RNP, CONSULTA RUC, FOLLETO, AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, BPDT

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> PAX IMPORTACIONES E.I.R.L. AMALIA SOLÓRZANO URQUIZO GERENTE GENERAL RUC: 20610035641</p> <p>AMALIA SOLÓRZANO URQUIZO</p> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>
---	---

FECHA 25 DE OCTUBRE DE 2024

COTIZACIÓN 000179

SEÑORES HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO

DATOS DEL PROVEEDOR	
RAZÓN SOCIAL	PAX IMPORTACIONES EIRL
DIRECCIÓN	Ignacio Merino 580 mt. 202 Miraflores
TELÉFONO (S)	973728962
EMAIL	comercial4@paximportaciones.com
VIGENCIA DE LA OFERTA	30 días
	RUC 20610035541

DATOS DEL CONTACTO	
NOMBRE	ANDRÉ MORA
CARGO	ASESOR COMERCIAL
CELULAR	973728962
RPM / RPC / ENTEL	973728962
EMAIL	comercial4@paximportaciones.com

DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM		REQUERIMIENTOS MÍNIMOS					CALIDAD		Plazo de Entrega		PRECIO UNITARIO A OFERTAR S/.	VALOR TOTAL A OFERTAR S/.
N° ÍTEM	DENOMINACIÓN	UN	CANTIDAD	TER	ESTADO	REQUERIMIENTO	Procedencia	Según	DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO			
01	KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRÍA	DET	1,500	SI	ABL 90	Modelo de equipo en cesión de uso	Marca del Producto	SI	DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO	SI	45.00	67,500.000
CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS										DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO	PRECIO TOTAL S/.	67,500.000
Cuenta con Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico (S - No)										SI		
Cuenta con Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento CBPA (SI - No)										SI		
Cuenta con Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario Vigente (SI - No)										SI		
Cuenta con Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura CBPM (SI - No)										SI		
Cuenta con Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPT) (SI - No)										SI		
Cumple al 100% con las Características Técnicas, denominación y descripción del ítem (SI - No)										SI		

EQUIPO Y ACCESORIOS DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CONSIDERACIONES GENERALES:

RAZÓN SOCIAL: PAX IMPORTACIONES EIRL
RUC: 20610035541
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO
PLAZO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO): SEGUN ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
FORMA DE PAGO: CRÉDITO
PLAZO DE GARANTÍA: 12 MESES
NOTA: SE CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO: ANDRÉ MORA
N° DE TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO: 973728962
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: comercial4@paximportaciones.com

PAX IMPORTACIONES EIRL
André Mora
Asesor Comercial
RUC: 20610035541



RUC N° 20610035541

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.**

Domiciliado en: CALIGNACIO MERINO NRO. 580 DPTO. 202 URB. SANTA CRUZ LIMA - LIMA -
MIRAFLORES (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia

: Desde 03/05/2023

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia

: Desde 01/10/2022

FECHA IMPRESIÓN: 03/05/2023**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

Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda

Número de RUC:

20610035541 - PAX IMPORTACIONES E.I.R.L.

Tipo Contribuyente:

EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA

Nombre Comercial:

PAX IMPORTACIONES

Fecha de Inscripción:

24/09/2022

Fecha de Inicio de Actividades:

28/09/2022

Estado del Contribuyente:

ACTIVO

Condición del Contribuyente:

HABIDO

Domicilio Fiscal:

CAL.IGNACIO MERINO NRO. 580 DPTO. 202 URB. SANTA CRUZ LIMA - LIMA - MIRAFLORES

Sistema Emisión de Comprobante:

COMPUTARIZADO

Actividad Comercio Exterior:

SIN ACTIVIDAD

Sistema Contabilidad:

COMPUTARIZADO

Actividad(es) Económica(s):

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

Secundaria 1 - 4659 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO

Secundaria 2 - 4649 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS ENSERES DOMÉSTICOS

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

NINGUNO



“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION
DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”
“MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ”

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	N°006-2024-GOREMAD-HSR-UL-OEC			
		Fecha	25-10-2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO			
		RUC	20350526073			
		Dirección	JR. CAJAMARCA NRO. 171 MADRE DE DIOS - TAMBOPATA - TAMBOPATA			
		Teléfono(s)	969738129 (Unidad de Logística)			
		Correo electrónico	Cristian_vilca_0106@hotmail.com			
		Persona de contacto	CRISTIAN FRANCISCO MAMANI VILCA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CONSATEK MEDICAL S.A.C			
		RUC	20606507250			
		Dirección	CAL.GERMAN SCHREIBER NRO. 276 INT. T-03 URB. SANTA ANA LIMA - LIMA - SAN ISIDRO			
		Teléfono(s)	(01) 480- 0364			
		Correo electrónico	ventas@consatek.com.pe			
		Representante o persona de contacto	MARIO NIETO CASTILLO			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS			
		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						



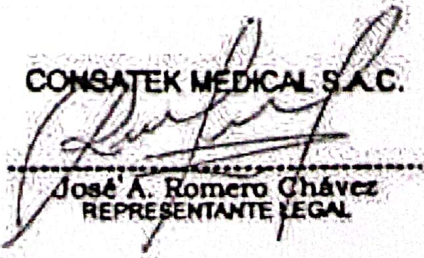
Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	25-10-2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/.67,800.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	RNP, CONSULTA RUC, FOLLETO, AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, B PDT	
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>CONSATEK MEDICAL S.A.C.</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>..... José A. Romero Chávez REPRESENTANTE LEGAL</p>		



“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”
“MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ”

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	25-10-2024
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 KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGION DE MADRE DE DIOS
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ S/.67,800.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	RNP, CONSULTA RUC, FOLLETO, AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, BPDT
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;">CONSATEK MEDICAL S.A.C.  José A. Romero Chávez REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: center;">Nombre, firma y sello del proveedor</p>	



SEÑORES	HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO
FECHA	25/10/2024
DATOS DEL PROVEEDOR	
RAZÓN SOCIAL	CONSATEK MEDICAL SAC
DIRECCIÓN	CAL GERMAN SCHREIBER NRO. 276 INT. T-03 URB. SANTA ANA LIMA - LIMA - SAN ISIDRO
TELÉFONO (S)	(01) 480- 0364
EMAIL	ventas@consatek.com.pe
VIGENCIA DE LA OFERTA	30 días
	RUC 20606507250

DATOS DEL CONTACTO	
NOMBRE	MARIO NIETO CASTILLO
CARGO	ASESOR COMERCIAL
CELULAR	973119704
RPM / RPC / ENTEL	973119704
EMAIL	mario.nieto@consatek.com.pe

N° ITEM	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM		REQUERIMIENTOS MÍNIMOS						VALOR TOTAL A OFERTAR S/.
	DENOMINACION	UM	CANTIDAD	Cumplir con las Especificaciones Técnicas	Marca del Producto	Modelo de equipo en cesion de uso	Procedencia	SEGUN REQUERIMIENTOS	
01	KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA	DET	1,500	SI	Guangzhou Wondfo Biotech Co	BGA-102	CHINA	SI	67,800.000
CUMPLE AL 100% CON LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, DENOMINACION Y DESCRIPCION DEL ÍTEM (SI - NO)									DE ACUERDO A LAS EETT
Cuenta con Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico (SI - No)									SI
Cuenta con Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento CBPA (SI - No)									SI
Cuenta con Registro Sanitario o Vigente (SI - No)									SI
Cuenta con Certificado de Buenas Practicas de Manufactura CBPM (SI - No)									SI
Cuenta con Certificado de Buenas Practicas de Distribucion y Transporte (BPDT) (SI - No)									SI
Plazo de Entrega									DE ACUERDO A LAS EETT
PRECIO UNITARIO A OFERTAR S/.									45.20
VALOR TOTAL A OFERTAR S/.									67,800.000
TOTAL S/.									67,800.000

CONDICIONES:
RAZÓN SOCIAL: CONSATEK MEDICAL S.A.C
RUC: 20606507250
VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN: 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA
FORMA DE PAGO: CREDITO COMERCIAL
PRECIOS INCLUYEN IGV, IMPUESTOS Y TRANSPORTE/ DELIVERY
GARANTIA: 12 MESES
NOTA: SE CUMPLE CON LAS EETT

CONSATEK MEDICAL
MARIO NIETO CASTILLO
ASESOR COMERCIAL

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

CONSATEK MEDICAL S.A.C.

Domiciliado en: CAL.GERMAN SCHREIBER NRO. 276 INT. T-03 URB. SANTA ANA LIMA - LIMA -
SAN ISIDRO (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia

: Desde 11/03/2021

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia

: Desde 11/03/2021

FECHA IMPRESIÓN: 08/11/2024

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

Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda

Número de RUC:

20606507250 - CONSATEK MEDICAL S.A.C.

Tipo Contribuyente:

SOCIEDAD ANONIMA CERRADA

Nombre Comercial:

CONSATEK

Fecha de Inscripción:

14/09/2020

Fecha de Inicio de Actividades:

21/09/2020

Estado del Contribuyente:

ACTIVO

Condición del Contribuyente:

HABIDO

Domicilio Fiscal:

CAL.GERMAN SCHREIBER NRO. 276 INT. T-03 URB. SANTA ANA LIMA - LIMA - SAN ISIDRO

Sistema Emisión de Comprobante:

COMPUTARIZADO

Actividad Comercio Exterior:

IMPORTADOR/EXPORTADOR

Sistema Contabilidad:

COMPUTARIZADO

Actividad(es) Económica(s):

Principal - 3312 - REPARACIÓN DE MAQUINARIA

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

Secundaria 2 - 4652 - VENTA AL POR MAYOR DE EQUIPO, PARTES Y PIEZAS ELECTRÓNICOS Y DE TELECOMUNICACIONES

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

GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
HOSPITAL SANTA ROSA

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



REQUERIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**ADQUISICION DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES
ARTERIALES,ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA,
CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA
DE PUERTO MALDONADO, DISTRITO Y PROVINCIA DE TAMBOPATA,
REGIÓN DE MADRE DE DIOS**

DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Adquisición de kit de pruebas para Gases Arteriales, Electrolitos, Metabolitos y Cooximetria, con equipo en cesión de uso para el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, Distrito y Provincia de Tambopata, Región de Madre de Dios

FINALIDAD PÚBLICA¹:

Atención con calidad y oportunidad de pacientes de emergencia, unidades críticas e intermedias de hospitalización, hospitalizados y consultorios externos, para análisis de pruebas de gases arteriales, electrolitos, metabolitos y cooximetria.

ANTECEDENTES:

El Servicio de Bioquímica viene realizando a la fecha el procesamiento de pruebas de Gases Arteriales, Electrolitos, Metabolitos y Cooximetria a los pacientes de emergencia, salas de hospitalización y los que acuden por consultorios externos al Hospital Santa Rosa.

OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN:

a. Objetivo General:

El presente proceso tiene por objeto la adquisición de reactivos de Adquisición de kit de pruebas para Gases Arteriales, Electrolitos, Metabolitos y Cooximetria, con equipo en cesión de uso para el hospital santa rosa de puerto Maldonado, Distrito y Provincia de Tambopata, Región de Madre de Dios, para satisfacer la demanda de pruebas gases arteriales, electrolitos, metabolitos y cooximetria, solicitados a los pacientes que acuden para su atención al Hospital Santa Rosa

¹ De acuerdo con el artículo 16 de la Ley, concordado con el artículo 8 del Reglamento, las especificaciones técnicas, los términos de referencia o el Expediente Técnico, que integran el requerimiento, contienen la descripción objetiva y precisa de las características y/o requisitos funcionales relevantes para cumplir la finalidad pública de la contratación.



GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
HOSPITAL SANTA ROSA

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



REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS,
METABOLITOS Y COOXIMETRIA

CANTIDAD: 1,500

UNIDAD DE MEDIDA: DETERMINACION

DESCRIPCION GENERAL:

CON (01) EQUIPO EN CESIÓN DE USO INCLUIDO.

DENOMINACION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	DESCRIPCION
KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRIA	DET	1,500	<p>PRESENTACIÓN: Reactivo para la determinación de Gases Arteriales, Electrolitos (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻), Glucosa, Lactato y Oximetría.</p> <p>MUESTRA BIOLÓGICA: Sangre total heparinizada, suero.</p> <p>METODOLOGÍA: Fotometría, Potenciometría, ISE, Amperometría, Medición Electroquímica.</p> <p>TIEMPO DE EXPIRACION: No menor de 06 meses a partir de la fecha de entrega adjuntando carta de compromiso de canje</p> <p>ACCESORIOS: controles, calibradores y complementos de acuerdo a la metodología, además de soluciones y complementos de limpieza, cintas y papel de impresión.</p>





GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
HOSPITAL SANTA ROSA

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

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS ASOCIADOS (ANALIZADOR AUTOMATIZADO DE KIT DE PRUEBAS PARA GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS, METABOLITOS Y COOXIMETRÍA - 01 UNIDAD)	
TIPO	01 (UNO) Analizador de flujo Continuo.
METODOLOGÍA	Fotometría, potenciometría, ISE y Amperometría.
RENDIMIENTO	Igual o mayor a 20 pruebas / hora , panel completo.
CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS	Determinación directa de Gases Arteriales, Ph, Pco2, Po2, Hb, SO2%. Calibración de pCO2 y pO2 con gas en forma gaseosa trazable a estándares primarios NIST Determinación directa de Metabolitos Glucosa, Lactato. Determinación de Co-oximetría (thb, SO2, O2Hb, HHb, COHb y MetHb). Procesamiento de Electrolitos en viales sin uso de adaptadores. Paquete de control de calidad automatizado abordo o en ampollas de forma automática Con vía de flujo visible para la detección oportuna de obstrucciones o cámara de medición. Modo micromuestra para todos los parámetros en simultáneo no mayor a 100 uL. Analizador con capacidad de medir Ph en líquido pleural. Módulo incorporado con capacidad de procesar 3 o más jeringas en simultáneo
MUESTRA	Sangre Arterial y venosa en jeringa heparinizada, suero, plasma y sangre total en capilares heparinizados.
REACTIVO	Set de calibradores o frascos individuales para el dosaje de gases arteriales (pH, pCO2, pO2), electrolitos (Na, K, Cl, Ca iónico), Metabolitos (Glucosa, lactato) y COO-oximetría (tHb, SO2, O2Hb, HHb, COHb y MetHb).
ACCESORIOS	SUMINISTRO DE ENERGÍA: Con UPS en línea, con autonomía mínima de 30 minutos. SISTEMA DE COMPUTO: CPU, Teclado y monitor
PROCESAMIENTO DE DATOS	HARDWARE Unidad de control con una computadora. Resultados en pantalla y con impresora de resultados en papel común o láser. Lector de código de barras interno para identificación de muestras, reactivos, controles y calibradores. SOFTWARE Con software entorno a Windows o semejante, amigable que maneje base de datos de pacientes (su identificación y sus resultados) y módulo de control de calidad. Con interfaz o capacidad de conexión al sistema informático del laboratorio, el cual debe de realizarse desde el inicio de su funcionamiento.
SOPORTE TÉCNICO: MANTENIMIENTO DEL EQUIPO	Mantenimiento Preventivo: Mantenimiento debe ser a intervalo de 4 meses (Obligatorio), especificando los procedimientos a realizar de acuerdo a las recomendaciones del fabricante e incluye los repuestos sin costo adicional y culmina con la entrega de constancia respectiva. Mantenimiento Correctivo: Atención de servicio técnico de mantenimiento durante las 24 h y los 7 días de la semana. Protocolo de Fábrica de Mantenimiento de usuario. Personal tecnólogo Médico y de ingeniería con certificación o constancia de la casa matriz, con certificación o constancia no menor a 01 año. Atención de mantenimiento correctivo en un tiempo no mayor a 3 horas de haber emitido la comunicación por vía telefónica al ingeniero o representante de la empresa proveedora.
REACTIVOS, CONSUMIBLES CONTROLES COMPLETOS	Y En el caso de los reactivos, se consideran pruebas efectivas. Lotes de reactivos y controles deben perdurar como mínimo 3 meses en relación de un nuevo lote. Todos los materiales, consumibles y accesorios que se requiera para la realización de la prueba, los que deberán ser entregados en forma periódica, oportuna,





GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS HOSPITAL SANTA ROSA

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



		<p>acompañado la entrega de los reactivos en cantidad suficiente, que de acuerdo al protocolo de la metodología, permita la realización completa de las pruebas efectivas.</p> <p>Calibradores: Proporcionar material de calibración para todo el pedido de compra, en cantidad suficiente que permita la realización total de las pruebas, de acuerdo al protocolo de la metodología analítica. Debe perdurar como mínimo 3 meses en relación de un nuevo lote.</p> <p>Control de Calidad Interno</p> <p>Control de Calidad Externo</p> <p>Soluciones y complementos de limpieza: En cantidad suficiente que permita la realización total de las pruebas solicitadas, calibraciones y lavados adicionales, requeridos de acuerdo a la metodología de trabajo.</p> <p>ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO: Equipo con una antigüedad no mayor de 3 años, presentar documento único de aduana (DUA) y Documentación del fabricante.</p>
INSTALACIÓN FUNCIONAMIENTO	Y	<p>Asegurar la correcta instalación y funcionamiento del equipo en el área seleccionada. Debe garantizar las condiciones óptimas del ambiente donde funcione el equipo, condiciones de humedad, temperatura ambiental, aire acondicionado, electricidad, y demás características requeridas para el buen funcionamiento según las especificaciones del fabricante del equipo. Tiempo no mayor a lo indicado según a los factores de evaluación contados a la fecha de emitida la orden (debe presentar cronograma de mantenimiento preventivo del equipo).</p> <p>Presentar certificado de Instalación y calibración del equipo. Tiempo no mayor a 7 días de instalado y calibrado el equipo.</p>
ASESORIA CAPACITACIONES	Y	Brindar capacitaciones certificadas, en el manejo del equipo, mantenimiento a nivel de usuarios, uso adecuado y conservación de reactivos, controles y calibradores a todo el personal que procesa las muestras con el reactivo solicitado.

REQUERIMIENTO ANUAL 2024						
ITEM	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	STOCK	CONSUMO POR 3 MESES	CONSUMO PROMEDIO	CANTIDAD REQUERIDA PARA EL 2024
1	LICITACIÓN DE EQUIPO EN CESIÓN DE USO PARA EQUIPO AGA					
1.1	Prueba efectivas de gases arteriales y electrolitos PRUEBAS	UNID	0	3000	5000	1,500

CRONOGRAMA DE ENTREGAS: CADA 2 MESES

ENTREGA 1	TOTAL
1,500,DET	1,500 DET



**GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
HOSPITAL SANTA ROSA**

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



PLAZO DE ENTREGA:

Primera Entrega

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en el plazo de 05 días calendarios, contados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra y/o firma del contrato, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

Demás entregas: Deberá realizarse como máximo dentro de los 05 días calendario desde la recepción de la orden de compra según cronograma de entrega, previa solicitud del área usuarias.

Conformidad

Será dada por el jefe del departamento de patología clínica y anatomía patológica.

FORMA DE PAGO:

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en **PAGO ÚNICO** según al cronograma de entrega.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén Especializado de Medicamentos del Hospital Santa Rosa.
- Informe del funcionario responsable del Almacén Especializado de Medicamentos del Hospital Santa Rosa emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Factura y/o Comprobante de pago (original, SUNAT y copia).
- Guía de Remisión (original y copia).
- Cualquier otra documentación o información a fin al bien adquirido, que sea solicitada por la Unidad de Logística.



PENALIDADES APLICABLES:

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{monto vigente} \\ \times \text{F} \times \text{plazo vigente en días}$$

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [UN (1)] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

REQUISITOS OBLIGATORIOS:

- Resolución Directoral del Registro Sanitario o Certificado del Registro Sanitario vigente, el Registro Sanitario debe ser a nombre del fabricante, además deberá adjuntar la autorización del fabricante para la comercialización de sus productos a nombre del postor. Cuando corresponda.
- Certificado de Análisis emitido por el fabricante en su propio formato o Protocolo de análisis emitido por entidades acreditadas en el país para productos nacionales; de corresponder.



REQUISITOS DE CALIFICACIÓN OBLIGATORIO