



Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe		COMPRE-SM-8-2024 UERSSAF/OEC-7	
		Fecha de informe		21/06/2024	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIOS DE DOTACION DE FORMATERIA PARA LA HISTORIA CLINICA FORMATOS E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA - RED SALUD DE SAN FRANCISCO.		
3	<b>Antecedentes</b> <p>Que mediante el INFORME N° 000084-2024-GRA/GG-GRDS-DRSA-REDSFCO-DSP-UAS es derivado a este despacho de la unidad de abastecimiento y servicios auxiliares el plan de trabajo para SERVICIOS DE DOTACION DE FORMATERIA PARA LA HISTORIA CLINICA FORMATOS E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA - RED SALUD DE SAN FRANCISCO, razón por la cual el responsable de adquisiciones realiza la indagación del mercado como resultado concluye que el plan corresponde a un procedimiento de selección COMPARACION DE PRECIO ya que cumple las tres condiciones como el inmediato y fáciles de obtener en el mercado y que no fabrican o producen.</p>				
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 las indagaciones del mercado se tiene el objeto de contratación de bienes con disponibilidad inmediata existen proveedores del rubro para cumplir la necesidad de los bienes solicitados.				
	b. Fáciles de obtener en el mercado			x	
	Para el mencionado producto hay existencia de postores por lo que cumplen con la pluralidad el objeto de la contratación.				
	c. Se comercializa bajo una oferta estándar establecida por el mercado.			x	
Se advierte que las ofertas para el bien están estandarizadas y son comercializados en el mercado local y nacional.					
<b>Nota:</b> De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.					
5	Observaciones				
6	 GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO U.E. RED DE SALUD SAN FRANCISCO  CPC WILBER BAUTISTA TARQUI JEFE DE ABASTECIMIENTO S.A.				
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				



PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección Regional  
de SaludUE. Red de Salud  
San FranciscoUNIDAD DE ABASTECIMIENTO Y  
SERVICIOS AUXILIARES

DÍA	MES	AÑO
21	06	2024

## SOLICITUD DE COTIZACION

Sr. (es):	NESTOR QUISPE CCARHUAS	RUC:	10428952231
Dirección:	AV. USCO N° 520 Kimbiri	TELEF:	999 859 994
	La Convención - Cusco	Email:	graficaemanuelvrae@hotmail.com
Entidad:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO		
Referencia:	INFORME N° 0084-2024-GRA/GG-GRDS-DRSA-REDSFCO-DSP-UAS		
Descripción:	DONTACION DE FORMATERIA PARA LAS HISTORIAS CLINICAS FORMATO E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HC.		
SIRVASE HACERNOS LLEGAR SU COTIZACION PARA LA COMPRA DE DETECTOR DE LATIDOS FETALES			

ARTICULOS			PRECIOS	
CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	UNITARIO	TOTAL
	SERVICIO	SERVICIO DE FORMATERIA E INFORMES DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTOS DE LA HISTORIAS CLINICAS DE DIVERSOS FORMATOS. 9500 UNID. FORMATO DE MONITOREO Estricto DE FUNCIONES VITALES 6055 UNID. FORMATO PARA PEGADO DE RECETAS 6000 UNID. FORMATO DE ECOGRAFÍA OBSTETRICIA 6700 UNID. FORMATO GRAFICA FUNCIONES VITALES 4100 UNID. FORMATO FUNCIONES VITALES 4100 UNID. FORMATO DE MONITOREO DE FUNCIONES VITALES 3200 UNID. FORMATO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD MEDICO 2500 UNID. FORMATO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD SALIDA 14000 UNID. FORMATO DE PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO 4000 UNID. FORMATO DE SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES/ CONSENTIMIENTO INF. 2000 UNID. FORMATO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA 2000 UNID. FORMATO DE REGISTRO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN URPA 2000 UNID. FORMATO DE EVALUACIÓN DE ANESTESIA PREOPERATIVA 2000 UNID. FORMATO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE INSUMOS E INSTRUMENTALES 2000 UNID. FORMATO DE REGISTRO DE LLEGADAS DE RECEPCIÓN DE USUARIOS QUIRÚRGICO 2000 UNID. FORMATO DE REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD ESTERILIDAD 95000 UNID. FORMATO DE CONSULTAS EXTERNAS 372 MILLAR FORMATO SOLICITUD DE PEDIDOS DE LABORATORIO BLOCK X 100 90 MILLAR FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO HEMATOLOGÍA BLOCK X 100 370 MILLAR FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO BIOQUIMICA BLOCK X 100 390 MILLAR FORMATO RESULTADO DE INMUNOSEROLOGIA BLOCK X 100 110 MILLAR FORMATO REPORTE DE RESULTADOS DE SECRECION VAGINAL BLOCK X 100 110 MILLAR FORMATO REPORTE DE RESULTADO DE URIANALISIS BLOCK X 100 48 MILLAR FORMATO REPORTE DE RESULTADOS DE EXAMEN COMPLETO DE GESTANTE BLOCK X 100 1050 UNID. INFORME MEDICO 1000 UNID. INFORME ECOGRAFICO ABDOMINAL 5000 UNID. INFORME ECOGRAFICO ABDOMINAL 3000 UNID. INFORME ECOGRAFICO ABDOMINAL 1000 UNID. INFORME ECOGRAFICO PROSTATA 1000 UNID. INFORME ECOGRAFICO RENO VESICAL 1000 UNID. INFORME ECOGRAFICO MUSCULO ESQUELETICO  SE ADJUNTA ESPECIFICACIONES TECNICAS: CONDICIONES :		64,198.00
			TOTAL	64,198.00


Validez de Oferta:	15 días	Forma de Pago:	
Plazo de Entrega:	85 días		
Precio Incluye I.G.V.:			

Declaro haber revisado la información adjunta y cumplo con los ET.  
RNP vigente (obligatorio para montos mayores a 1 UIT ó S/ 5,150.00)

CPC. WILBER BAUTISTA TARQUI  
JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S ABACH. ROGER L. VARRANGA LAURENTE  
Responsable de AdquisicionesNESTOR QUISPE CCARHUAS  
DNI 42895223

FIRMA DEL PROVEEDOR

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	21 de Junio del 2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	DONTACION DE FORMATERIA PARA LAS HISTORIAS CLINICAS FORMATO E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HC.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	64,198.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso		
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 align="center">  <b>GRAFICA MANUEL</b>  <small>RUC 1082895223</small>    <b>NÉSTOR QUISPE CCARHUAS</b>  <small>DNI 87895723</small> </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

## ANEXO Nº 2

### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS TREMINOS DE REFERENCIA - TDR

Señores

Presente. -

**Atención:** Unidad de Abastecimiento

#### Referencia:

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las especificaciones técnicas (EE.TT.) proporcionadas por la Unidad de Abastecimiento para la EL DONTACION DE FORMATERIA PARA LAS HISTORIAS CLINICAS FORMATO E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HISTORIAS CLICAS DE DIVERSOS FORMATOS, el suscrito declara que cumple con todos los requerimientos técnicos mínimos de los bienes requeridos y todas condiciones que se detallan en las TDR., para lo cual preciso lo siguiente:

Plazo de entrega: 25 días  
Lugar de entrega: San Francisco  
Forma de pago: Banco de la Nación CCI  
Validez de la oferta: 30 días calendario.

Asimismo, declaro que para los fines comerciales los datos de mi representada son los siguientes:

Nombre, Denominación o Razón Social:	NESTOR QUISPE CCARHUAS		
Domicilio Legal:	AV. CAJCO Nº 520 Kimbiri - La Convención - CUSCO		
RUC:	10428952231	Teléfono(s):	999 859 994
Correo electrónico:	graficaemmanuel_vrae@hotmail.com		
Persona de contacto:			

Ayna, 21 de junio del 2024



Firma y sello del representante legal



RUC N° 10428952231

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES  
CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

QUISPE CCARHUAS NESTOR

Domiciliado en: CUSCO - LA CONVENCIÓN - QUIMBIRI (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES	
Vigencia	: Desde 21/09/2016
PROVEEDOR DE SERVICIOS	
Vigencia	: Desde 21/09/2016

FECHA IMPRESIÓN: 25/06/2024

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

Retornar

Imprimir





PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección Regional  
de SaludU.E. Red de Salud  
San FranciscoUNIDAD DE ABASTECIMIENTO Y  
SERVICIOS AUXILIARES

DIA	MES	AÑO
21	06	2024

## SOLICITUD DE COTIZACION

Sr. (es):	David Quispe Escalante	RUC:	10283172002
Dirección:	Asoc. Sarita Colonia "KJ" Lote 21 Ayacucho Huamanga.	TELEF:	994486965
Entidad:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO		
Referencia:	INFORME N° 0084-2024-GRA/GG-GRDS-DRSA-REDSFCO-DSP-UAS		
Descripción:	DONTACION DE FORMATERIA PARA LAS HISTORIAS CLINICAS FORMATO E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HC.		
SIRVASE HACERNOS LLEGAR SU COTIZACION PARA LA COMPRA DE DETECTOR DE LATIDOS FETALES			


ARTICULOS			PRECIOS	
CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	UNITARIO	TOTAL
	SERVICIO	SERVICIO DE FORMATERIA E INFORMES DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTOS DE LA HISTORIAS CLINICAS DE DIVERSOS FORMATOS. 9500 UNID. FORMATO DE MONITOREO Estricto de Funciones Vitales 6065 UNID. FORMATO PARA PEGADO DE RECETAS 6000 UNID. FORMATO DE ESCOGRAFIA OBSTETRICIA 6700 UNID. FORMATO Grafica Funciones Vitales 4100 UNID. FORMATO Funciones Vitales 4100 UNID. FORMATO DE MONITOREO DE Funciones Vitales 3200 UNID. FORMATO DE EXHONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD MEDICO 2500 UNID. FORMATO DE EXHONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD SALIDA 14000 UNID. FORMATO DE PROCEDIMIENTO RADIOLOGICOS 4000 UNID. FORMATO DE SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES/ CONSENTIMIENTO INFORMADO 2000 UNID. FORMATO DE LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA 2000 UNID. FORMATO DE REGISTRO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN URPA 2000 UNID. FORMATO DE EVALUACIÓN DE ANESTESIA PREOPERATIVA 2000 UNID. FORMATO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE INSUMOS E INSTRUMENTALES 2000 UNID. FORMATO DE REGISTRO DE LLEGADAS DE RECEPCIÓN DE USUARIOS QUIRURGICO 2000 UNID. FORMATO DE REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD ESTERILIDAD 95000 UNID. FORMATO DE CONSULTAS EXTERNAS DUPLEX 372 MILLARES FORMATO SOLICITUD DE PEDIDOS DE LABORATORIO A5 90 MILLARES FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO HEMATOLOGIA 370 MILLARES FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO BIOQUIMICA 390 MILLARES FORMATO RESULTADO DE INMUNOSEROLOGIA 110 MILLARES FORMATO REPORTE DE RESULTADOS DE SECRECION VAGINAL 110 MILLARES FORMATO REPORTE DE RESULTADO DE URINALISIS 48 MILLARES FORMATO REPORTE DE RESULTADOS DE EXAMEN COMPLETO DE GESTANTE 1050 UNID. INFORME MEDICO 1000 UNID. INFORME ECOGRÁFICO ABDOMINAL 5000 UNID. INFORME ECOGRÁFICO ABDOMINAL 3000 UNID. INFORME ECOGRÁFICO ABDOMINAL 1000 UNID. INFORME ECOGRÁFICO PROSTATA 1000 UNID. INFORME ECOGRÁFICO RENO VESICAL 1000 UNID. INFORME ECOGRÁFICO MUSCULO ESQUELETICO - PÁRTE BLANDAS SE ADJUNTA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: CONDICIONES :	65,321.00	65,321.00
			TOTAL	65,321.00

Validez de Oferta:	15 días	Forma de Pago:	
Plazo de Entrega:	30 días		
Precio Incluye I.G.V.:			

Declaro haber revisado la información adjunta y cumulo con los ET.  
RNP vigente (obligatorio para montos mayores a 1 UIT ó S/ 5,150.00)

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO  
U.E 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCOCPC. WILBER BAUTISTA TARQUI  
JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.AGOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO  
U.E 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCOBACH. ROGER L. YARANGA LAURENTE  
Responsable de AdquisicionesZarek multiservicios  
R.U.C. N° 10283172002David Quispe Escalante  
FIRMA DEL PROVEEDOR

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	21 de Junio del 2024	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	DONACION DE FORMATERIA PARA LAS HISTORIAS CLINICAS FORMATO E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HC.
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple <input checked="" type="checkbox"/>
			No cumple <input type="checkbox"/>
	2.3	Monto total cotizado	65,321.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	
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 align="center">  <p>.....</p> <p><u>David Quispe Escalante</u></p> </div> <p align="center"><b>Nombre, firma y sello del proveedor</b></p>		



RUC N° 10283172002

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**  
**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN**  
**PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA**  
**QUISPE ESCALANTE DAVID WILFREDO**

Domiciliado en: AYACUCHO - HUAMANGA - AYACUCHO (Según información declarada en la SUNAT)

*Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:*

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 02/10/2019

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 02/10/2019

FECHA IMPRESIÓN: 25/06/2024

**Nota:**

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

Retornar

Imprimir





PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección Regional  
de SaludU.E. Red de Salud  
San FranciscoUNIDAD DE ABASTECIMIENTO Y  
SERVICIOS AUXILIARES

DIA	MES	AÑO
21	06	2024

## SOLICITUD DE COTIZACION

Sr. (es):	Milton Gómez Bautista	RUC:	10425148635
Dirección:	B.O. San Luis Tinajeras Mz F" Lte. 7	TELEF:	993 816 220
		Email:	tomgobau23@gmail.com
Entidad:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO		
Referencia:	INFORME N° 0084-2024-GRA/VG-GRDS-DRSA-REDSFCO-DSP-UAS		
Descripción:	DONTACION DE FORMATERIA PARA LAS HISTORIAS CLINICAS FORMATO E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HC.		
SIRVASE HACERNOS LLEGAR SU COTIZACION PARA LA COMPRA DE DETECTOR DE LATIDOS FETALES			

ARTICULOS			PRECIOS	
CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	UNITARIO	TOTAL
	SERVICIO	SERVICIO DE FORMATERIA E INFORMES DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTOS DE LA HISTORIAS CLINICAS DE DIVERSOS FORMATOS. 9500 UNIDADES FORMATO DE MONITOREO Estricto de funciones vitales 6055 UNIDADES FORMATO PARA PEGADO DE RECETAS 6000 UNIDADES FORMATO DE ESCOGRAFIA OBSTETRICIA 6700 UNIDADES FORMATO Grafica funciones vitales 4100 UNIDADES FORMATO Funciones vitales 4100 UNIDADES FORMATO DE MONITOREO DE FUNCIONES VITALES 3200 UNIDADES FORMATO DE EXHONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD MEDICO 2500 UNIDADES FORMATO DE EXHONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD SALIDA 14000 UNIDADES FORMATO DE PROCEDIMIENTO RADIOLOGICOS 4000 UNIDADES FORMATO DE SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES/ CONSENTIMIENTO INFORMADO 2000 UNIDADES FORMATO DE LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA 2000 UNIDADES FORMATO DE REGISTRO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN URPA 2000 UNIDADES FORMATO DE EVALUACIÓN DE ANESTESIA PREOPERATIVA 2000 UNIDADES FORMATO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE INSUMOS E INSTRUMENTALES 2000 UNIDADES FORMATO DE REGISTRO DE LLEGADAS DE RECEPCIÓN DE USUARIOS QUIRURGICO 2000 UNIDADES FORMATO DE REGISTRO DE CONTROL DE CALIDADA ESTERILIDAD 95000 UNIDADES FORMATO DE CONSULTAS EXTERNAS DUPLEX 372 UNIDADES FORMATO SOLICITUD DE PEDIDOS DE LABORATORIO A5 90 UNIDADES FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO HEMATOLOGIA 370 UNIDADES FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO BIOQUIMICA 390 MILLARES FORMATO RESULTADO DE INMUNOSEROLOGIA 110 UNIDADES FORMATO REPORTE DE RESULTADOS DE SECRECION VAGINAL 110 UNIDADES FORMATO REPORTE DE RESULTADO DE URINALISIS 48 UNIDADES FORMATO REPORTE DE RESULTADOS DE EXAMEN COMPLETO DE GESTANTE 1050 UNIDADES INFORME MEDICO 1000 UNIDADES INFORME ECOGRÁFICO ABDOMINAL 5000 UNIDADES INFORME ECOGRÁFICO ABDOMINAL 3000 UNIDADES INFORME ECOGRÁFICO ABDOMINAL 1000 UNIDADES INFORME ECOGRÁFICO PROSTATA 1000 UNIDADES INFORME ECOGRÁFICO RENO VESICAL 1000 UNIDADES INFORME ECOGRÁFICO MUSCULO ESQUELETICO - PÁRTE BLANDAS  SE ADJUNTA ESPECIFICACIONES TECNICAS: CONDICIONES:		64,500.00
			TOTAL	64,500.00

Validez de Oferta:	15 días	Forma de Pago:	
Plazo de Entrega:	28 días		
Precio Incluye I.G.V.:			



Declaro haber revisado la información adjunta y cumplo con los ET.  
RNP vigente (obligatorio para montos mayores a 1 UIT ó S/ 5,150.00)

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO  
U.E. 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCO  
  
CPC WILBER BAUTISTA TARQUI  
JEFE DE ABASTECIMIENTO I.S.A.

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO  
U.E. 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCO  
  
BACH. ROGER L. YARANGA LAURENTE  
Responsable de Adquisiciones

FIRMA DEL PROVEEDOR  
RUC: 10425148635

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	21 de Junio del 2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	DONTACION DE FORMATERIA PARA LAS HISTORIAS CLINICAS FORMATO E IMPRESIÓN DE MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE LA HC.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	64,500.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso		
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	  Milton Gómez Bautista RUC. 10425148635		
Nombre, firma y sello del proveedor			

**Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3**

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