



### **CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES**


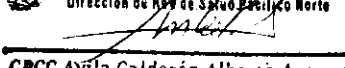
LA MEJOR OFERTA ES DE : CORPORACION LUVAD E.I.R.L., CON 20606813212, POR EL MONTO DE S/.48100

[illegible]

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	1			
		Fecha	01/06/2023			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	<b>DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE</b>			
		RUC	20569238537			
		Dirección	<b>AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I</b>			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	<u>adquisiciones@rspnorte.gob.pe</u>			
		Persona de contacto	<u>adquisiciones@rspnorte.gob.pe</u>			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	AINHOA MEDIC E.I.R.L.			
		RUC	20606520019			
		Dirección	JR. CAMANA 390 CERCADO – LIMA – LIMA			
		Teléfono(s)	999961630			
		Correo electrónico	AINHOAMEDICVENTAS@GMAIL.COM			
		Representante o persona de contacto	GABRIEL AGUSTIN BARRIOS CARLOS			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	BIEN			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia	
<b>5</b>	<b>Información complementaria</b>					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
<b>6</b>	<div align="center">  <p><b>AINHOA MEDIC E.I.R.L.</b> GABRIEL AGUSTIN BARRIOS CARLOS TITULAR GERENTE</p> </div>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

**FORMATO N° 01**  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CRÉDITO PRESUPUESTARIO**


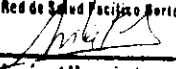
1	NÚMERO Y FECHA DEL DOCUMENTO	Número	14		
		Fecha	14/06/2023		
2	DEPENDENCIA A LA QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD	PRESUPUESTO			
3	DEPENDENCIA QUE SOLICITA	LOGISTICA			
4	DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
5	DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA		Código del proyecto		
6	OBJETO DE LA SOLICITUD	Emisión de la certificación de crédito presupuestario para el ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
7	VALOR REFERENCIAL	MONEDA	Nuevos Soles	X	Dólares
		MONTO	S/ 48,100.00		
8	TIPO DE PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN				
	Licitación Pública		Adjudicación Simplificada		Subasta Inversa Electrónica
	Concurso Público		Selección de Consultores Individuales		Comparación de Precios
					X
EN CASO CORRESPONDA A UNA CONTRATACIÓN DIRECTA, DEBE INDICARSE EL SUPUESTO SEGÚN LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 27 DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO					
	Contratación Directa		Supuesto		
9	DENOMINACIÓN DEL ÁREA USUARIA	JEFE DE UNIDAD DE SEGURO INTEGRAL DE SALUD			
10	NÚMERO DE REFERENCIA EN EL PAC				
11	DURACIÓN APROXIMADA DEL PROCEDIMIENTO				
12	PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN	10 DIAS			
13	TRATÁNDOSE DE EJECUCIONES CONTRACTUALES QUE SE DEVENGUEN TOTAL O PARCIALMENTE EN EL AÑO FISCAL EN QUE SE PRODUCE LA CONVOCATORIA, SE DEBE PRECISAR EL MONTO TOTAL O PARCIAL DE LOS RECURSOS QUE SE REQUIEREN				
	AÑO DE LA CERTIFICACIÓN	2023	MONTO DE LA CERTIFICACIÓN	S/ 48,100.00	
14	TRATÁNDOSE DE EJECUCIONES CONTRACTUALES QUE SUPEREN EL AÑO FISCAL TOTAL O PARCIALMENTE, SE DEBE PRECISAR ADICIONALMENTE EL AÑO O LOS AÑOS SIGUIENTES Y MONTO(S) DE LOS RECURSOS QUE SE REQUIEREN				
	AÑO DEL PRESUPUESTO CORRESPONDIENTE A LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL		MONTO DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL		
	AÑO DEL PRESUPUESTO CORRESPONDIENTE A LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL		MONTO DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL		
15	 <b>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA</b> Dirección Regional de Salud Pública Dirección de Red de Salud Pacífico Norte  <b>CPCC Avila Calderón Albertin Antony</b> JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA <b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>				

**IMPORTANTE:**

La certificación de crédito presupuestario debe contener la fuente de financiamiento y la cadena funcional programática y del gasto. En caso las obligaciones contractuales superen el año fiscal de la convocatoria, la Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces debe emitir una constancia respecto a la previsión de los recursos correspondientes al valor referencial de dicha convocatoria. La citada constancia debe señalar el monto de los recursos programados para tal efecto en el proyecto de presupuesto del año siguiente, las metas previstas y la fuente de financiamiento con cargo a la cual se atenderá su financiamiento. Asimismo, esta debe ser suscrita por el jefe de la Oficina General de Administración y de la Oficina de Presupuesto, o el que haga sus veces en la Entidad.

**Anexo N° 1**

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios						
1	Datos del documento	Número de informe			MEMORANDUN N° -2023-GRA-DIRES-DRSPN-CH-ODI/US,	
		Fecha de informe			CHIMBOTE DE MAYO DEL 2023	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
<b>Antecedentes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que SEGÚN MEMORANDUN N° -2023-GRA-DIRES-DRSPN-CH-ODI/US, con fecha de mayo del 2023, quienes solicitan la adquisición de Insumos para abastecer a los IPRESS de la jurisdicción de la dirección de la red de salud pacifico norte, adjunto el pedido siga y especificaciones técnicas requeridas.</li> <li>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</li> <li>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.</li> <li>Que, habiendo verificado el cumplimiento de dichas condiciones, se determinó que dicho requerimiento cumple con los requisitos para utilizar el proceso de selección de comparación de precios.</li> </ul>						
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"> <li>Se comercializan por diversos proveedores, los cuales se ajustan al requerimiento.</li> <li>Sus actividades están directamente relacionado al objetivo de la contratación</li> <li>Cumple con los plazos de entrega de acuerdo a lo requerido.</li> </ul> <i>Es decir, son de disponibilidad inmediata.</i>					
	b. Fáciles de obtener en el mercado				X	
<i>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 ..</i>						
c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado				X		

	La adquisición solicitada por el área usuaria se verificó que en el estudio realizado se advierte que existe pluralidad de potenciales proveedores, capaces de abastecer el bien requerido.	
d.	Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante	X
	La adquisición solicitada por el área usuaria se verificó que en el estudio realizado se 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	 <b>GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO</b> Dirección Regional de Salud Ayacucho Dirección de Red de Salud Pacífico Sur  <b>CPCC Avila Catderón Albertin Antony</b> JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA	
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**

<b>Solicitud de cotización</b>					
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número			
		Fecha	14/06/2023		
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	<b>DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE</b>		
		RUC	<b>20569238537</b>		
		Dirección	<b>AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I</b>		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico	<u><a href="mailto:adquisiciones@rspnorte.gob.pe">adquisiciones@rspnorte.gob.pe</a></u>		
		Persona de contacto	<u><a href="mailto:adquisiciones@rspnorte.gob.pe">adquisiciones@rspnorte.gob.pe</a></u>		
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	<b>INVERSIONES GENERALES MIJA SAC</b>		
		RUC	<b>20554303812</b>		
		Dirección	<b>CAL. GENERAL JULIAN ARAGUEZ NRO.699 URB PROLONGACIÓN LIMA/LIMA/MIRAFLORES</b>		
		Teléfono(s)	<b>962284411</b>		
		Correo electrónico	<u><a href="mailto:ventas@mijasac.com">ventas@mijasac.com</a></u>		
		Representante o persona de contacto	<b>JAIMES GUERRA MAYRA ALEXANDRA</b>		
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	<b>ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE</b>		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
<b>5</b>	<b>Información complementaria</b>				
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
<b>6</b>	<div style="text-align: center;">   <b>JAIMES GUERRA MAYRA ALEXANDRA</b>              GERENTE GENERAL           </div>				
<b>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</b>					

**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

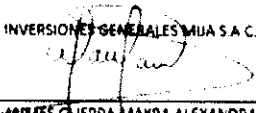
**Anexo N° 3**

**Cotización y declaración jurada del proveedor**

<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	14/06/2023
----------	----------------------------	------------

<b>2</b>	<b>Cotización</b>		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO 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/ 48,750.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO COTIZACION	

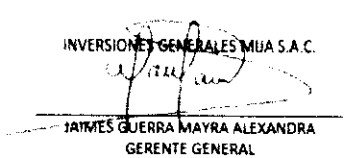
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	

<b>4</b>	<p align="center">   <b>JAYMES GUERRA MAYRA ALEXANDRA</b>              GERENTE GENERAL           </p> <p align="center"><b>Nombre, firma y sello del proveedor</b></p>
----------	---

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

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

**Anexo N° 4**

<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	14/06/2023
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 48,750.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	ADJUNTO PROFORMA
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>	
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
<b>4</b>	 <p><b>Nombre, firma y sello del proveedor</b></p>	

<b>Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4</b>
---

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor





Lima, 13 de Junio del 2023

DE:  
**INVERSIONES GENERALES MIJA S.A.C.**  
RUC: 20554303812  
CAL. GENERAL JULIAN ARIAS ARAGUEZ N° 699 MIRAFLORES –  
LIMA  
ventas@mijasac.com  
918749504

CLIENTE:  
**RED DE SALUD PACIFICO NORTE**  
ATENCION:  
**ÁREA DE ABASTECIMIENTO**

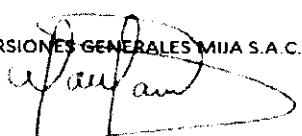
PRESENTE.  
POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE ESTAMOS HACIENDO LLEGAR NUESTRA COTIZACIÓN EN RESPUESTA A SU SOLICITUD.

CANTIDAD	MARCA	DESCRIPCIÓN	PRECIO POR UNIDAD	TOTAL
13000	PORTUGAL	CLORFENAMINA MALEATO 2MG/5ML X 60 ML	3.75	48,750.00
SON: CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA CON 00/100 SOLES				
TOTAL A PAGAR				48,750.00

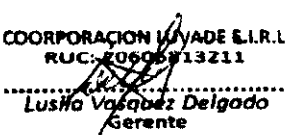
CONDICIONES COMERCIALES:

- PRECIOS INCLUYEN IGV.
- VALIDEZ DE COTIZACIÓN ES DE 15 DÍAS DE SU EMISIÓN, LA COTIZACIÓN NO SEPARA STOCK SIN | CONFIRMACIÓN.
- EL CLIENTE DEBE EMITIR LA ORDEN DE COMPRA A FAVOR DE INVERSIONES GENERALES MIJA S.A.C.
- PLAZO DE ENTREGA 15 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA.
- GARANTÍA DE 12 MESES POR DEFECTO DE FABRICA

INVERSIONES GENERALES MIJA S.A.C.

  
JAIMES GUERRA MAYRA ALEXANDRA  
GERENTE GENERAL

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número				
		Fecha	14/06/2023			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	<b>DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE</b>			
		RUC	<b>20569238537</b>			
		Dirección	<b>AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I</b>			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	<b>adquisiciones@rspnorte.gob.pe</b>			
		Persona de contacto	<b>adquisiciones@rspnorte.gob.pe</b>			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	<b>COORPORACION LUYADE EIRL</b>			
		RUC	<b>20606813211</b>			
		Dirección	<b>JIRON CHANCAY N° 633B DPTO 406 LIMA-LIMA-LIMA</b>			
		Teléfono(s)	<b>922230988</b>			
		Correo electrónico	<b>COORPORACIONLUYADE3030@GMAIL.COM</b>			
		Representante o persona de contacto	<b>LUSILA VASQUEZ DELGADO</b>			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	<b>ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE</b>			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia	x
<b>5</b>	<b>Información complementaria</b>					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
<b>6</b>	<div style="text-align: center;"> <p><b>COORPORACION LUYADE E.I.R.L</b>  <b>RUC: 20606813211</b></p>  <p><b>Lusila Vasquez Delgado</b> Gerente</p> </div>					
<b>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</b>						

**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

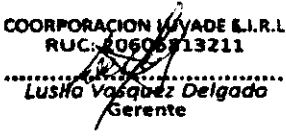
**Anexo N° 3**

**Cotización y declaración jurada del proveedor**

<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	14/06/2023
----------	----------------------------	------------

2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMEINTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFCIO 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/ 48,100.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO COTIZACION		

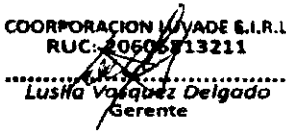
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>

<b>4</b>	<p align="center"> <b>COOPERACION VIVADE S.R.L</b>  <b>RUC: 20606713211</b>    <b>Lusila Vasquez Delgado</b>  <b>Gerente</b> </p> <p align="center"><b>Nombre, firma y sello del proveedor</b></p>
----------	---

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

<b>Campo</b>	<b>Información a consignar</b>
<b>1</b>	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
<b>2</b>	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.
<b>3</b>	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
<b>4</b>	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

**Anexo N° 4**

<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	14/06/2023
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE
2.2	Monto total según informe de indagación	S/ 48,100.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	ADJUNTO PROFORMA
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>	
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
<b>4</b>	 <p>COORPORACION UVADE S.R.L. RUC: 20606713211 ..... Lusha Vázquez Delgado Gerente</p>	
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>		

**Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4**

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Lima, 13 de Junio del 2023

**Cotización N° 1713-2023**

Sres.:

**RED DE SALUD PACIFICO NORTE – ANCASH**

Área de logística

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirnos a Uds. A fin de hacerles llegar nuestra propuesta económica por lo siguiente:

DESCRIPCION	MARCA	CANT	UM	PU	TOTAL
CLORFENAMINA MALEATO 2MG/5ML X 60 ML	PORTUGAL	13000	UND	3.70	48,100.00
				S/	48,100.00

- ✓ Vigencia de la cotización:(08) días calendario.
- ✓ Incluye IGV (18%).
- ✓ Forma de pago: Crédito comercial.
- ✓ Moneda: Soles
- ✓ Plazo de entrega: quince (15) días calendario.
- ✓ Garantía del producto: 12 meses.

COORPORACION LUVADE S.I.R.L  
RUC. 20606813211

.....  
Luska Vasquez Delgado  
Gerente



Jr. Chancay N° 6338-Dpto 406, Cercado de Lima Celular: 922230988,

Email: [corporacionluvade3030@gmail.com](mailto:corporacionluvade3030@gmail.com)

Lima-Perú






# D'CIC

CORPORACIÓN E  
INVERSIONES  
CAMONES  
E.I.R.L.

**RUC: 20555651806**

COTIZACION N° 229-2023		PEDIDO DE COMPRA N° S/N	
<b>Señor(es):</b> <b>RED DE SALUD PACIFICO NORTE</b> <b>Atención:</b> Dirección de Logística <b>E-mail:</b>		<b>Fecha</b> <b>INCLUYE IGV</b> <b>Moneda</b> <b>Valides de la oferta</b> <b>Garantía del bien</b> <b>Entrega del producto</b> <b>Forma de pago</b>	: 29/05/2023 : 18% : SOLES : 08 DIAS : 06 Meses : <b>20 días</b> : Contado comercial

CANT.	U. M.	PRODUCTO	F. V.	LABOR.	P. U.	P. TOTAL
13,000	UNIDADES	CLORFENAMINA MALEATO 2 mg / 5 mL SUS 60 mL	05-2026	PORTUGAL	4.80	62,400.00
						<b>62,400.00</b>

  
**María Virga Figueroa Camones**  
Secretaría Legal

JR RUFINO TORRICO N° 624 OFIC. 208 – CERCADO DE LIMA / TELF.: 977671982  
E-mail: [corporacion-camones@hotmail.com](mailto:corporacion-camones@hotmail.com) / [corporacion.camones02@gmail.com](mailto:corporacion.camones02@gmail.com)



Lima, 29 de mayo del 2023

Señores:  
GOB. REG. DE ANCASH  
RED DE SALUD PACIFICO NORTE  
Presente. -

De nuestra estima personal:

Nos es grato dirigirnos a Ud. con el fin de presentarles las cotizaciones que tuvieron a bien solicitar:

ITEM	CANT	U. M.	NOMBRE_ITEM	F. VENC	MARCA	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
	13,000	UNID.	CLORFENAMINA MALEATO 2 mg / 5 mL SUS 60 mL	02/2026	PORTUGAL	4.75	61,750.00
							61,750.00

El valor referencial incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas de ser el caso, los costos laborales respectivos conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor de los bienes y servicios a contratar

#### TERMINOS Y CONDICIONES


##### Condiciones Generales

- Tiempo de entrega 10 días calendarios después de la notificación de la Orden de Compra
- Garantía de los bienes 12 meses
- Validez de cotización 10 días
- Precios en soles incluye I.G.V.
- Forma de pago: 10 días después de la conformidad del área usuaria.




**PATRICIO FARRÓN GARCÍA**  
GERENTE GENERAL

**Anexo N° 3**

<b>Cotización y declaración jurada del proveedor</b>							
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	01/06/2023					
<b>2</b>	<b>Cotización</b>						
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	BIEN				
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">Si cumple</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">SI CUMPLE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">No cumple</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	Si cumple	SI CUMPLE	No cumple	
Si cumple	SI CUMPLE						
No cumple							
	2.3	Monto total cotizado	51,740.00				
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso					
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>						
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>						
<b>4</b>	<div style="text-align: center;">  </div>						
	<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>						



**Anexo N° 4**

<b>Declaración jurada del proveedor</b>		
<b>1</b>	<b>Fecha del documento</b>	01/06/2023
<b>2</b>	<b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	BIEN
	2.2 Monto total según informe de indagación	51,740.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	Cotización
<b>3</b>	<b>Declaración jurada del proveedor</b>  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.	
<b>4</b>	<div align="center">  <p><b>AINIA-MEDIC E.I.R.L.</b>  <b>Georgeta Berrios Carías</b>  <b>TITULAR GERENTE</b></p> </div>	
<b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>		



RECEBIDA 2023 MAY 29 11:11

2023 MAY 29 11:11

Importación, Distribución, Productos farmacéuticos y Fines, Equipos, Material e Insumos Médicos o Instrumental Médico y De Laboratorio Bienes y Servicio en General



SEÑORES: RED DE SALUD PACIFICO NORTE

fecha 29 mayo del 2023

COT.0001090

ATENCION: OFICINA LOGISTICA

De nuestra consideración

El que suscribe, MELINDA BRENDA VILCAPUMA DIAZ, identificado con DNI 73877657, de la empresa AINHOA MEDIC EIRL, presento mi cotización que fue solicitada para la «HOSPITAL RED DE SALUD PACIFICO NORTE», la misma que presenta los siguientes detalles.

UND.	CANT	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	MARCA	PROCEDENCIA	P. UNITARI O	P. TOTAL
UND	13000	CLORFENAMINA MALEATO 2MG/5ML. 60 ML	PORTUGAL	PORTUGAL	3.98	51,740.00

S/ 51,740.00

Declaro que he revisado en forma detallada la documentación remitida y que nuestra cotización CUMPLE con las ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS, enviados e incluye todo los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales respectivas conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda indicar sobre el valor del bien.

RAZON SOCIAL	AINHOA MEDIC EIRL
RUC	20606520019
VALIDEZ LA COTIZACION	30 DIAS
PLAZO DE ENTREGA	07 días calendarios
PLAZO DE VIGENCIA	SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS
FORMA DE PAGO	SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS
PLAZO DE GARANTIA	12 MESES
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO	MELINDA BRENDA VILCAPUMA DIAZ
n.º DE TELEFONO DE CONTACTO	999961630
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO	AINHOAMEDIC@GMAIL.COM
DOMICILIO DE LA EMPRESA	AV. PEDRO ZAZZALI LT 5 SAN JUAN DE LURIGANCHO
n.º CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI	00363000300321518218
INFORMACION TECNICA ADICIONAL SI	(SI)

HORARIO DE ATENCION LUNES -VIERNES, 8PM - 4PM

Atentamente

AINHOA MEDIC E.I.R.L.  
*[Firma]*  
Georgeta A. Barros Carlos  
TITULAR GERENTE