




Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe		MENORANDUN N°374-2023-CH/2023/ODI-DRSPN Y MENORANDUN N°457-2023-CH/2023/ODI-DRSPN	
		Fecha de informe		23 de Marzo del 2023	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICION DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE"		
Antecedentes NOTA INFORMATIVA N°262-2023-2023-CH-RSPN-ODI/US MENORANDUN N°374-2023-CH/2023/ODI-DRSPN MENORANDUN N°457-2023-CH/2023/ODI-DRSPN NOTA INFORMATIVA N°3283-2023-CH-DRSPN/UL NOTA INFORMATIVA N°42-CH/RSPN/PPMM					
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	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	b. Fáciles de obtener en el mercado			X	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado			X	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
	d. Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante			X	
	De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.				
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.					
5	Observaciones				
6	<div style="text-align: center;">  GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte </div> <div style="text-align: center;">  Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones RESPONSABLE DE ADQUISICIONES </div>				

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	MENORANDUN N°374-2023-CH/2023/ODI-DRSPN Y MENORANDUN N°457-2023-CH/2023/ODI-DRSPN ODI/US/US			
		Fecha	24/03/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
		RUC	20569238537			
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA (A 2 CDRAS DE COLEGIO POLITECNICO) ANCASH - SANTA - CHIMBOTE			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	IMPORTACIONES MEDICOS DEL NORTE E.I.R.L.			
		RUC	20609151081			
		Dirección	JR. CHANCAY NRO. 627 CERCADO DE LIMA LIMA - LIMA LIMA			
		Teléfono(s)	950424233			
		Correo electrónico	import.medic.norte@gmail.com			
		Representante o persona de contacto				
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICCION DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE"			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia	X
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte</p> <p><i>[Firma]</i> Gabinete de Planeación y Desarrollo RESPONSABLE DEL ORGANISMO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</p> </div>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	23/03/2023
----------	----------------------------	-------------------

2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICCIÓN 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/.73,805.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION		

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	
	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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	23/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICCIÓN DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE"
2.2	Monto total según informe de indagación	S/73,850.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION
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>DROGUERÍAS Y CONSULTACIONES MÉDICAS DEL NORTE S.R.L.</p> <p>.....</p> <p>Elmer D. Osorio Rosas</p> <p>DNV 40500143</p> <p>GERENTE</p>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

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



IMPORTACIONES MÉDICAS DEL NORTE E.I.R.L.

IMPORTADORA COMERCIALIZADORA Y VENTA AL POR MAYOR Y MENOR DE EQUIPOS INSUMOS Y
INSTRUMENTAL MÉDICO, MATERIAL DENTAL QUIRÚRGICO Y DE LABORATORIO:
SERVICIOS, CAPACITACIÓN, MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS Y MÁS.

PROFORMA
RUC 20609151081

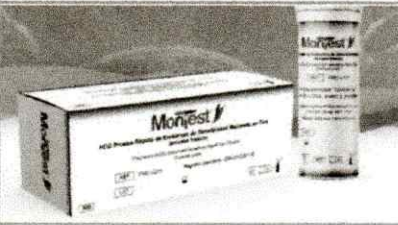


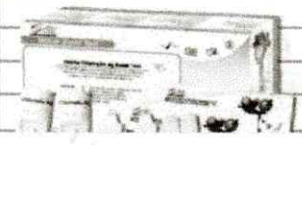
OF.PRINCIPAL: JR. CHANCAY NRO. 627 CERCADO DE LIMA - LIMA





50424233

MAIL: import.medic.norte@gmail.com



SEÑOR (ES) : RED DE SALUD PACIFICO NORTE
DIRECCIÓN : CHIMBOTE
FECHA : 24/03/2023

CANT.	Unidad	DESCRIPCIÓN	Marca	Precios	
	medida			Unitario	Total
218	Unidad	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES - FECHA DE VENCIMIENTO: 10/2024	MONTES	S/ 42.00	S/ 9,156.00
					
3	Unidad	PRUEBA RAPIDA DE HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA X 30 DETERMINACIONES - FECHA DE VENCIMIENTO: 11/2024	CTK	S/ 42.00	S/ 126.00
					
2	Unidad	PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE X 25 DETERMINACIONES - FECHA DE VENCIMIENTO: 11/2024	CTK	S/ 132.00	S/ 264.00
					
144	Unidad	PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS B X 30 DETERMINACIONES - FECHA DE VENCIMIENTO: 11/2024	CTK	S/ 132.00	S/ 19,008.00
					

					
83	Unidad	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 Y SIFILIS X 25 DETERMINACIONES - FECHA DE VENCIMIENTO: 11/2024	CTK	S/ 205.00	S/ 17,015.00
					
330	Unidad	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES - FECHA DE VENCIMIENTO: 10/2024	MEDITEST/ ALEMANIA	S/ 85.00	S/ 28,050.00
					
2	Unidad	TIRA REACTIVA PARA PROTEINURIA X 100 - FECHA DE VENCIMIENTO: 12/2024	MONTES	S/ 93.00	S/ 186.00
					
				TOTAL	S/ 73,805.00

PAGO CONTRA ENTREGA

NO INCLUYE IGV

ENTREGA ALMACEN

GARANTIA DEL PRODUCTO: 18 MESES

ENTREGA DEL PRODUCTO: 5 DIAS


**DROGUERIA MONTAÑAS MEDICAS DE
NORTE E.L.L.**
Elmer D. Osorio Rosas
 DNI: 40500143
 GERENTE
 GERENTE GENERAL

CUENTA INTERBANCARIA BBVA CONTINENTAL CCI: 011 260 000200828083 72

ACCU-CHEK

Roche

Johnson & Johnson

B BRAUN
SMARTCLIX EXPRES

3M seca

NIPRO

Abbott CONTEC

Tuttnauer

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	MENORANDUN N°368-2023-CH/2023/ODI-DRSPN			
		Fecha	24/03/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE			
		RUC	20569238537			
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I ZONA (A			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	<u>adquisiciones@rspnorte.gob.pe</u>			
		Persona de contacto	<u>adquisiciones@rspnorte.gob.pe</u>			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	IMPORTACIONES MEDIC FABIAN EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD LIMITADA			
		RUC	20606401231			
		Dirección	JR. CHANCAY NRO. 651 INT. 106 LIMA - LIMA - LIMA			
		Teléfono(s)	01-7734750			
		Correo electrónico				
		Representante o persona de contacto				
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE AGUJA PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE AL VACÍO 21 G X1 1/2 PARA LOS ABASTECER A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE"			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de	X
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte</p> </div> <div align="center">  Galina Ibarra Espinoza RESPONSABLE DE ADQUISICIONES </div>					
Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2						

Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	24/03/2023
----------	----------------------------	------------

2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICION 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/. 79,006.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION		


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 align="center">  IMPORTACIONES MEDIC FABIAN E.I.R.L. RUC. 20606401231 Yener Fabian Osorio Rosas GERENTE GENERAL Jr. Chancay N° 881 Int. 106 - Lima - Lima </p>
	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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	24/03/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICCION DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE"
2.2	Monto total según informe de indagación	S/.79,006.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION
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;">  <p>IMPORTACIONES MEDIC FABIAN E.I.R.L. RUC. 20606401231 Yener Fabian Odario Rosas GERENTE GENERAL Jr. Chansay N° 691 Int. 106 • Lima • Lima</p> </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

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

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	MENORANDUN N°374-2023-CH/2023/ODI-DRSPN Y MENORANDUN N°457-2023-CH/2023/ODI-DRSPN ODI/US/US		
		Fecha	24/03/2023		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	DIRECCION DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE		
		RUC	20569238537		
		Dirección	AV. ENRIQUE MEIGGS NRO. 835 P.J. MIRAFLORES I		
		Teléfono(s)			
		Correo electrónico	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
		Persona de contacto	adquisiciones@rspnorte.gob.pe		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	HEALTH CARE - MEDIC E.I.R.L		
		RUC	20606118130		
		Dirección	JR. CHANCAY NRO. 672 INT. 116 CERCADO DE LIMA LIMA - LIMA - LIMA		
		Teléfono(s)	947609119 - 943031296		
		Correo electrónico	norabuenaccsrl@gmail.com		
		Representante o persona de contacto			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICCION DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE"		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div align="center">  GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte </div> <div align="center">  Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones RESPONSABLE DE ADQUISICIONES </div>				
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.

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	23/03/2023
----------	----------------------------	------------

2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICION 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/78,698.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO COTIZACION		

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	
	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

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
---	--	--

1	Fecha del documento	24/03/2023
----------	----------------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	"ADQUISICIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA DE 11 PARAMETROS VISUAL CAJA X 100 TEST PARA ABASTECER A LOS ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD DE LA JURIDICION DE LA RED DE SALUD PACIFICO NORTE"
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/.78,698.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	ADJUNTO PROFORMA

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	
	Nombre, firma y sello del proveedor

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



HEALTH CARE MEDIC E.I.R.L.

Drogueria - Equipamientos - Hospitalarios

RUC

COTIZACIÓN - Lima, 24/03/2023

20606118130

Señores: DIRECCION REGIONAL DE SALUD PACIFICO NORTE

Dirección: CHIMBOTE

Atención: Area de Logística

ITEM	CANT	U/M	DESCRIPCION	MARCA	P.UNIT	TOTAL
1.-	218	Unidad	PRUEBA CUALITATIVA DE SUBUNIDAD BETA X 25 DE GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG) CADUCIDAD: 2/2025	MONTES	42.00	9156.00
2.-	3	Unidad	ENSAYO RAPIDO DE GONADOTROPINA CORIONICA X 25, EJEMPLO: 10/2024	CTK	42.00	126.00
3.-	2	Unidad	PRUEBA EXPRES DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B, FECHA DE CADUCIDAD: 11/2024	CTK	140.00	280.00
4.-	144	Unidad	PRUEBA RAPIDA DE HEPATITIS B X 30 PRUEBAS FECHA DE CADUCIDAD: 11/2024	CTK	140.00	20160.00
5.-	83	Unidad	TEST RAPIDO PARA VIH 1-2 Y SIFILIS X 25 ANALISIS CADUCIDAD: 8/2024	CTK	230.00	19090.00
6.-	330	Unidad	TIRAS REACTIVAS DE ORINA PARA DETERMINACION DE 11 PARAMETROS X 100, FECHA DE CADUCIDAD: 10/2024	MEDTEST	90.00	29700.00
7.-	2	Unidad	TIRAS REACTIVAS DE PROTEINURIA X 100, FECHA DE CADUCIDAD: 10/2024	MONTES	93.00	186.00
8.-						
9.-						
10.-						
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
						S/ 78,698.00

PLAZO DE ENTREGA 10 DIAS HABLES

VALIDEZ DE OFERTA 10 DIAS

GARANTIA 12 MESES

PRECIO INCLUYE IGV 18%

CUENTA CORRIENTE: 622-300295182-8 → BANCO INTERBANK

CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA (CCI): 003-622-003002951828-86 → BANCO INTERBANK



Jr. Chancay Nro. 672 Int. 116 - Cercado de Lima - Lima - Lima - Lima
Telefono de Contacto: 947609119 - 943031296
Correo: norabuenacsr@gmail.com