



RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

1.

DATOS GENERALES

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	26/06/2023
1.2	ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE REACTIVOS DE HEMATOLOGÍA CON EQUIPO ANALIZADOR AUTOMATIZADO HEMATOLOGICO DE 5 DIFERENCIALES EN CALIDAD DE CESIÓN D EUSO PARA EL DEPARTAMETO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, REGIÓN MADRE DE DIOS
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	-
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	-
1.6	PROYECTO DE NVERSIÓN PÚBLICA	Código Documento que declaró la viabilidad

2.

INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	OFICIO N° 079-2023-GOREMAD/HSR-SF		Fecha de recepción	02/03/2023	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	23/05/2023	De oficio		Con motivo de observaciones	X
		Fecha de la tercera versión	13/06/2023	De oficio		Con motivo de observaciones	X
		Fecha de la cuarta versión		De oficio		Con motivo de observaciones	
		Fecha de la quinta versión		De oficio		Con motivo de observaciones	
2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	SI			NO	X	
		De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.					
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	SI	X	NO			
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI		NO	X		
		Documento de aprobación de la estandarización			Fecha de aprobación		
2.6	SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SI		NO	X		
		N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación			Fecha de inicio de vigencia		
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					
2.8	OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO						

N° Item	Cantidad total de observaciones	Cantidad de observaciones formuladas por el OEC	Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación
1	2				2	OFICIO N° 008-2023-GOREMAD/HSRPM-OA/UL-AA	22/05/2023

ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO EN CESIÓN DE USO Y CAPACIDAD DE PROCESAR MUESTRAS EN TUBOS PEDIÁTRICOS Y/O MICROMUESTRAS

1	2				2	EMAIL AL CORREO ELECTRÓNICO elvisrojasju@gmail.com	09/06/2023
---	---	--	--	--	---	--	------------

ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO EN CESIÓN DE USO Y CAPACIDAD DE PROCESAR MUESTRAS EN TUBOS PEDIÁTRICOS Y/O MICROMUESTRAS

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

Consignar una síntesis de las observaciones

2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA

N° Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación
1	2			23/05/2023	2	OFICIO N° 101-2023-GOREMAD/HSR-DPCAP	23/05/2023

ACOGES PARCIALMENTE A LA CONSULTA 1 REALIZADA Y NO ACOGE LA CONSULTA 2

1	2			23/05/2023	2	OFICIO N° 117-2023-GOREMAD/HSR-DPCAP	13/06/2023
---	---	--	--	------------	---	--------------------------------------	------------

NO ACOGE NINGUNA DE LAS CONSULTAS REALIZADAS

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

N° Item	Ajustes realizados al requerimiento
1	LA ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO EN CESIÓN DE USO, PASÓ DE: ANTIGÜEDAD NO MAYOR A 1 AÑO DE FABRICACIÓN, A: NO MAYOR A 2 AÑOS DE FABRICACIÓN

3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	24/04/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	23/06/2023
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.				
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO
En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.				
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO X
En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.				
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDE UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO X
En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.				
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO X
En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.				

HOSPITAL SANTA ROSA
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE LOGÍSTICA
Carlos N. Malatesta Balarezo
JEFE DEL ÁREA DE ADQUISICIONES

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES