


**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES) N° 012 - 2024**

<b>1. DATOS GENERALES</b>							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	03.07.2024						
1.2 ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Adquisición de equipo médico: INCUBADORA NEONATAL DE TRANSPORTES CON VENTILADOR DE TRASLADO para el Departamento de PEDIATRIA, Servicio de NEONATOLOGIA del HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON.						
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	AOI00074201007 PROGRAMA DE SALUD SOBRE LA ANEMIA IMPLEMENTADO EN BENEFICIO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 A 35 MESES DE ANCASH						
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	022-2024						
1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código						
	Documento que declaró la viabilidad						
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	P.C. N° 967-2024		Fecha de recepción	17.06.2024		
2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión		De oficio		Con motivo de observaciones		
	Fecha de la tercera versión		De oficio		Con motivo de observaciones		
	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	X		NO			
	N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación			046-2020/MINSA	Fecha de inicio de vigencia	08.02.2020	
2.7 REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.						
<b>2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
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
Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							
<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							




FORMATO								
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS								
(BIENES) N° 012 - 2024								
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	
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones								
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones								
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
N° Item	Ajustes realizados al requerimiento							
3	INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO							
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	19.06.2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	24.06.2024				
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO				
EXISTE PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO, COMO VITALTEC S.A.C., NIMAT MEDICAL S.A.C. ENTRE OTROS.								
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO				
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 PUEDA 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			
4	 <b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>							

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
HOSPITAL REGIONAL  
"ELEAZAR GUZMAN BARRON"



CPC. José M. Moreno Roja  
C# 06-3494  
COORDINADOR EQUIPO DE TRABAJO  
PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
HOSPITAL REGIONAL  
"ELEAZAR GUZMAN BARRON"



CPCC. Efraim M. Rodríguez Cubas  
MAT. 06-1558  
JEFE OFICINA ADMINISTRACION