




# DIRECCION DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS

## RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA	15 DE ABRIL DE 2024						
1.2	ÁREA USUARIA	Unidad de referencia - Contrareferencia y Seguros						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Adquisición de Combustible (gasolina de 84 octanos y Petróleo Diésel B5) para las diferentes unidades móviles que trasladan pacientes asegurados al Seguro Integral de Salud – SIS, por emergencia de la Dirección de Red de Salud de Alto Amazonas						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	NO						
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	9						
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	No Aplica					
		Documento que declaró la viabilidad	No Aplica					
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento / Pedidos de Compra	217/218/219	Fecha de recepción	15/04/2024			
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE	Fecha de la segunda 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.		No aplica				
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		No aplica	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		No aplica	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
	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

 <b>DIRECCION DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS</b> <b>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS</b> <b>(BIENES)</b>	
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones	
<b>2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>	
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
<b>3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	
<b>3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	3/04/2024
<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	15/04/2024
<b>3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.	
<b>3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X
En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.	
<b>3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X
En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.	
<b>3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X
En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.	
<b>3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X
En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.	
<b>4</b>	
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES	

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS  
 .....  
 CPC. NEY PIPA LÉCCA  
 JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA