

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	21/07/2023	
1.2	ÁREA USUARIA	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED MARISCAL CACERES	
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE TENSIOMETRO ANAEROBICO MAS ESTETOSCOPIO DE ALUMINIO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED MARISCAL CACERES, JURIDICCIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL	
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN		
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	NO CORRESPONDE	
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	
		Documento que declaró la viabilidad	

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	NOTA DE COORDINACIÓN N°144-RSSMC-J/2023	Fecha de recepción	18/07/2023
-----	-------------------------	----------------------------	---	--------------------	------------

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
-----	--	----	--	----	---

2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	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	
		Nº de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		Fecha de inicio de vigencia	X

2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.			
-----	---------------	--	--	--	--

OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO							
Nº 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
2.8	Consignar una síntesis de las observaciones						
	Consignar una síntesis de las observaciones						

FORMATO

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

<p>Consignar una síntesis de las observaciones</p>							
RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA							
Nº 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
2.9	<p>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</p>						
	<p>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</p>						
	<p>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</p>						
AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
2.10	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento					
<p>3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</p>							
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		18/07/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		21/07/2023	
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO			SI	X	NO	
<p>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento</p>							
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO			SI	X	NO	
<p>En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto</p>							
4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO			SI		NO	X
<p>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</p>							
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN			SI		NO	X
<p>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</p>							
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN			SI		NO	X
<p>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</p>							
4	<p>  DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN REGION DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUANUCO CENTRAL  CPC. Norvil Ruiz Díaz RESPONSABLE DE LOGÍSTICA </p>						
<p>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</p>							