

CCP 176

	<h2 style="margin: 0;">DIRECCIÓN DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS</h2> <h3 style="margin: 0;">RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)</h3>
----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. DATOS GENERALES

1.1 FECHA	17 DE MARZO DE 2025	
1.2 ÁREA USUARIA	Estrategia Sanitaria Enfermedades Metaxenicas y OTVS, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Pueblos Indígenas, Unidad de Referencia – Contrareferencia y Seguro, Estrategia Sanitaria Inmunizaciones, y Salud Ambiental	
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Adquisición de Combustible (gasolina de 84 octanos) para las diferentes actividades de las Estrategias y SIS relacionadas al monitoreo, supervisión, evaluación y control de los programas de salud a cargo de la Dirección de Red de Salud de Alto Amazonas.	
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	SI	
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	2	
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	46/58/57/63/73/74/104	Fecha de recepción	11-17-19/02/2025
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
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		NO	X
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
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							

2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA	
--------------------------------	--



DIRECCION DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

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
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO						
Nº 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	13/03/2025	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	14/03/2025			
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO			
<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.</i>							
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI		NO	X		
<i>En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.</i>							
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO	X		
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>							
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO	X		
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>							
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO	X		
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>							
4	<p>GOBIERNO REGIONAL DE LORETO DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO DIRECCION DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS</p> <p>*** CPC. NEY PIPA LECCA JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p>						
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							