

**FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)**

1. DATOS GENERALES

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	25/09/2024
1.2	ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE FARMACIA
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION ANUAL DE LAS LINEAS PARA BOMBA DE INFUSION CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	AOI00000000089 - TRATAMINETO DEL CANCER DE GUELLO UTERIO AOI00000000091 - TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA AOI00000000093 - TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO AOI00000000095 - TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA AOI00000000099 - TRATAMIENTO DEL CANCER DE COLOR Y RECTO AOI00000000105 - TRATAMIENTO DE LINFOMA
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	11
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código: No corresponde Documento que declaró la viabilidad: No corresponde

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Informe N° 1100-2024- GRA/GRS/HG-DF	Fecha de recepción	20/08/2024		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	03/09/2024	De oficio	Informe N° 1152-2024- GRA/GRS/HG-DF	Con motivo de observaciones	Cambios en las especificaciones Técnicas.
		Fecha de la tercera versión		De oficio		Con motivo de observaciones	
		Fecha de la cuarta versión		De oficio		Con motivo de observaciones	
2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	SI	X	NO		De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso. Se considera (1) paquete, ya que los productos están vinculados entre sí considerando que la contratación conjunta es más eficiente; asimismo es un procedimiento de selección con equipos en cesión en uso y existe pluralidad de marcas y postores que pueden atender en conjunto los productos solicitados.	
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		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

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
1	2	0			2	Informe N° 470- GRA/GERESA/HG- DG-OEAO-UPP	28/08/2024
La empresa FRESENIUS KABI PERU S.A.C. y B. BRAUN MEDICAL PERU S.A. hicieron consultas a las especificaciones técnicas, indicando el cambio de las mismas.							

2.9 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
1	2	0			2	Informe N° 1152- 2024- GRA/GRS/HG-DF	03/09/2024
Área usuaria hizo cambios al requerimiento debido a las consultas formuladas por las empresas, a fin de tener mayor pluralidad de postores.							



FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO				
	N° Item	Ajustes realizados al requerimiento		
	1	cambios a las especificaciones técnicas del requerimiento.		
3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO				
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	21/08/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	13/09/2024
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	X	
<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>				
3.4	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 style="text-align: center;">GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL H. GOYENEHE Lic. Gabriel Linares Ramos JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA</p>			
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES				