

**FORMATO**  
**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 20-2024-UEHAL-1**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES)**

**1. DATOS GENERALES**

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO                  | 14/082024   |
| 1.2 | ÁREA USUARIA                                  | SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO          |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN               | MAQUINA DE ANESTESIA ELECTRONICA CON MONITOREO AVANZADO |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN |   |
| 1.5 | N° DE REFERENCIA DEL PAC                      | 50  |

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

|     |   |   |                                |  |           |
|-----|---|---|--------------------------------|--|-----------|
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO   | Documento de requerimiento  | REQ. N° 11/2024-JEF-SMD-NC-HAL | Fecha de recepción   | 22/7/2024 |
| 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  |           |
| 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. |                                | La contratación conjunta resulta más eficiente en términos de plazo de entrega, precio y oportunidad |           |
| 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 SERVICIO 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.  |                                |  |           |

**2.9 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 |
|--|--|--|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones |  |  |  |                                      |   |  |                                      |
| Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones |  |  |  |                                      |   |  |                                      |



## AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

N°  
Item

Ajustes realizados al requerimiento

## 4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO

|     |   |           |  |          |
|-----|---|-----------|--|----------|
| 4.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 30/7/2024 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 1/8/2024 |
|-----|---|-----------|--|----------|

|     |  |    |   |    |
|-----|--|----|---|----|
| 4.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO |
|-----|--|----|---|----|

INVERSIONESVITTA PHARMA SAC//CARRRASCO MEDICAL IMPORT EIRL// ROCA SAC

|     |   |    |  |    |   |
|-----|---|----|--|----|---|
| 4.3 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER) | SI |  | NO | X |
|-----|---|----|--|----|---|

De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.

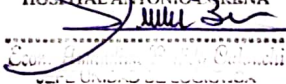
|     |   |    |  |    |   |
|-----|---|----|--|----|---|
| 4.4 | SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN | SI |  | NO | X |
|-----|---|----|--|----|---|

De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.

|     |   |    |  |    |   |
|-----|---|----|--|----|---|
| 4.5 | SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN | SI |  | NO | X |
|-----|---|----|--|----|---|

De ser afirmativa la respuesta, detallar.

5.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO TORRES  
  
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

**NOTA:** El presente formato se utilizará en servicios en general, servicios de consultoría en general y en consultoría de obras.