


FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES) N° 15- 2024

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	10.07.2024						
1.2 ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE FARMACIA						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE LINEA + JERINGA DESCARTABLE PARA BOMBA PERFUSORA EN LA MODALIDAD DE COMODATO PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA AL RECIÉN NACIDO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN.						
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	AOI00074200285: DISPENSACION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS ESENCIALES A LA POBLACION						
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	24-2024						
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	P/C N° 01006-2024		Fecha de recepción	19.06.2024		
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		
	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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.				
			EL ESTUDIO DE MERCADSO DETERMINO QUE EXISTE PLURALIDAD DE POSTORES, ADEMAS DE QUE SON INSUMOS SOLICITADOS EN MODALIDAD DE COMODATO,				
2.4 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						
2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						
	Documento de aprobación de la estandarización			Fecha de aprobación			
2.6 SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						
	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							
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							

FORMATO								
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) N° 15- 2024								
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								
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO								
N° 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	24.06.2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	02.07.2024				
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO				
EN EL ESTUDIO DE MERCADO, SE INVITO A VARIAS EMPRESAS DEL RUBRO COMO LA EMPRESA B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. LA EMPRESA FRESSENIUS KABI PERU S.A., ENTRE OTROS								
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO				
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO	X			
En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.								
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO	X			
En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.								
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO	X			
En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.								
4	 Lic. Adm. Maricelo E. Quistgaard Calle CLAD N° 35785 JEFE UNIDAD DE LOGISTICA							
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES								


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 HOSPITAL REGIONAL
 "BLEAZAR GUZMÁN BARRÓN"

CPC. José A. Moreno Rojo
 CP 66-3494
 COORDINADOR EQUIPO DE TRABAJO
 PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIONES


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 DISTRITO ADMINISTRATIVO
 HOSPITAL REGIONAL
 "BLEAZAR GUZMÁN BARRÓN"

CPC. María M. Rodríguez Cubas
 MAT. 06-1556
 JEFE OFICINA ADMINISTRACION