


**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO**  
**(BIENES)**

<b>1. DATOS GENERALES</b>							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		23/10/2024					
1.2 ÁREA USUARIA		SUB GERENCIA DE OBRAS					
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE MOBILIARIO CLINICO PARA LA OBRA: REEMPLAZO DE LA INFRAESTRUCTURA E IMPLEMENTACION DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA - MICRORED SAN JUAN BAUTISTA DE LA RED DE SALUD HUAMANGA - DIRESA - AYACUCHO					
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN		META 084					
1.5 N° DE REFERENCIA DEL		842					
1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA		Código		-			
		Documento que declaró la viabilidad		-			
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO		Documento de requerimiento	OFICIO N° 14147-2024-GRA/GG-GRI-SGO		Fecha de recepción		18/10/2024
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)		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.		la contratacion conjunta es mas eficiente que realizar la contratacion individual			
2.4 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> X			
2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> X			
		Documento de aprobación de la estandarización		Fecha de aprobación			
2.6 SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> X			
		N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		Fecha de inicio de vigencia			
2.7 REQUERIMIENTO		Lo indicado se visulaiza 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							
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 SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR REFERENCIAL/VALOR ESTIMADO				
3.1 FUENTES IDENTIFICADAS				
3.1.1	COTIZACIONES	SI	X	NO
REPRESENTACIONES GENERALES NELA'S MEDICAL EIRL-GIMAJO MED SAC-CORPORACION TECNOBIOMEDICA HEALTCARE DEL PERU SAC				
3.2 CRITERIO Y METODOLOGÍA UTILIZADA PARA DETERMINAR EL VALOR ESTIMADO				
Precio promedio de las cotizaciones actualizadas				
4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO				
4.1	FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO DE MERCADO	18/10/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO	22/10/2024
4.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO
Indicar si existe pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores.				
4.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO
4.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO X
Indicar si existe o no la posibilidad de distribuir la buena pro. De ser afirmativa la respuesta, sustentar.				
4.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO X
Indicar si se obtuvo información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación. De ser afirmativa la respuesta, detallar dicha información.				
4.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO X
Indicar si se obtuvo información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación. De ser afirmativa la respuesta, detallar.				
5.	 NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES			