

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES	
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	06 DE JUNIO DEL 2024
1.2 ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y BANCO DE SANGRE
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACION CALENDARIZADA DE BOLSAS COLECTORA DE SANGRE CUADRUPL E X 450 mL CON OPTISOL CON EQUIPO EN SESION DE USO PARA EL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	ABASTECER DE DISPOSITIVOS MEDICOS, INSUMOS MEDICOS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS AL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	38
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	PEDIDO DE COMPRA N° 000344 INFORME N° 082-2024-DPCYBS-HSR-AND.	Fecha de recepción	23/04/2024	
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		NO	X	
	De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.				
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							
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							
Consignar una síntesis de las observaciones							

GOBIERNO REGIONAL MAYA YURUPAY
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
CPE-001-2024-023-172
JEFE DE UNIDAD ABASTECIMIENTO

62

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

Consignar una síntesis de las observaciones

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

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

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	29/04/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	19/05/2024
--	------------	---	------------

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

De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.

3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO
--	----	---	----

En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.

3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	X	NO
---	----	---	----

En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.

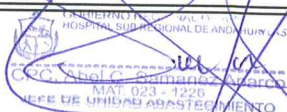
3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO	X
--	----	--	----	---

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


 SECRETARÍA DE SALUD
 HOSPITAL SUB-REGIONAL DE ANCAHUAS
 C.C. Abel C. Samayoa Varón
 MAT. 023 - 1220
 JEFE DE UNIDAD ABASTECIMIENTO

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