

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES

| | |
|--|---|
| 1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 17 DE OCTUBRE DEL 2023 |
| 1.2 ÁREA USUARIA | DEPARTAMENTOS, UNIDADES, SERVICIOS Y AREAS DEL HOSPITAL SANTA ROSA |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | "ADQUISICION DE UNIFORME PARA PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, PROVINCIA Y DISTRITO DE TAMBOPATA, REGION MADRE DE DIOS". |
| 1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | |
| 1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC | |
| 1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | <div>Código</div> <div>Documento que declaró la viabilidad</div> |

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| 2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | OFICIO N° 0220-2023-GOREMAD/HSR/OA-UP | Fecha de recepción | 17/04/2023 |
| 2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | <div>Fecha de la segunda versión</div> <div>Fecha de la tercera versión</div> <div>Fecha de la cuarta versión</div> <div>Fecha de la quinta versión</div> | <div>De oficio</div> <div>De oficio</div> <div>De oficio</div> <div>De oficio</div> | <div>Con motivo de observaciones</div> <div>Con motivo de observaciones</div> <div>Con motivo de observaciones</div> <div>Con motivo de observaciones</div> | ERTO |
| 2.3 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S) | SI | X | NO | INFORME TECNICO N° 001-2023-GOREMAD/HSR-UL-ADQ-MRC |
| 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 | | | | | | | |

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

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 observaciones | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Consignar una síntesis de 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 | 13/09/2023 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 16/10/2023 |
|--|------------|---|------------|

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


HOSPITAL SANTA ROSA
 OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
 UNIDAD DE LOGÍSTICA
 Dr. María Ramos Castro
 ASISTENTE DE ADMINISTRACIÓN DE ADQUISICIONES