

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

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	jueves, 10 de Octubre de 2024						
1.2	ÁREA USUARIA	DIRECCION DE SALUD PUBLICA DE LA RED DE SALUD AYACUCHO NORTE						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE REACTIVO DE ANALISIS AUTOMATIZADO DE ORINA (BIOQUIMICA + CITOLOGIA) CON EQUIPO DE CESION DE USO PARA UPS PATOLOGIA CLINICA PARA EL HOSPITAL DE APOYO HUANTA.						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	*****						
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC							
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	INFORME N° 338-2024- GRA/GG-GRDS-DRSA- REDNHTA-CS-DSP- ASEGURAM	Fecha de recepción	25/09/2024			
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	NINGUNA	De oficio	NINGUNA	Con motivo de observaciones	NINGUNA	
		Fecha de la tercera versión	NINGUNA	De oficio	NINGUNA	Con motivo de observaciones	NINGUNA	
		Fecha de la cuarta versión	NINGUNA	De oficio	NINGUNA	Con motivo de observaciones	NINGUNA	
		Fecha de la quinta versión	NINGUNA	De oficio	NINGUNA	Con motivo de observaciones	NINGUNA	
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 ÍTEMS	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 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 Especifica de las Bases.						
2.8	OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO							
	Nº 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
	Consiguar una síntesis de las observaciones							
		NINGUNA						
	Consiguar una síntesis de las observaciones							
	NINGUNA							
Consiguar 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
	Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
		NINGUNA						
	Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	NINGUNA							
Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones								
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
		SIN AJUSTE						

3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO				
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	2/10/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	3/10/2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.</i>				
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<i>En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.</i>				
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>				
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>				
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>				
4	<p>GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO UNIDAD EJECUTORA REG. DE SALUD AYACUCHO NORTE</p> <p>-----  C.P.C. FREDY JANAMPA GALVEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS AUXILIARES</p>			
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES				