



FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|--|---|--|--|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | | |
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | | 20/09/2024 | | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | | DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HAPCSR II-2 | | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | | ADQUISICIÓN DE UNA (01) MESA DE OPERACIONES ELECTRO HIDRÁULICA PARA NEUROCIRUGÍA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2"- EN EL MARCO DE LA IOARR 2654897 | | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | | SALUD - SALUD INDIVIDUAL - ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA | | | | | | |
| 1.5 | N° DE REFERENCIA DEL PAC | | 45 | | | | | | |
| 1.6 | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | | Código | | | | IOARR 2654897 | | |
| Documento que declaró la viabilidad | | | | | | | | | |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | | | | | |
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO | | Documento de requerimiento | | Memorando N° 274-2024/HAPCSR II-2-43002017112 | | Fecha de recepción | | 24/07/2024 |
| 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 | |
| <div>  </div> | | | | | | | | | |
| 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 |
| | | | | | | | |
| | 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 | | 24-Jul-24 | | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | 8-Ago-24 |
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | | | SI | X | NO | |
| | | | | | | | |
| 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 |
| | La Contratación será realizada a través del Procedimiento de Selección: LICITACION PUBLICA | | | | | | |
| 4 | <div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL PIURA DIRECCIÓN REGIONAL DE PIURA HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-CORSA SANTA ROSA II-2</p> <p>Abg. Ana Mabel Zurita Berru JEFE DE LOGÍSTICA</p> </div> | | | | | | |
| | NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | | | |