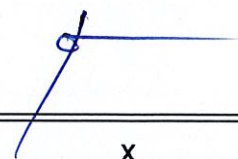



# **FORMATO** **RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS** **(BIENES)**

<b>1. DATOS GENERALES</b>								
1.1	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>		4 de Octubre de 2024					
1.2	<b>ÁREA USUARIA</b>		ALMACEN ESPECIALIZ. DE MEDICAMENTOS- AREA DE PROG. Y ADQ.		<b>DEPARTAMENT O DE:</b> FARMACIA			
1.3	<b>DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>		ADQUISICION DE INSTRUMENTALES PARA EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO.					
1.4	<b>ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN</b>		SI					
1.5	<b>N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>							
1.6	<b>PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>		Código		-----			
			Documento que declaró la viabilidad		-----			
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>								
2.1	<b>DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>		Documento de requerimiento		Informa N°1380-2024-GRA/GG- GRDS-DIRESA/HR-MAMLLA-A-DF- JCF		Fecha de recepción  9/09/2024	
2.2	<b>MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA</b>	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	-----	
2.3	<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)</b>		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	<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS</b>		SI		NO		X	
2.5	<b>SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>		SI		NO		X	
			Documento de aprobación de la estandarización		Fecha de aprobación			
2.6	<b>SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO</b>		SI		NO		X	
			N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		Fecha de inicio de vigencia			
2.7	<b>REQUERIMIENTO</b>		Lo indicado se visulaiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					
2.8	<b>OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
	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
	1	01	001	Informa N°1000-2024- GRA/GG-GRDS- DIRESA/HR-MAMLLA- A-0A-UL	5/09/2024			
	GESTIONAR MARCO PRESUPUESTAL							
2.9	<b>RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
	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



1	01	001	Informa N°1380-2024- GRA/GG-GRDS- DIRESA/HR-MAMLLA- A-DF-JCF	16/04/2024			
REMITO RECOTIZACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE INSTRUMENTALES PARA EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.							
<b>2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>							
N° Item	Ajustes realizados al requerimiento						
1	NO						
<b>3. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO</b>							
<b>3.1 FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO DE MERCADO</b>			16/09/2024	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO</b>			16/09/2024
<b>3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>			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.							
<b>3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>			SI	X	NO		
Indicar si existe pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de marcas.							
<b>3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>			SI		NO		X
Indicar si existe o no la posibilidad de distribuir la buena pro. De ser afirmativa la respuesta, sustentar.							
<b>3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>			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.							
<b>3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>			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.							
<div style="text-align: center;">  <p>HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Lic. Adm. EUSEBIO AGUIRRE FLORES BERAUN JEFE DE LOGÍSTICA</p> </div>							
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>							