


FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO (BIENES)							
1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	viernes, 25 de Octubre de 2024					
1.2	ÁREA USUARIA	SISMED					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE MANDIL DESCARTABLE NO ESTERIL, PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA.					
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	PLAN DE ADQUISICIÓN DE MANDIL DESCARTABLE NO ESTERIL, PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA.					
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	NO CORRESPONDE					
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°277-2024-GRA/GG-GRDS-DRSA-REDHGA-DSP-SISMED.		Fecha de recepción	9/10/2024	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
		Fecha de la tercera versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
		Fecha de la cuarta versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
		Fecha de la quinta versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
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 ÍTEM	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 Específica de las Bases.					
2.8	OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO						
Nº Ítem	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							
	NINGUNO						
Consignar una síntesis de las observaciones							
	NINGUNO						
Consignar una síntesis de las observaciones							
2.9	RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA						
Nº Ítem	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							
	NINGUNO						
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	NINGUNO						
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO						
Nº Ítem	Ajustes realizados al requerimiento						
	SIN AJUSTES						



FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO (BIENES)				
3. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO				
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	14/10/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO	22/10/2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO <i>proveedor 1: HID MED IMPORT S.A.C., proveedor 2: DALESS MED IMPORT S.A.C.; proveedor 3: ALKOFARMA E.I.R.L.; proveedor 4: GRUPO SALGUE E.I.R.L.; proveedor 5: CIENCIA MEDICA PERU S.A.C.</i>	SI	X	NO
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO <i>marcas: ELIUD, FAMILY DOCTOR, ELIUD SAFE, DGS MEDICAL, ELIUD</i>	SI	X	NO
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO <i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>	SI		NO X
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN <i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>	SI		NO X
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN <i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>	SI		NO X
4.	<div style="text-align: center;">  <p>RED DE SALUD HUAMANGA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN UNIDAD DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS Abg. Dany S. [Signature] JEFE</p> </div>			
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES				