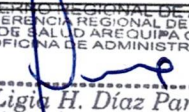


FORMATO							
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	20/10/2023					
1.2	ÁREA USUARIA	OFICINA DE SEGUROS					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE CONTENEDORES QUIRURGICOS PARA LAS 28 MICROREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA					
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	-----					
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	64					
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° 496-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPI-S		Fecha de recepción	19/08/2023	
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	X		NO		
		De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.		DEBIDO A QUE LOS BIENES TIENEN SIMILITUD, LA COMPRA POR PAQUETE BENEFICIA A LA ENTIDAD Y EN ESTUDIOS DE MERCADO SE HA DEMOSTRADO QUE EXISTEN MAS DE UNA EMPRESA QUE PUEDE PROVEER LOS BIENES SOLICITADOS EN PAQUETE			
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						
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
Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							



<b>FORMATO</b> <b>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS</b> <b>(BIENES)</b>							
Consignar una síntesis de las observaciones							
<b>2.9</b>	<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
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
<b>2.10</b>	<b>AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>						
N° Item	Ajustes realizados al requerimiento						
<b>3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>							
<b>3.1</b>	<b>FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		21/07/2023		<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		1/08/2023
<b>3.2</b>	<b>PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				SI	X	NO
	1. DULK MEDICAL EIRL    2. LABMEDIC SAFE EIRL    3. INKACEUTICAL SAC    4. CORPORACON DISMED SAC    5. INSUMOS MEDICOS F&J SAC    6. R&S PHARMA SAC						
<b>3.3</b>	<b>PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				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.						
<b>3.4</b>	<b>POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>				SI		NO
	En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.						
<b>3.5</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>				SI		NO
	En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.						
<b>3.6</b>	<b>SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>				SI		NO
	En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.						
<b>4</b>	<div style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  GERENCIA REGIONAL DE SALUD  RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  OFICINA DE ADMINISTRACIÓN      Ligia H. Díaz Paredes  RESPONSABLE DEL PROCESO DE LOGISTICA </div>						
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							