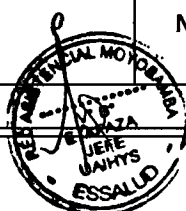
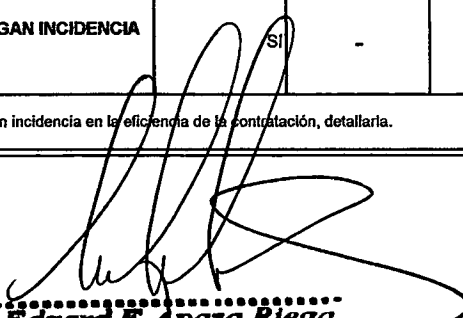


FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) ADQUISICION DE MATERIAL E INSUMOS DE LABORATORIO - TEST DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA CON EQUIPO EN CESION EN USO PARA LA RED ASISTENCIAL DE MOYOBAMBA, POR UN PERIODO DE 12 MESES							
1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	01/04/2024					
1.2	ÁREA USUARIA	Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Adquisición de Materiales e Insumos de Laboratorio - Test de Hemoglobina Glicosilada con equipo en cesión de uso para para la Red Asistencial de Moyobamba, por un período de 12 meses					
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	Atención de pacientes en el Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento del Hospital I Alto Mayo					
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	854/2024					
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	No aplica				
		Documento que declaró la viabilidad	No aplica				
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO							
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Mediante Memorando N° 57-UPCRM-D-RAMOY-ESSALUD-2024			Fecha de recepción	28/02/2024
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.			No aplica		
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		No aplica	Fecha de aprobación	No aplica	
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		No aplica	Fecha de inicio de vigencia	No aplica	
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					
2.8. OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO							
N° 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
0	No aplica		No aplica	No aplica	1	No aplica	No aplica



FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) ADQUISICION DE MATERIAL E INSUMOS DE LABORATORIO - TEST DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA CON EQUIPO EN CESION EN USO PARA LA RED ASISTENCIAL DE MOYOBAMBA, POR UN PERIODO DE 12 MESES								
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
	0	No aplica	0	No aplica	No aplica	1	No aplica	No aplica
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
		No aplica						
3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO								
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			28/02/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			04/03/2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI	X	NO	-
	De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.							
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				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.							
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
	En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.							
4	 Edgardo F. Apaza Riega Jefe Unidad Adquisiciones Ing. Hospitalaria y Servicios Red Asistencial Moyobamba EsSalud							
	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							