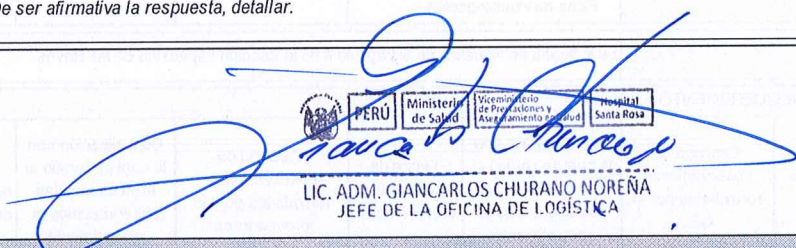



FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIO)							
1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	28.11.2024					
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - DEPARTAMENTO DE MEDICINA					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE HEMODIALISIS PORTATIL PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y/O CRÓNICA ACREDITADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA					
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	5001566 - AFILIACIÓN Y PRESTACIÓN DE SALUD PARA ASEGURAMIENTO UNIVERSAL 5006372 - BRINDAR ASISTENCIA MÉDICA					
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	POR INCLUIR					
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	NOTA INFORMATIVA N°00214-2024-DMEDICINA/HSR	Fecha de recepción	07.11.2024		
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)	SÍ		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	SÍ		NO	X		
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SÍ		NO	X		
		Documento de aprobación de la estandarización			Fecha de aprobación		
2.6	SEÑALAR SI EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SÍ		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
Consignar una síntesis de las observaciones							

MINISTERIO DE SALUD
Jefe Oficina Logística
HOSPITAL SANTA ROSA
G. CHURANO

Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							
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
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							
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
1							
3. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO							
3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO			20.11.2024	FECHA DE CULMINACION DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO			02.12.2024
3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	Sí		X	NO			
1) RAZÓN SOCIAL: NEFRODIAL S.A.C. - RUC N° 20546692591 2) RAZÓN SOCIAL: SERVIBENDESA S.A.C. - RUC N° 20517036693							
3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO (SOLO EN EL CASO DE BIENES)	Sí			NO			
NO APLICA							
3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (DE CORRESPONDER)	Sí			NO		X	
De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.							
3.5 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	Sí			NO		X	
De ser afirmativa la respuesta, detallar.							
4.	 <div style="text-align: center;">  <p>LIC. ADM. GIANCARLOS CHURANO NOREÑA JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA</p> </div>						
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							