

# **ACTA DE NO FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES**

## **SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)**

No se registraron Formulación de consultas y observaciones  
en el procedimiento

**Nomenclatura:** AS-SM-89-2023-ESSALUD/CEABE-1

**Nro. de Convocatoria:** 1

**Objeto de** Bien

**Descripción del** CONTRATACION DEL SUMINISTRO DEL DISPOSITIVO MEDICO: EQUIPO DE TRANSFUSION SANGUINEA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ESSALUD, POR UN PERIODO DE DOCE (12) MESES