

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

1. DATOS GENERALES

1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	06/06/2023		
1.2 ÁREA USUARIA	OFICINA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL/ SISMED Y PROGRAMAS PRESUPUESTALES		
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SISMED Y PROGRAMAS PRESUPUESTALES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLOMA" - PRIMERA CONVOCATORIA		
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA			
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC			
1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	NO CORRESPONDE	
	Documento que declaró la viabilidad	NO CORRESPONDE	

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Informe N° 147-2023-GR/GRS/GR-RSAC-D-OPPI-J / Informe N° 056-2023-GR/GRS/GR-RSAC-D-OPPI-J-PP	Fecha de recepción	03-04-2023 03-04-2023
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.		Se trata de bienes relacionados entre si	
2.4 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ÍTEMS	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							
N° 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
<i>Consiguar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consiguar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consiguar una síntesis de las observaciones</i>							

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

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
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento

INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	19/04/2022	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	05/05/2023
--	------------	---	------------

3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
---	----	-------------------------------------	----	--------------------------

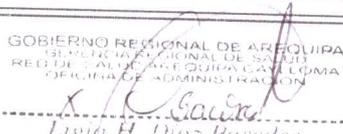
3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<i>En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto</i>				

3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>				

3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDE UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>				

SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>				

4

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD AREQUIPANA CALLE 6MA
 OFICINA DE ADMINISTRACIÓN


 Ligia H. Diaz Paredes
 RESPONSABLE DEL PROCESO DE LOGISTICA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES