



**FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO
(BIENES)**

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	22/05/2023						
1.2	ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE FARMACIA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE SOLUCION PARA HEMODIALISIS CON BICARBONATO PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA						
1.4	ACTIVIDAD DEL FOM VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	---						
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	39						
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	INFORME N°543-2023-GORE-ICA-DRSI-DPTO	Fecha de recepción	12/04/2023			
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		
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.		---				
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 visulaiza en el Capítulo III de la Sección Especifica 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
2.9	RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA							
	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

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO
(BIENES)

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	N° Item	Ajustes realizados al requerimiento					
	1						
3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR REFERENCIAL							
3.1 FUENTES IDENTIFICADAS							
3.1.1 COTIZACIONES		SI	X	NO			
-B. BRAUN MEDIAL PERU S.A.C -FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A							
3.1.2 PRECIOS HISTÓRICOS DE LA ENTIDAD		SI	X	NO			
COMPRESOR SM- 4-2021-HRI-OL / DISTRIBUIDORA MERIDIOSE S.A.C, PRECIO UNITARIO 12.30							
3.1.3 PÁGINA WEB DEL SEACE		SI		NO	X		
3.1.4 [CONSIGNAR OTRA(S) FUENTE(S) IDENTIFICADAS]		SI		NO	X		
3.2 CRITERIO Y METODOLOGÍA UTILIZADA PARA DETERMINAR EL VALOR REFERENCIAL							
Para la determinación de valor estimado se ha tomado el menor precio de las 03 cotizaciones.							
3.3 VALOR REFERENCIAL		MONEDA	Nuevos Soles	X	Dólares	Otro	Señalar otra moneda
		MONTO	S/418,500.00 (CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS Y 00/100 SOLES)				
4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO							
4.1 FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO DE MERCADO		24/04/2023		FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO		3/05/2023	
4.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI	X	NO			
-B. BRAUN MEDIAL PERU S.A.C -FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A							
4.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI		NO	X		
4.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO		SI		NO	X		
4.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN		SI		NO	X		
4.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN		SI		NO	X		
 GORE - ICA HOSPITAL REGIONAL DE ICA  C.P.C. YARICZA M. INJANTE VERGARA JEFE DE OFICINA DE LOGÍSTICA							
5. NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							