

FORMATO  
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS  
(BIENES)

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	22 DE MAYO DEL 2024						
1.2 ÁREA USUARIA	SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE COMPRESA DE GASA ESTERIL 48 cm X 5 PARA EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS						
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	DOTAR DE INSUMOS MEDICOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS						
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	39						
1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	-					
	Documento que declaró la viabilidad	-					
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	PEDIDO DE COMPRA N° 00300 INFORME N° 64/2024-HSRA-AND-JF/CMV			Fecha de recepción	19/04/2024	
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.						
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					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
Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍCH  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
CPC. Adolfo Saitanez Aparicio  
MAY 23 - 2024  
JEFE DE UNIDAD ADMINISTRATIVA

**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES)**

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

**3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO**

<b>3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	19/04/2024	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	30/04/2024
--	------------	---	------------

<b>3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	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.

<b>3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	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.

<b>3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI		NO	X
---	----	--	----	---


En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.

<b>3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>	SI		NO	X
--	----	--	----	---

En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.

<b>3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	SI		NO	X
--	----	--	----	---

En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.

<b>4</b>	<p style="text-align: center;">   GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAYO  HOSPITAL SUB REGIONAL DE HUANCAYO  -----  CPC SANC: Santacruz Adarco  JEFE DE UNIDAD ABASTECIMIENTO </p>
	<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>