

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

DATOS GENERALES

FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	28 DE JUNIO DEL 2024
ÁREA USUARIA	SERVICIO DE FARMACIA
DESIGNACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS CON FICHAS TECNICAS HOMOLOGADAS APROBADAS, PARA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, DISTRITO Y PROVINCIA TAMBOPATA, DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS".
ACTIVIDAD DEL POI INCLUIDA A LA CONTRATACIÓN	
CÓDIGO DE REFERENCIA DEL PAC	
PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código Documento que declaró la viabilidad

INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	OFICIO N° 107-2024-GOREMAD/HSR-SF	Fecha de recepción	07/05/2024		
MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	27/06/2024	De oficio	OFICIO N° 260-2024-GOREMAD/HSR-SF	Con motivo de observaciones	AJUSTE AL REQUERIMIENTO
	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	
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.	
SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	SI	X	NO			
SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI		NO	X	Documento de aprobación de la estandarización	Fecha de aprobación
SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SI	X	NO		N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación	Fecha de inicio de vigencia

REQUERIMIENTO Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Especifica de las Bases.

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
1	1	.....	INFORME N° 037-2024-GOREMAD/HSRPM-DE-OA/JUL	26/06/2024	.....	.....	.....
OBSERVACION ITEM: AJUSTE PRESUPUESTAL							

Consignar una síntesis de las observaciones

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA

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
1	1	.....	INFORME N° 260-2024-GOREMAD/HSR-SF	27/06/2024	.....	.....	.....

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones: AJUSTE AL REQUERIMIENTO

--	--	--	--	--	--	--	--

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

N° Item	Ajustes realizados al requerimiento
1	REBAJA DE LAS CANTIDADES
2	REBAJA DE LAS CANTIDADES

INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	08/04/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	25/06/2024
---	------------	--	------------

PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	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.

PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	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.

POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	X	NO
--	----	---	----

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

SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO	X
---	----	--	----	---

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

SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO	X
---	----	--	----	---

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



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