

24

| FORMATO | | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) | | | | | | | |
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | |
| 1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | | 7/04/2025 | | | | | |
| 1.2 ÁREA USUARIA | | DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA | | | | | |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | | ADQUISICIÓN ANUAL DE JERINGAS DESCARTABLES 3 ML PARA GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS CON HEPARINA DE LITIO | | | | | |
| 1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | | APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | | | | | |
| 1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC | | 23 | | | | | |
| 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 | MEMO N° 402-2024-DPCYAP-HMA | | Fecha de recepción | | 10/12/2024 |
| 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 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 visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases. | | | | | |
| 2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO | | | | | | | |
| N° Item PAQUETE | 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 |
| - | - | - | - | - | - | - | - |
| | | | | | | | |
| - | - | - | - | - | - | - | - |
| | | | | | | | |

FORMATO

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA

| Nº Item PAQUETE | Cantidad total de respuestas a las observaciones | Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC | Comunicación de respuesta del área usuario | Fecha de remisión de la comunicación | Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores | Comunicación de respuesta del área usuario | Fecha de remisión de la comunicación |
|--------------------|--|--|--|--|---|--|--|
| - | - | - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - | - | - |

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

| | | | | |
|-----|---|-----------|--|------------|
| 3.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 7/02/2025 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 13/02/2025 |
|-----|---|-----------|--|------------|

| | | | | | |
|-----|--|----|---|----|---|
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO | - |
|-----|--|----|---|----|---|

| | | | | | |
|-----|---|----|---|----|---|
| 3.3 | PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO | - |
|-----|---|----|---|----|---|

| | | | | | |
|-----|--|----|--|----|---|
| 3.4 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO | SI | | NO | X |
| | En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|----|--|----|---|
| 3.5 | 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. | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|----|--|----|---|
| 3.6 | 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. | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 4 |  <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA</p> <p>ABG. NICOLAS ENRIQUE CENTURION QUESADA JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA</p> <p>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</p> | | | | |
|---|--|--|--|--|--|