

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

**1. DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	07/06/2023		
1.2	ÁREA USUARIA	OFICINA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL/ SISMED Y PROGRAMAS PRESUPUESTALES		
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE MATERIAL, INSTRUMENTAL, ACCESORIOS E INSUMOS MEDICOS PARA SISMED Y PROGRAMAS PRESUPUESTALES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLOMA" - PRIMERA CONVOCATORIA		
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA			
1.5	Nº 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**

DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Informe N° 147-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPD-I-J / Informe N° 056-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPD-I-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 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							
Nº 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							
Consignar una síntesis de las observaciones							

**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
	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

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

<b>3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	19/04/2022	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	05/05/2023
<b>3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/> X	NO <input type="checkbox"/>	
<b>3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/> X	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>			
<b>3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>			
<b>3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>			
<b>3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>			

<b>4</b>	<div style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  GERENCIA REGIONAL DE SALUD  RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  OFICINA DE ADMINISTRACIÓN    Ligia H. Paz Paredes  RESPONSABLE DEL PROCESO DE LOGÍSTICA </div>
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>	