

000142

**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES) N° 33- 2024**

<b>1. DATOS GENERALES</b>								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	05.11.2024						
1.2	ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Adquisición de REACTIVOS PARA INMUNOSEROLOGÍA, que incluya equipo en la modalidad COMODATO para el servicio de Banco de sangre del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	AOI00074200285: ATENCION CON PRUEBAS ANALÍTICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACION Y EMERGENCIA						
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	39-2024						
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código						
		Documento que declaró la viabilidad						
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	P/C N° 01648-2024	Fecha de recepción	30.10.2024			
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	1	
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.		SIENDO INSUMOS DE REACTIVOS PARA TAMIZAJE DE BANCO DE SANGRE, CON EQUIPO EN LA MODALIDAD COMODATO, DEBEN SER COMPATIBLE CON EL EQUIPO EN CESION EN USO, PARA UN MEJOR PERFORMANCE DEL EQUIPO				
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	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							
2.9	RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA							



000141

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
---------	-------------------------------------


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

FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	04.11.2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	05.11.2024
---	------------	--	------------

PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
<p>EN EL ESTUDIO DE MERCADO, SE INVITO A VARIAS EMPRESAS DEL RUBRO COMO LA EMPRESA UNIVERSAL SD S.A.C. , LA EMPRESA DIAGNOSTICO UAL, LA EMPRESA BYODIAGNOSTIKA CORP, LA EMPRESA ROCHEM BIOCARE DEL PERU SAC, LA EMPRESA UNIVERSAL SD SAC Y LA EMPRESA LC BIOCORP S.A.C., ENTRE OTROS</p>				


PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	

POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI			NO	X
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
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>				

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.

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL "DR. ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN"  
  
Lic. Adm. Maricelo E. Quistgaard Calle  
CIAD N° 35785  
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRES ANCASH  
HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUAMANBARRON

*[Signature]*

Mg. Econ. Oscar U. Valderrama Reyes  
COL. N° 080  
JEFE OFICINA ADMINISTRACION