

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO
(BIENES)

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	16.04.2025						
1.2 ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE FARMACIA						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE FILTRO PARA HEMODIALISIS DE POLISULFONA 1.8 M2-1.9 M2 PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA						
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN						
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	----						
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	INFORME N°547-2025-GORE-ICA-DRSI-DPTO/FARM			Fecha de recepción	31.03.2025	
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	---	
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		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							



**FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO
(BIENES)**

N° 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							

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

N° Item	Ajustes realizados al requerimiento

3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR REFERENCIAL

3.1 FUENTES IDENTIFICADAS

3.1.1 COTIZACIONES	SI	X	NO	
EQUIPOS MEDICOS PERU SAC. - UNILENE SAC. - RODA MEDICAL EIRL - NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU - FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU SA.				
3.1.2 PRECIOS HISTÓRICOS DE LA ENTIDAD	SI		NO	X
3.1.3 PÁGINA WEB DEL SEACE	SI		NO	X
3.1.4 [CONSIGNAR OTRA(S) FUENTE(S) IDENTIFICADAS]	SI		NO	X

3.2 CRITERIO Y METODOLOGÍA UTILIZADA PARA DETERMINAR EL VALOR REFERENCIAL

Para la determinación de valor referencial se ha tomado el menor precio de las 03 cotizaciones.

3.3 VALOR REFERENCIAL	MONEDA	Nuevos Soles	X	Dólares	Otro: Señalar otra moneda
	MONTO	S/ 250,000.00 (Doscientos Cincuenta Mil con 00/100 soles)			

4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO

4.1 FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO DE MERCADO	01.04.2025	FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO	08.04.2025
4.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	x	NO
4.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	x	NO
4.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO X
4.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO X
4.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO X

5.


GORE - ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 D. Adm. LEYDI KIARA PRETILL ESCOBAR
 JEFE OFICINA DE LOGÍSTICA
 CLAD N° 47187

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