

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

<b>1. DATOS GENERALES</b>								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	19/06/2023						
1.2	ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE FARMACIA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE SUMINISTRO DE REACTIVOS DE BIOQUIMICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	---						
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	47						
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	NO APLICA					
		Documento que declaró la viabilidad	NO APLICA					
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N°327-2023-GORE-ICA-DRSI-DPTO	Fecha de recepción	22/03/2023			
			INFORME N°720-2023-GORE-ICA-DRSI-DPTO	Fecha de recepción	4/05/2023			
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		
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 visulaiza en el Capitulo III de la Sección Específica de las Bases.						
2.8	<b>OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
	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
2.9	<b>RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
	Nº Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación



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

**2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO**

N° Item	Ajustes realizados al requerimiento
1	De fecha 31.05.2023, mediante INFORME N°1002-GORE-ICA-DRSI-DPTO/FARM, el Departamento de farmacia remte validacion de estudio de mercado unificando los dos requerimientos.

**3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR REFERENCIAL**

**3.1 FUENTES IDENTIFICADAS**

3.1.1	COTIZACIONES	SI	X	NO	
	-WP BIOMED S.A -SOFER DIAGNOSTICS E.I.R.L -VIKMAR S.A				
3.1.2	PRECIOS HISTÓRICOS DE LA ENTIDAD	SI	X	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 determinacion de valor estimado 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/48,380.00 (Cuatrocientos Ochenta Mil Trescientos Ochenta Y 00/100 SOLES)			

**4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO**

4.1	FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO DE MERCADO	15/05/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO	24/05/2023
4.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO
	-WP BIOMED S.A -SOFER DIAGNOSTICS E.I.R.L -VIKMAR S.A			
4.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI		NO
	ERBA LACH, , MINDRAY			X
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**  
  
**C.P.C. YARICZA INJANTE VERGARA**  
**JEFE DE OFICINA DE LOGISTICA**

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