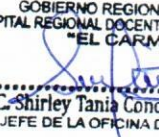


**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES)**

<b>1. DATOS GENERALES</b>							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	3/05/2023						
1.2 ÁREA USUARIA	SERVICIO DE FARMACIA						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE LÍNEA DE EXTENSIÓN PARA BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA PARA EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN - HUANCAYO"						
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	00319 - COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS / SUMINISTRAR PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN FORMA ADECUADA Y OPORTUNA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD						
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	27						
1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código			NO CORRESPONDE			
	Documento que declaró la viabilidad			NO CORRESPONDE			
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	REQUERIMIENTO N° 026-2023-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-DAT/SF			Fecha de recepción	27/02/2023	
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				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.						
<b>2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
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
	NINGUNO						
Consignar una síntesis de las observaciones							
<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							



<b>FORMATO</b> <b>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS</b> <b>(BIENES)</b>								
	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
		NINGUNO						
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones								
2.10	<b>AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>							
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
		NINGUNO						
3	<b>INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>							
3.1	<b>FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>			3/03/2023	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>			14/04/2023
3.2	<b>PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				SI	X	NO	
	FRESENIUS KABI PERU S.A.				RUC	20381450377		
	LUDIVA MEDICAL S.A.C.				RUC	20605092641		
	GRUPO IMPORTADOR KOL E.I.R.L.				RUC	20602549551		
	CORPORACIÓN BIOMEDICA PERÚ S.A.C.				RUC	20604407479		
3.3	<b>PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				SI	X	NO	
	En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.							
3.4	<b>POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>				SI		NO	X
	En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.							
3.5	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>				SI		NO	X
	En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.							
3.6	<b>SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>				SI		NO	X
	En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.							
4	<div style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN  HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL  "EL CARMEN"    C.P.C. Shirley Tania Condor Carhuacusma  JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA </div>							
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES								