

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

1. DATOS GENERALES

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	viernes, 10 de Mayo de 2024	
1.2	ÁREA USUARIA	SISMED DE LA RED DE SALUD HUAMANGA	
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE CATÉTER ENDOVENOSO CON DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD Y ALAS DE FIJACIÓN, PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA"	
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	PLAN DE DOTACIÓN DE CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO CON DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD Y ALAS DE FIJACION PARA LA CANALIZACION, PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA.	
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	8	
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	
		Documento que declaró la viabilidad	

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 067-2024-GRVGG-GRDS-DRSA-REDHGA-DSP-SISMED.	Fecha de recepción	24/04/2024		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
		Fecha de la tercera versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
		Fecha de la cuarta versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
		Fecha de la quinta versión	NINGUNO	De oficio	NINGUNO	Con motivo de observaciones	NINGUNO
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	X	NO			
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	X	NO			
		N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°1289-2021/MINSA	Fecha de inicio de vigencia	09/12/2021	

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
Consiguar una síntesis de las observaciones							
	NINGUNO						
Consiguar una síntesis de las observaciones							
	NINGUNO						
Consiguar una síntesis de las observaciones							

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
Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	NINGUNO						
Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	NINGUNO						
Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones							

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
	SIN AJUSTES



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

3. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO

3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	25/04/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO	9/05/2024
--	------------	--	-----------

3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO	
<small>proveedor 1: ALMAFAR S.A.C., Proveedor 2: B.BRAUN MEDICAL PERU S.A., Proveedor 3: GEOMEDIC PERU E.I.R.L.</small>				

3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO	
<small>marcas: BBRAUN, BBRAUN, HARSORIA</small>				

3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
<small>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentarla.</small>				

3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
<small>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</small>				

3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
<small>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</small>				

4.



RED DE SALUD HUAMANGA
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE ABASTECIMIENTOS Y S.S.AA.

Abg Dany S. Gutierrez Peralta
JEFE

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