


| FORMATO | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) | | | | | | | | |
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | |
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 16 DE JULIO 2024 | | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | DEPARTAMENTO DE FARMACIA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HAUNUCO | | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | Suministro de Oxigeno Medicinal 99.5% GAS para el Departamento de Farmacia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. | | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | Atenciones integrales oportunas complementarias de salud a la población | | | | | | |
| 1.5 | N° DE REFERENCIA DEL PAC | 41 | | | | | | |
| 1.6 | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | Código | NO CORRESPONDE | | | | | |
| | | Documento que declaró la viabilidad | NO CORRESPONDE | | | | | |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | | | | |
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | INFORME N° 617-2024-GRH-GRDS DIRESA-HHVM/DF-DJRZ | | Fecha de recepción | 6/06/2024 | | |
| 2.2 | MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | Fecha de la segunda versión | 24/06/2024 | De oficio | | Con motivo de observaciones | X | |
| | | 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 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 |
| | Unico | | |  | | 1 | Informe N°1154 - 2024-GRH-GRDS DIRESA-HHVM-OEA/UL | 19/06/2024 |
| | Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| FORMATO | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|--|--------------------------------------|
| RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) | | | | | | | |
| Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Consignar 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 |
| Unico | | | | | 1 | INFORME N° 694-2024-GRH-GRDS-DIRESA-HHVM/DF-DJRZ | 24/06/2024 |
| EL AREA USUARIA ACOGE LAS OBSERVACIONES RESPECTO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS Y REMITE NUEVAS ESPECIFICACIONES TECNICAS, CON LA CUAL SE SOLICITO LA COTIZACION DE PRECIOS | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO | | | | | | | |
| Nº Item | Ajustes realizados al requerimiento | | | | | | |
| 1 | EL AREA USUARIA ADJUNTO A SU REQUERIMIENTO LAS CARACTERISTICAS TECNICAS DEL OXIGENO MEDICINAL, REQUERIDO POR EL PROVEEDOR LINDE PERU S.A.C. | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | | | | | | |
| 3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | 27/06/2024 | | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | 02-03/07/2024 | |
| 3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | | | | SI | x | NO | |
| De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento. | | | | | | | |
| 3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | | | | 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 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO | | | | SI | | NO | x |
| En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar. | | | | | | | |
| 3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN | | | | SI | | NO | x |
| En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla. | | | | | | | |
| 3.6 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. | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| <p align="center"> GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO <small>Dirección Regional de Salud</small> <small>Hospital Regional "Mermilio Valdizán Medrano"</small> </p> <p align="center">  C.P.C. Adriana Vanessa Palacios León <small>OFICINA DE CONTRATACIONES</small> </p> | | | | | | | |
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | | | | |