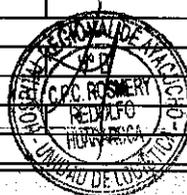


**FORMATO  
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS  
(BIENES)**

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	8/11/2023						
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE HEMO - COAGULACIÓN (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES 1 DET KIT) CON EQUIPO EN CESIÓN EN USO PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PARA LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO"						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE HEMO - COAGULACIÓN (HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES 1 DET KIT) CON EQUIPO EN CESIÓN EN USO PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PARA LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO"						
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC							
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 Nº 073-2023-HR/MAMLL/A-DCPyAP/SPC-J	Fecha de recepción	6/11/2023			
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	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		NO	X			
		Nº 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							
	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
	Consignar una síntesis de las observaciones							
	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
	Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							



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

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
---------	-------------------------------------

**3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO**

3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	8/11/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	8/11/2023
-----	---	-----------	--	-----------

3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
<i>DE SER NEGATIVA LA RESPUESTA, INDICAR LA EVALUACION DE LA ENTIDAD RESPECTO DE LA FALTA DE PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLAN CON EL REQUERIMIENTO</i>					

3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
<i>EN CASO DE NO EXISTIR PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN A CABALIDAD CON EL REQUERIMIENTO INDICAR AQUI LA EVALUACION DE LA ENTIDAD DEL RESPECTO: NO CORRESPONDE POR SER UNICO PROVEEDOR</i>					

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

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

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

4



HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
UNIDAD DE LOGÍSTICA

*[Firma manuscrita]*

C.P.C. ROSMERY REDOLFO HUARANCCA  
JEFE DE LOGÍSTICA

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