

FORMATO N° 1
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		8/05/2024					
1.2 DEPENDENCIA USUARIA		DIRECCION EJECUTIVA DE CUIDADO INTEGRAL POR CURSO DE VIDA					
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		ADQUISICION DE MICROCUBETAS DESCARTABLES PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCONTROL PARA REALIZAR EL DOSAJE DE HEMOGLOBINA Y DESCARTA DE ANEMIA					
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC				OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO			
1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA		Código SNIP					
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública					
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO		Documento de requerimiento		OFICIO N° 836-2024-GOREMAD/DIRESA MDD-GCIS/DECICV		Fecha de recepción	
						30/04/2024	
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 de la dependencia 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 que aprueba la estandarización				Fecha de aprobación	
2.6 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN		Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					
2.7 OBSERVACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS							
N° Item	Cantidad total de observaciones	Cantidad de observaciones formuladas por el OEC	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia 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							
2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA							
N° Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC	Comunicación de respuesta de la dependencia usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación de respuesta de la dependencia 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							

FORMATO N° 1
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

2.9	AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES	
	N° Item	Ajustes o modificaciones

3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO



3.1	SOBRE EL VALOR ESTIMADO			
	Se realizó indagación para actualizar el valor estimado	SI	X	NO

4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

4.1	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
	De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.				
	DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C. INNOVA BIOBASE E.I.R.L. CORPORACION PEREZ DIAZ S.A.C. PERUVIA MEDICA S.A.C. BIO EXPERT GROUP S.A.C.				

4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI		NO	X
	De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.				
	- SOLO MARCA EK F DIAGNOSTIC CUMPLE CON EL MODELO HEMOCONTROL DE LA MICROCUBETA DESCARTABLE SOLICITADA, YA QUE SE PIDE EN DICHO MODELO PORQUE LOS INSUMOS A UTILIZAR SON PARA EL EQUIPO (PRE EXISTENTE) QUE ES MODELO: HEMOCONTROL, POR OTRO LADO EL ITEM YA SE ENCUENTRA ESTANDARIZADO POR EL MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS - MEF, PORQUE EL NOMBRE DEL ITEM EN EL SIGA SE DENOMINA MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCONTROL				

4.3	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO	X
	De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.				

5.	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION CPC. Marianela Huamani Callata JEFE DE LA OFICINA DE ASISTENCIA Y SERVICIOS GENERALES</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>				
	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES				

NOTA: El presente formato se utilizará para la contratación de bienes y suministro de bienes.