


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

1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	15/08/2024					
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	COORD. COMPONENTE NEONATAL/EDAS-IRAS					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO (CUNA DE CALOR RADIANTE) PARA EL C.S. EL PROGRESO, JURISDICCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SALUD PACIFICO NORTE.					
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	NOTA INFORMATIVA N° 034-2024-CH-RSPN-COMP-NEONATAL		Fecha de recepción	27/06/2024	
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		NO		X	
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
	Consignar una síntesis de las observaciones						



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

	<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>						
	<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>						

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
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							

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		NO	X

**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	
<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores: CORPORACION BIOMEDICA PERU SOCIEDAD ANÓNIMA CERRADA - CORPORACION BIOMEDICA PERU S.A.C.; FBH WORLD SAC ; BOSON TEC SAC</i> <i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>				
4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI X	NO	
<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas. DISON ; ADVANCED</i> <i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>				
4.3	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	NO	X
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.</i>				

5.	 <b>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH</b> Dirección Regional de Salud Ancash Red de Salud Pacífico Norte  <b>CPC. Samuel Varas Valerio</b> MAT - N° 811637 - DNI: 45844665 JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>	

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