

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

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	10/04/2024						
1.2 DEPENDENCIA USUARIA	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y BANCO DE SANGRE						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE KIT DE REACTIVOS PARA GASES ELECTROLITOS EN SANGRE ARTERIAL X 200 DETERMINACIONES CON EQUIPO EN CESION DE USO PARA EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA.						
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC	23	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO				30000811 - ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES	
1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP			NO CORRESPONDE			
	Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública			NO CORRESPONDE			
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 0098-2024/GOB.REG.HVCA/DIRESA-HDH-DPC&BS		Fecha de recepción	7/03/2024		
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



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

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

<b>2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA</b>							
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>							

<b>2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES</b>	
N° Item	Ajustes o modificaciones
	<b>NO SE REALIZARON NINGUN AJUSTE O MODIFICACIONES</b>

**3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO**

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

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

<b>4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	NO	
<i>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.</i>				

<b>4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	NO	
<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>				

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

**5.**

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA  
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA  
 -----  
 CPC. Felix Jesús Peña Martínez  
 Jefe de la Unidad de Abastecimiento

**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.