

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

<b>1. DATOS GENERALES</b>								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	3/10/2024						
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	UNIDAD DE SEGUROS						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE SUCEDÁNEAS DE LECHE MATERNA SIN LACTOSA X 400 G (6 A 12 MESES) PARA NIÑOS EXPUESTOS, HIJOS MADRES REACTIVAS A VIH AFILIADOS AL SIS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED DE SALUD N° 01 CORONEL PORTILLO						
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC	16	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO		E0224 0016-5000080-4397002 NIÑOS EXPUESTOS AL VIH QUE RECIBEN ATENCIÓN INTEGRAL			
1.5	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP		NO APLICA				
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública		NO APLICA				
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 594-2024-GRU-DIRESAU-DRSCP-DSIyC-UDS		Fecha de recepción	20/09/2024		
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	NO APLICA		Fecha de aprobación	NO APLICA		
2.6	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN	Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.						
<b>2.7. OBSERVACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b>								
	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								


**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>						

<b>2.8</b>	<b>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>							
	<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
	<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							

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

<b>3.</b>	<b>INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO</b>							
<b>3.1</b>	<b>SOBRE EL VALOR ESTIMADO</b>							
	Se realizó indagación para actualizar el valor estimado				SI	X	NO	

<b>4.</b>	<b>INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>							
<b>4.1</b>	<b>PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				SI	X	NO	
	RENATO CHRISTOPHER VIDAL LOPEZ, MARITZA SANTAMARIA ESTRADA YTRINIDAD ALIAGA CLEYNER WALTER							
<b>4.2</b>	<b>PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				SI	X	NO	
	De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.							
<b>4.3</b>	<b>POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>				SI		NO	X
	De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.							
<b>5.</b>	<div style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL DE UCAVALI  DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAVALI  RED DE SALUD N°01 CORONEL PORTILLO     Lic. Adm. Bienvenido Angulo Saboya  JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA </div>							
	<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.