


FORMATO N° 1

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 2/05/2023 | | | | | | |
| 1.2 | DEPENDENCIA USUARIA | SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA | | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | ADQUISICIÓN DE ALIMENTOS VIVERES SECOS PARA PACIENTES Y PERSONAL DEL HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA"- NIVEL II-2 HUARAZ | | | | | | |
| 1.4 | N° DE REFERENCIA DEL PAC | 29 | OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO | | | | | |
| 1.5 | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Código SNIP</div> <div></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública</div> <div></div> </div> | | | | | | |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | | | | |
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | 367 | Fecha de recepción | | 10/04/2023 | | |
| 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 | | |
| | | 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 | X | NO | | | | |
| | | De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico de la dependencia usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso. | | SEGÚN TÉRMINOS DE REFERENCIA | | | | |
| 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 | Fecha de remisión de la comunicación |
| | | | | | | | | |
| Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |
| 4.2 | PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | 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. | | | | | | | |
| 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. |  <p>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA Dirección Regional de Salud - Arequipa Hospital "Victor Ramos Guardia" - Huaraz</p> <p><i>[Firma]</i> CPT. Florencia Bernuy Azana JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |