

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

**1. DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	01/10/2024
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	<b>DEPARTAMENTO DE FARMACIA</b>
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	<b>ADQUISICION DE LINEA BOMBA INFUSORA CON VOLUTROL Y LINEA PARA BOMBA INFUSORA SIN VOLUTROL POR EL PERIODO DE 12 MESES PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DEL HNDM</b>

1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC	52	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO	038 / Atención Estomatologica Basica 044 / Evaluación para detección y Diagnostico de personas con diabetes 048 / Diagnostico del Cancer de Cuello Uterino 056 / Diagnostico de Cancer de Pulmon 061 / Tratamiento de Cancer de Hgado 066 / Diagnostico del Cancer de Piel no Melanoma
-----	--------------------------	----	---------------------------------	---

1.5	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP	NO APLICA
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública	NO APLICA

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	MEMORANDO N° 253-2024-DF-AE-HNDM	Fecha de recepción	21/02/2024
-----	-------------------------	----------------------------	----------------------------------	--------------------	------------

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
-----	---	----	--	----	---



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

	Documento que aprueba la estandarización		Fecha de aprobación	
--	--	--	---------------------	--

<b>2.6</b>	<b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN</b>	Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.		
------------	---	--	--	--

<b>2.7</b>	<b>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
-							
-							
-							
-							

<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
-							
-							
-							
-							

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

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

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



FORMATO N° 1 RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)					
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>Proveedores:</i> - FRESENIUS KABI PERU S.A. - ICU MEDICAL PERU S.R.L					
4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
<i>Marcas:</i> - Volumat Lines - Plum					
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.	MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" ----- Abog. HERNAN O. SAAVEDRA RENGIFO Jefe de la Oficina de Logística		MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" ----- TAP. MANUEL EUGENIO CARRENO GAMBOA Coordinador del Equipo de Trabajo de Programación Oficina de Logística		
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.					