

# FORMATO N° 1

## RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

### DATOS GENERALES

1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	16 DE NOVIEMBRE DE 2023		
1.2 DEPENDENCIA USUARIA	SERVICIO DE REFERENCIAS, DEL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2.		
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACION DEL SERVICIO DE AMBULANCIA AEREA PARA EL TRASLADO DE EMERGENCIA DE PACIENTE EN ESTADO CRITICOS Y BENEFICIARIOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2 CON DESTINO A LA		
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC	59	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>		

### INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	MEMORANEDO N° 663-2023/HAPCSRII-2 430020179 USEG	Fecha de recepción	07 DE. NOVIEMBRE 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		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


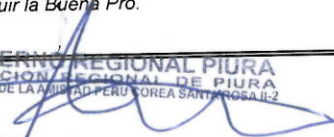
N° Item	Cantidad total de observaciones	Cantidad de observaciones formuladas por el OEC	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia usuaria las observaciones al requerimiento	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>							
	<b>N° Item</b>	<b>Cantidad total de respuestas a las observaciones</b>	<b>Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC</b>	<b>Comunicación de respuesta de la dependencia usuaria</b>	<b>Fecha de remisión de la comunicación</b>	<b>Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores</b>	<b>Comunicación de respuesta de la dependencia usuaria</b>	<b>Fecha de remisión de la comunicación</b>
	<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>							
		<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>							
	<b>N° Item</b>	<b>Ajustes o modificaciones</b>						
<b>3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO</b>								
<b>3.1 SOBRE EL VALOR ESTIMADO</b>								
	Se realizó indagación para actualizar el valor estimado			SI		NO	X	
<b>4. 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		NO	X	
	<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores.</i>							
	<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>							
<b>4.2</b>	<b>PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>			SI	X	NO		
	<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas.</i>							
	<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>							
<b>4.3</b>	<b>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>							
<b>5.</b>	<div style="text-align: center;">   <b>GOBIERNO REGIONAL PIURA</b>  <b>DIRECCIÓN REGIONAL DE PIURA</b>  <b>HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-COREA SANTA ROSA II-2</b>    <b>Abg. Ana Mabel Zurita Berrú</b>  <b>JEFA DE LOGÍSTICA</b> </div>							
	<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>							
<b>NOTA:</b> El presente formato se utilizará para la contratación de bienes y suministro de bienes.								