

# RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

## 1. DATOS GENERALES

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	14/03/2024		
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	DIRECCION SUBREGIONAL DE SALUD CUTERVO		
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"COMPRA DE COMBUSTIBLE PARA ACTIVIDADES DE PROGRAMAS Y AREAS ADMINISTRATIVAS DE LA DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD CUTERVO POR UN PERIODO DE DOCE MESES"		
1.4	Nº DE REFERENCIA DEL PAC		OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO	
1.5	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP		
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública		

## 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	ANEXO N° 05 MCMN, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 167, 169, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 204, 225, 236, 239 y 240	Fecha de recepción	27/02/2024 y 28/02/2024

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	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.			

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	
		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.			
-----	--	--	--	--	--

OBSERVACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS							
Nº 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

# RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

2.7	Consignar una síntesis de las observaciones							
	Consignar una síntesis de las observaciones							
	Consignar una síntesis de las observaciones							
	Consignar una síntesis de las observaciones							

RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA							
Nº 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
2.8	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						
	Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones						

AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES	
Nº Item	Ajustes o modificaciones
2.9	

### 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	<b>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>				
4.2	<b>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>				
4.3	<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>					

5.

  
 GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
 Dirección Sub Regional de Salud Cuzco  
 CPC. Alondro Eji Coronado-Chamaya  
 JEFE DE LA 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.