


FORMATO N° 1 RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	NUEVO CHIMBOTE, 22 DE AGOSTO DEL 2024					
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	UNIDAD DE ASEGURAMIENTO EN SALUD					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE 60 UNIDADES DE VITRINA METALICA					
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC	33 ✓	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO		ATENCION CON EQUIPAMIENTO		
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	PEDIDO SEGÚN SIGA		Fecha de recepción	09/08/2024	
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 ÍTEMS	SI	X	NO			
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.					
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. SUPPLY TECHNOLOGY MED S.A.C.; SALUD AMAZONICA E.I.R.L.; CM MEDICAL PERU E.I.R.L. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.							

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

4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO
<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas. NACIONAL</i> <i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>				
4.3	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO X
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.</i>				
5.				
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.