

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

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	5/04/2024						
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA - BIOQUIMICA Y HEMATOLOGÍA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE REACTIVO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C, CON EQUIPO DE CESIÓN DE USO, PARA EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE						
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC	18	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	NOTA INFORMATIVA N°630-2023-DF-2424-DPCyAP/HNHU	Fecha de recepción	27/11/2023			
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	22/12/2023	De oficio		Con motivo de observaciones	X	
		Fecha de la tercera versión	1/02/2024	De oficio		Con motivo de observaciones	X	
		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.			NO			
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			
		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
	1					1	RTA 992-2023-SIMED PERU SACI	22/12/2023
	Experiencia del personal calificado certificado por el fabricante							
	1					6	INFORME 004-2024-UL-HNHU	25/01/2024

FORMATO N° 1 RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
Sobre aspectos técnicos							
1					5	MEMORANDO 214-2024-UL-HNHL	8/02/2024
Sobre aspectos técnicos							
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
1					1	ANDO 2683-2023-DPCyA	22/12/2023
Aceptadas							
1					6	RMATIVA N°031-2024-DF-N°209-P	1/02/2024
Precisiones técnicas							
1					5	A INFORMATIVA N°274-DPCyA/H	12/02/2024
Precisiones técnicas							
2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES							
N° Item	Ajustes o modificaciones						
1	Experiencia del personal calificado certificado por el fabricante						
1	Precisiones técnicas						
1	Precisiones técnicas						
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.	MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Abog. VEGA CARRERA MIGUEL ÁNGEL C.A.L N° 76483 Jefe de la Unidad de Logística </div>						
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.							