



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

<b>1. DATOS GENERALES</b>							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	3/08/2023						
1.2 DEPENDENCIA USUARIA	DEPARTAMENTO DE FARMACIA						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICIÓN DE CONECTOR RECTO 1/4 in Y MINI PUNZON PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL IREN CENTRO"						
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC		<b>OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO</b>					
1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP						
	Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública						
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	PEDIDO DE COMPRA N° 1236			Fecha de recepción	16/06/2023	
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	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.						
<b>2.7 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
NINGUNA							
<b>2.8 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
NINGUNA							

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

<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	X	NO	
<b>4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>					
4.1	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
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.	 <div style="display: inline-block; text-align: left;">             DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNWA              INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES              NEOPLÁSICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO                  C.P.C. Carlos A. Cotera Inga              JEFE DE OFICINA DE ABASTECIMIENTOS           </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.					