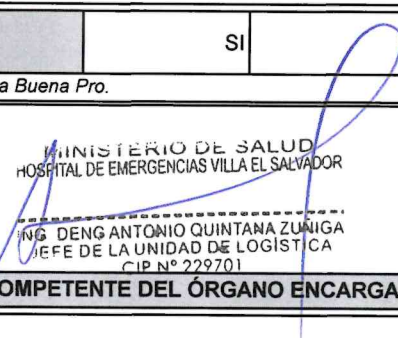


FORMATO N° 1
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIOS)

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		13/12/2024					
1.2 DEPENDENCIA USUARIA		SERVICIO DE HOSPITALIZACION CLINICO QUIRURGICA					
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CONTRATACION DE ALQUILER DE ENDOFOTOCOAGULADOR LASER PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR					
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC		93		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-Requerimiento N°1504-2024-DAAYH-HEVES		Fecha de recepción		12/08/2024
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 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 SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACION HA SIDO HOMOLOGADO		SI			NO	X	
		N° de Resolucion que Aprobo la Ficha de Homologacion			Fecha de Inicio de Vigencia		
2.7 REQUERIMIENTO		Lo indicado de visualiza en el capitulo III de la Seccion Especifica de las Baes.					
2.7 OBSERVACIONES A LAS TERMINOS DE REFERENCIA							
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

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

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	
	<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>							
2.9	AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES							
	N° Item	Ajustes o modificaciones						
	1	Se modifico la experiencia del postor en la especialidad para empresas en el rubro hospitalario en clinicas y hospitales						
3.	INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO							
3.1	SOBRE EL VALOR ESTIMADO							
	Se realizó indagación para actualizar el valor estimado				SI		NO	X
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	
	<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>							
4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				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>							
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.	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR ING. DENG ANTONIO QUINTANA ZUNIGA JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA CIP N° 229701							
	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.								