

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

<b>1. DATOS GENERALES</b>							
<b>1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>	14/03/2025						
<b>1.2 DEPENDENCIA USUARIA</b>	DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DE LA DIRESA HUANUCO						
<b>1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	<b>CONTRATACION DE SUMINISTRO DE EQUIPO DE PROTECCION (MANDIL DESCARTABLE ESTERIL Y MANDIL DESCARTABLE NO ESTERIL TALLA M) PARA LAS IPRESS DE LA REGION HUANUCO</b>						
<b>1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>	20	<b>OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO</b>	EL OBJETIVO PRINCIPAL DE UN MANDIL DESCARTABLE, O DELANTAL DESECHABLE, ESPROTEGER AL USUARIO DE LA CONTAMINACIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, PARTÍCULAS Y OTROS CONTAMINANTES, GARANTIZANDO LA HIGIENE Y SEGURIDAD EN ENTORNOS COMO HOSPITALES Y LABORATORIOS.				
<b>1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	Código SNIP						
	Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública						
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
<b>2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>	Documento de requerimiento	OFICIO N°124-2025-GRH-GRDS/DRS/DEMI		Fecha de recepción		10/03/2025	
<b>2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA</b>	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		
<b>2.3 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)</b>	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.						
<b>2.4 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ÍTEMS</b>	SI	X	NO				
<b>2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>	SI	NO		X			
	Documento que aprueba la estandarización			Fecha de aprobación			
<b>2.6 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN</b>	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° Ítem	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
Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							
<b>2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA</b>							

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

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
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							

**2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES**

N° Item	Ajustes o modificaciones

**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**

<b>4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI X	NO
---	------	----

DROCSAADVNACE SCIENTIFIC MEDIC S.A.C

<b>4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI X	NO
--	------	----

ASCMEDIC, MEDICLOTHS

<b>4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI X	NO
---	------	----

De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.

<b>5. NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>
---

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO  
  
C.R.C. Anali M. Rojas Huerta  
JEFA DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO  
MAT. 142217

**NOTA:** El presente formato se utilizará para la contratación de bienes y suministro de bienes.