

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

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		10 DE JULIO DEL 2023					
1.2 DEPENDENCIA USUARIA		DEPARTAMENTO DE MEDICINA					
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		ADQUISICIÓN DE EQUIPO GASTROSCOPIO					
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC		POR INCLUIR		OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO		DIAGNOSTICO DEL CANCER DE ESTOMAGO	
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 DATOS DEL REQUERIMIENTO		Documento de requerimiento	NOTA INFORMATIVA N° 011-UE.407-RL-HH-SBS-JDM-03-2023		Fecha de recepción	28.03.2023	
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	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
-	-	-	-	-	-	-	-
Consignar una síntesis de las observaciones							

42

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

-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
-							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							

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
-							
<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

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	-	NO	X
<i>El bien solicitado es de distribución exclusiva por un solo proveedor en territorio peruano.</i>				
4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	-	NO	X
<i>La validación estuvo a cargo del Departamento de Medicina quien realizó la validación de la propuesta técnica - económica dando la conformidad respectiva.</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>				

	 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD U.E. 407 HOSPITAL HUAYRA Y SRS Lic. Francisca Verónica Naupari Vargas C.L.A.D. N° 8935 Jefa de la Unidad de Logística
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.