

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

1. DATOS GENERALES					
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	26/05/2023				
1.2 DEPENDENCIA USUARIA	Dirección de Aseguramiento de Salud				
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"Adquisición de Equipo Ecógrafo Multipropósito 2 Transductores para las IPRESS de la jurisdicción de la Dirección Sub Regional de Salud Luciano Castillo Colonna".				
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC	19	<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				
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO					
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	MEMORANDUM N°0720-2023-DSRSLCC-430020141101420	Fecha de recepción	11/04/2023	
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	
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 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					

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

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

<b>3.1 SOBRE EL VALOR ESTIMADO</b>				
Se realizó indagación para actualizar el valor estimado	SI	X	NO	

**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	
<i>No Corresponde</i>				
<b>4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI		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>				

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

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.	<div style="text-align: center;">  <p>DIRECCION REGIONAL DE SALUD DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD "ELUCIANO CASTILLO COLONIA" SULLANA</p> <p>..... CPC Yimay Jony's Paucar Rivero .....</p> </div>			
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>				