

**FORMATO  
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS  
(BIENES)**

<b>1. DATOS GENERALES</b>								
1.1	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>		04 DE AGOSTO 2023					
1.2	<b>ÁREA USUARIA</b>		OFICINA COORDINADOR UNIDAD DE SEGUROS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA.					
1.3	<b>DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>		"CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) PARA LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA"					
1.4	<b>ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN</b>		BRINDAR ATENCION PRENATAL REENFOCADA					
1.5	<b>N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>		64					
1.6	<b>PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>		Código		No aplica			
Documento que declaró la viabilidad								
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>								
2.1	<b>DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>		Documento de requerimiento	PEDIDO DE SERVICIO N° 001037		Fecha de recepción	27/06/2023	
2.2	<b>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	.....	
2.3	<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)</b>		SI			NO	x	
		De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.						
2.4	<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ÍTEMS</b>		SI			NO	x	
2.5	<b>SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>		SI			NO	x	
			Documento de aprobación de la estandarización			Fecha de aprobación		
2.6	<b>SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO</b>		SI			NO	x	
			N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación			Fecha de inicio de vigencia		
2.7	<b>REQUERIMIENTO</b>		Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					
2.8	<b>OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
	N° Item	Cantidad total de observaciones	Cantidad de observaciones formuladas por el OEC	Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Consignar una síntesis de las observaciones								



116

<b>FORMATO</b> <b>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS</b> <b>(BIENES)</b>							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
N° Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación de respuesta del área 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>							
<b>2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>							
N° Item	Ajustes realizados al requerimiento						
<b>3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>							
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	3/07/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	18/07/2023			
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI x	NO				
<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.</i>							
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI x	NO				
<i>En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.</i>							
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	NO	x			
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>							
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI	NO	x			
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>							
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI	NO	x			
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>							
4	GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  <i>CPC. Daniel Lopez Rios</i> DIRECTOR LOGÍSTICA						
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>							