

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

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	13/09/2024						
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	RED DE SALUD ABANCAY ( UNIDAD DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS)						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 04-2024-RSA, ADQUISICIÓN MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMETRO HEMOCONTROL y MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMETRO HEMOCUE HB 201, PARA LA UNIDAD EJECUTORA DE RED DE SALUD ABANCAY.						
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC		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	INFORME N° 469-2024-UMID/RSA/APURIMAC		Fecha de recepción	22/08/2024		
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	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

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

Consignar una síntesis de las observaciones

Consignar una síntesis de las observaciones

Consignar una síntesis de las observaciones

**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
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

**3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO**

**3.1 SOBRE EL VALOR ESTIMADO**

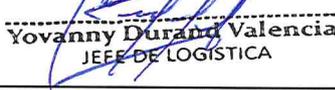
Se realizó indagación para actualizar el valor estimado	SI	X	NO
---	----	---	----

**4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO**

<b>4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	NO
<b>proveedor 1. SIMED PERU SAC, PROVEEDOR 2. ASTRA MEDICAL E.I.R.L, PROVEEDOR 3 DROGUERIA LUAMED SAC. PROVEEDOR 4 DIAGNOSTICA PERUANA SAC</b>			
<b>4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	NO
<b>MARCAS:HEMOCUE, EKF/HEMOCUE EKF ACCU CHEK</b>			
<b>4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI		NO X
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.</i>			

**5.**


 GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
 RED DE SALUD ABANCAY

  
 Yovanny Durand Valencia  
 JEFE 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.