

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

|  |                                 |   |   |                                      |  |   |                                      |
|--|---------------------------------|---|---|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <b>1. DATOS GENERALES</b>  |                                 |   |   |                                      |  |   |                                      |
| <b>1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>  |                                 | 27/05/2024  |   |                                      |  |   |                                      |
| <b>1.2 DEPENDENCIA USUARIA</b>   |                                 | DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA   |   |                                      |  |   |                                      |
| <b>1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>                                       |                                 | ADQUISICIÓN DE PRUEBAS DE GASES ARTERIALES, CON EQUIPO DE CESIÓN EN USO, PARA EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA, DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD – DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ |   |                                      |  |   |                                      |
| <b>1.4 Nº DE REFERENCIA DEL PAC</b>  |                                 | 15  | <b>OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO</b>  |                                      |  | 5006013 -TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO   |                                      |
| <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  | INFORME N° 024-HCH-SBS-DPTO.PATOLO.CLINICA/2024   |                                      | Fecha de recepción                                       |   | 12/02/2024                           |
| <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>4 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS</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>                         |                                 |   |   |                                      |  |   |                                      |
| Nº 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 |
| 1  | 11                              | -   | -   | -                                    | 6  | MEMORANDUM N° 051-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH.SBS-OA/UL-2024                                       | 23/02/2024                           |
| 2  |                                 | -   | -   | -                                    | 4  | MEMORANDUM N° 090-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH.SBS-OA/UL-2024                                       | 19/03/2024                           |
| 3  |                                 | -   | -   | -                                    | 1  | MEMORANDUM N° 117-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH.SBS-OA/UL-2024                                       | 1/04/2024                            |
| Consiguar una síntesis de las observaciones                                      |                                 |   |   |                                      |  |   |                                      |

032



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

**CONSULTAS Y OBSERVACIONES SOBRE EL EQUIPO EN CESIÓN EN USO**

*Consignar una síntesis de las observaciones*

*Consignar una síntesis de las observaciones*

**2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA**

| Nº 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 |
|---------|--|--|---|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| 1       | 11   | -  | -   | -                                    | 6   | MEMORANDUM N° 043-HCH-SBS-DPTO.PATOLO.CLINICA/2024  | 8/04/2024                            |
| 2       |  | -  | -   | -                                    | 4   | MEMORANDUM N° 044-HCH-SBS-DPTO.PATOLO.CLINICA/2024  | 8/04/2024                            |
| 3       |  | -  | -   | -                                    | 1   | MEMORANDUM N° 045-HCH-SBS-DPTO.PATOLO.CLINICA/2024  | 8/04/2024                            |

*Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones*

**ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES SOBRE EL EQUIPO EN CESIÓN EN USO**

*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**

| Nº 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 |
| DIEGO MEDICAL S.A.C. – RUC: 20547899475<br>VIRALAB S.A. – RUC: 20505328281<br>WP. BIOMED S.A. - RUC: 20505110651<br>INTELLICHECK. - RUC: 20547629338<br>INGENIERIA DE DIAGNOSTICO CLINICO SAC - RUC: 20552895496 |    |   |    |

|  |    |   |    |
|--|----|---|----|
| <b>4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>   | SI | X | NO |
| <i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas.</i><br><i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i> |    |   |    |

|   |    |  |    |   |
|---|----|--|----|---|
| <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> |    |  |    |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>5.</b>   | <br>GOBIERNO REGIONAL DE LIMA<br>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL CHANCAI SBS Dr. Domingo A. de Lepore |
|   | <br>Mtro. Rosa Hilda Contreras Falconi<br>JEFE DEL AREA  |
| 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.