

FORMATO N° 1

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	11/03/2025						
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	DEPARTAMENTO DE AYUDA AL TRATAMIENTO						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE KIT COMPLETO PARA GASES Y ELECTROLITOS SANGUÍNEOS ARTERIALES PARA EL CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL POR 12 MESES						
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC	1379	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	Nota N° D000003-DA-GSR-CNSR-ESSALUD-2025		Fecha de recepción	10/01/2025		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	21.01.2025	De oficio	----	Con motivo de observaciones	X	
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.				NO CORRESPONDE		
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
	1	2	0	---	---	2	NOTA N° 000010-DLO-OAD-GSR-CNSR-ESSALUD-2025	16/01/2025
OBSERVACION AL CONSIGNAR EL MODELO DEL EQUIPO ANALIZADOR DE GASES EN SANGRE Y ELECTROLITOS PORTATIL; Y, SOBRE EL TIEMPO DE EXPIRACION DE LOS PRODUCTOS.								
2.8	RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA							



FORMATO N° 1

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

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
1	2	0	---	--	2	MEMORANDO N°000042-DAT-GSR-CNSR-ESSALUD-2025	21/01.2025
SE CAMBIO EN LAS EETT EL MODELO EL EQUIPO ANALIZADOR DE GASES EN SANGRE Y ELECTROLITOS PORTATIL, Y SE BRINDO LA PRECISION SOBRE LA EXPIRACION DE LOS PRODUCTOS A TRAVES DE CARTA CANJE, ANTES DE SU VENCIMIENTO							

2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES

N° Item	Ajustes o modificaciones
1	SE PRECISO QUE EL MODELO DEL EQUIPO EL EQUIPO ANALIZADOR DE GASES EN SANGRE Y ELECTROLITOS PORTATIL, CORRESPONDE A ABL90 FLEX DE 17 PARAMETROS

3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO

3.1 SOBRE EL VALOR ESTIMADO

Se realizó indagación para actualizar el valor estimado	SI	---	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
La empresa DIAGNOSTICA PERUANA SAC presento carta de exclusividad de representación.			

4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	NO	X
La empresa DIAGNOSTICA PERUANA SAC presento carta de exclusividad de representación.			

4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	NO
De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.		

5.	 CRISTHIAN JOEL PEREZ QUISPE NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL	
----	---	--

NOTA: El presente formato se utilizará para la contratación de bienes y suministro de bienes.

