

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

**1. DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	27/05/2024		
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DE LA DIRESA HUANUCO		
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS DE LABORATORIO MICROCUBETAS DESCARTABLES PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE HB 201 X 50 UNID PARA EL PROGRAMA PRESUPUESTAL DESARROLLO INFANTIL TEMORANO Y LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DEMID DE KA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE HUANUCO		
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC	53	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO	Destinado a contribuir a la prevención y control de la anemia mediante la adecuada determinación de la hemoglobina en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas
1.5	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública		Código SNIP

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	OFICIO N°596-2024-GR-HCO-DRS-DG-DEMID	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	X	NO	
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI	X	NO	
		Documento que aprueba la estandarización	RESOLUCION DIRECTORAL N° 1824-GRH/DIRESA	Fecha de aprobación	26/08/2024

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
	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**

**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
	<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>2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES</b>	
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	NO	X

**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>SIME MEDICAL, EFOA TRADING</i>			

<b>4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	NO
<i>HEMOCUE HB 201</i>		

<b>4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI	X	NO
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.</i>			

**5.**

Gobierno Regional Huancayo  
 Dirección Regional de Salud Huancayo  
**C.P.C. Nestor G. Santos Rivera**  
 JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA  
 MAT. 20758

**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.