

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

<b>1. DATOS GENERALES</b>					
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	26/04/2024			
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA			
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE TUBOS DE MUESTRA DE SANGRE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD – DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ			
1.4	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	3	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO	0135998 BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL  0135999 BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS	
1.5	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP			
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública			
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>					
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 030-HCH-SBS-DPTO.PATOLO.CLINICA/2024	Fecha de recepción	21/02/2024
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 ÍTEM	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				

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

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
<i>Consiguar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consiguar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consiguar una síntesis de las observaciones</i>							

**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
<i>Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consiguar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							

**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**

**4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO**

SI	X	NO
----	---	----

GRUPO CATAMEDIC S.A.C. – RUC: 20607739499  
 CORPORACIÓN JEM BIOS E.I.R.L. – RUC: 20557788841  
 M&H BIOTECH S.R.L. - RUC: 206010981250  
 AV INCLIMEDIC LAB E.I.R.L. - RUC: 20600965361

**4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO**

SI	X	NO
----	---	----

*De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas.*  
*De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.*

**4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO**

SI		NO	X
----	--	----	---

*De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.*

**5.**



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL DE CHANCAY Y SUBESPECIALIDAD CLÍNICA DE LOPEZ

Mtra. Rosa Elvira Contreras Lukani  
 JEFE DE LA OFICINA DE LAS CONTRATACIONES

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.