

**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

| 1. DATOS GENERALES                    |   |  |   |  |                                      |  |  |                                      |
|---------------------------------------|---|--|---|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 1.1                                   | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO  | 24.10.2023   |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 1.2                                   | ÁREA USUARIA  | DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA  |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 1.3                                   | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                       | ADQUISICION DE REACTIVOS BIOQUIMICA CON EQUIPO EN CESION EN CESION DE USO (COMODATO) PARA EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DR. LUIS PINILLOS GANOZA |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 1.4                                   | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN                         |  |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 1.5                                   | Nº DE REFERENCIA DEL PAC  | 25   |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 1.6                                   | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA   | Código   |   |  |                                      |  |  |                                      |
|                                       |   | Documento que declaró la viabilidad  |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO |   |  |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 2.1                                   | DATOS DEL REQUERIMIENTO   | Documento de requerimiento   | INFORME N° 189-20223-GRLL/GRS/GS-IREN NORTE-PATOLOGIA CLINICA | Fecha de recepción   | 03.08.2023                           |  |  |                                      |
| 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   | X   | NO   |                                      |  |  |                                      |
|                                       |   | De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área 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   |   | NO   | X                                    |  |  |                                      |
|                                       |   | Documento de aprobación de la estandarización  |   |  |                                      | Fecha de aprobación                                      |  |                                      |
| 2.6                                   | SEÑALAR SI EL SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO   | SI   |   | NO   | X                                    |  |  |                                      |
|                                       |   | N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación   |   |  |                                      | Fecha de inicio de vigencia                              |  |                                      |
| 2.7                                   | REQUERIMIENTO   | Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.   |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 2.8                                   | OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO  |  |   |  |                                      |  |  |                                      |
|                                       | Nº Item   | Cantidad total de observaciones  | Cantidad de observaciones formuladas por el OEC               | Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento | Fecha de remisión de la comunicación | Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores | Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento | Fecha de remisión de la comunicación |
|                                       | <i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>                    |  |   |  |                                      |  |  |                                      |
| 2.9                                   | RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA  |  |   |  |                                      |  |  |                                      |

**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

| Nº Item  | Cantidad total de respuestas a las observaciones | Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC | Comunicación de respuesta del área usuaria | Fecha de remisión de la comunicación | Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores | Comunicación de respuesta del área usuaria | Fecha de remisión de la comunicación |
|--|--|--|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
|  |  |  |  |                                      |   |  |                                      |
| Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones |  |  |  |                                      |   |  |                                      |

|             |   |
|-------------|---|
| <b>2.10</b> | <b>AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b> |
| Nº Item     | Ajustes realizados al requerimiento               |
|             | NO  |

**3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO**

|            |  |            |   |            |
|------------|--|------------|---|------------|
| <b>3.1</b> | <b>FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b> | 16.08.2023 | <b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b> | 16.08.2023 |
|------------|--|------------|---|------------|

|  |   |    |          |    |
|--|---|----|----------|----|
| <b>3.2</b>   | <b>PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b> | SI | <b>X</b> | NO |
| ITEM 01 W.P. BIOMED S.A. y INGENIERIA DE DIAGNOSTICO SAC |   |    |          |    |

|  |  |    |    |          |
|--|--|----|----|----------|
| <b>3.3</b>   | <b>POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER)</b> | SI | NO | <b>X</b> |
| De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro. |  |    |    |          |

|   |  |    |    |          |
|---|--|----|----|----------|
| <b>3.4</b>  | <b>SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b> | SI | NO | <b>X</b> |
| De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación. |  |    |    |          |

|   |  |    |    |          |
|---|--|----|----|----------|
| <b>3.5</b>                                | <b>SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b> | SI | NO | <b>X</b> |
| De ser afirmativa la respuesta, detallar. |  |    |    |          |

|  |  |
|--|--|
| <b>4</b>   | REGIÓN "LA LIBERTAD"<br>GERENCIA REGIONAL DE SALUD<br><br>-----<br>Mg. BLANCA LILIANA ANICETO RAMOS<br>Responsable Area de Procesos<br>Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas<br>DR. LA LIBERTAD |
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ORGANISMO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES |  |