

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES

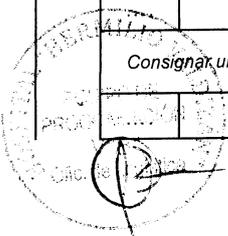
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	08/08/2023				
1.2	ÁREA USUARIA	D.A.T. SERVICIO DE FARMACIA				
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DEL MEDICAMENTO SERTRALINA 50 MG TAB.				
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	META 37: TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON SINDROME O TRANSTORNO PSICOTICO META 64: BRINDAR UNA ADECUADA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS				
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	24				
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código			NO APLICA	
		Documento que declaró la viabilidad			NO APLICA	

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	MEMORANDO N°0151-SF-HHV-2023	Fecha de recepción	19/06/2023		
	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 del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.			NO APLICA		
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		NO APLICA	Fecha de aprobación	NO APLICA	
	SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SI		NO	X		
		N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		NO APLICA	Fecha de inicio de vigencia	NO APLICA	
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
.....
Consignar una síntesis de las observaciones							
.....
Consignar una síntesis de las observaciones							
.....



FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

Consignar una síntesis de las observaciones

2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA

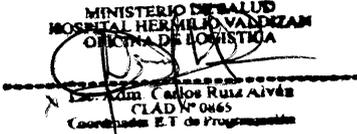
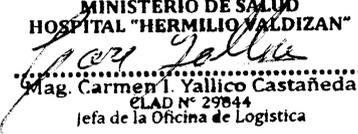
Nº Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación de respuesta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

3 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
	NO APLICA
	NO APLICA
	NO APLICA

3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	19/06/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	18/07/2023
3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.</i>			
3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<i>En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.</i>			
3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>			
3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>			
3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>
<i>De ser afirmativa la respuesta, detallar.</i>			

 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN" OFICINA DE LOGÍSTICA Dr. Adm. Carlos Ruiz Avelar CIAD N° 0465 Coordinador E.T. de Programación	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN" Mag. Carmen I. Yallico Castañeda CIAD N° 29844 Jefa de la Oficina de Logística
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES	

Elaborado por:
Caroli Ramos Hernández