

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

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	18/07/2024						
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE FARMACIA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICION DE MEDICAMENTO CLORURO DE SODIO, 0.9%, INYECTABLE, 1 L, FRASCO PARA EL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE "						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	NO HUBO						
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	47						
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	OFICIO N° 000396-2024-GR.LAMB/GERESA/HLR-DAT [515268563 - 0]		Fecha de recepción	05/03/2024		
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 del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.						
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	SI		NO		X		
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 BIEN 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							
	N° 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
	NINGUNA							





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

2.9	<b>RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
	N° 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							

2.10	<b>AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>	
	N° Item	Ajustes realizados al requerimiento

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

3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	12/03/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	14/04/2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	NEW LABCORPORATION SAC, DROGUERIA IMPORTADORA ARTICULOS MEDICOS SA, QUINALAB SAC, ROMAT PHARMACEUTICAL SAC, DROFAR SAC, DROGUERIA EL MAESTRO EIRL. GRUPO DISDROA SAC Y MARIA DEL CARMEN ONRONCOY SAC.			
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	MEDIFARMA, GENÉRICO, BRAUN			
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>
	En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.			
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"/>
	En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.			
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"/>
	En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.			

4	<p style="text-align: center;">   GOBIERNO REGIONAL MAYAQUE  GERENCIA REGIONAL DE SALUD  HOSPITAL REGIONAL MAYAQUE-HOSPITAL  Ing. DEKO ANTONIO QUINTANA ZUNIGA  ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  CIP. 229701 </p>			
	<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>			