

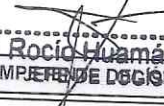
FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES	
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	26/10/2023
1.2 ÁREA USUARIA	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN INSTITUCIONAL DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA PREVENCIÓN DE LLUVIAS (FENÓMENO DEL NIÑO 2023-2024) ESTRATEGIA SANITARIA METAXENICAS, ZOONOSIS; ÍTEM: SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 1 L
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	134
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	MEMORANDO N° 000511-2023-GR.LAMB/GERESA-DEMID [4770733-3]	Fecha de recepción	02/10/2023			
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		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 ÍTEMS	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° Ítem	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							

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GENECIA REGIONAL DE SALUD
Kely Rocío Huamán Sánchez
JEFE DE LOGÍSTICA

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA							
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
<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>							
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
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		16/10/2023		FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		20/10/2023	
3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI <input checked="" type="checkbox"/> X		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"/> X		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 checked="" type="checkbox"/> X	
<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 checked="" type="checkbox"/> X	
<i>En caso de obtenerse información que se pueda 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 checked="" type="checkbox"/> X	
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>							
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE GERENCIA REGIONAL DE SALUD  Kely Rocío Huamán Sánchez ENCARGADA DE LAS CONTRATACIONES							
4 NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							