

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

1. DATOS GENERALES

| | | | | |
|-----|---------------------------------|---|---------------------------------|--|
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 4/07/2024 | | |
| 1.2 | DEPENDENCIA USUARIA | SISMED | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | "ADQUISICION DE MEDICAMENTOS (DICLOFENACO SODICO 25MG/ML INY 3 ML) PARA ATENCION A PACIENTES ASEGURADOS AL SIS" | | |
| 1.4 | N° DE REFERENCIA DEL PAC | 3 | OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO | |
| 1.5 | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | Código SNIP | | |
| | | Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública | | |

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

| | | | | | |
|-----|---|--|---------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | NOTA INFORMATIVA 456-2024-RSPN-ODI/US | Fecha de recepción | 5/06/2024 |
| 2.2 | MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | Fecha de la segunda 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 ITEMS | SI | NO | X | |
| 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

| N° 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 |
|---|---------------------------------|---|---|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | |
| Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |

2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA

| N° 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 |
|---------|--|--|---|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | |

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

| | | |
|-----|---|--------------------------|
| 2.9 | AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES | |
| | N° 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 | | NO | X |
|---|----|--|----|---|

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 | |
| | <i>De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores.: G MEDICAL DROGUERIA S.A.C. ; LINEAS HOSPITALARIAS SAC; GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C.</i> | | | | |
| | <i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i> | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|----|--|----|---|
| 4.2 | PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | | NO | X |
| | <i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas.</i> | | | | |
| | <i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.: A travez de la indagacion de mercado se determina que la marca ofertada por todos los póstores es PHARMAGENERICO</i> | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|----|--|----|---|
| 4.3 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO | SI | | NO | X |
| | <i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.</i> | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 5. |  | | | | |
| | 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.