

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

**1. DATOS GENERALES**

<b>1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>	17/08/2023
---	------------

<b>1.2 DEPENDENCIA USUARIA</b>	DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
--------------------------------	---

<b>1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	ADQUISICION DE MEDICAMENTOS DE MAYOR DEMANDA (IBUPROFENO 100 MG/5ML SUP. 60ML) PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES AFILIADOS AL SIS
--	--

<b>1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>	54	<b>OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO</b>	Los medicamentos han sido incluidos en el plan de compras de la entidad, con el fin de tenerlos disponibles para la satisfacción de las necesidades de los usuarios, beneficiarios o destinatarios asimismo buscar, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la efectividad de los tratamientos prescritos.
-------------------------------------	----	--	--

<b>1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	Código SNIP	
	Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública	

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

<b>2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>	Documento de requerimiento	OFICIO N° 424-2023-GR-HCO-DRS-DG-DEMD	Fecha de recepción	21/07/2023
------------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--------------------	------------

<b>2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA</b>	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	

<b>2.3 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)</b>	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.			

<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS</b>	SI	X	NO	
--	----	---	----	--

<b>2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>	SI	NO	X
	Documento que aprueba la estandarización		Fecha de aprobación

<b>2.6 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN</b>	Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.
---	--

<b>2.7 OBSERVACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b>							
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							
Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							

**2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA**



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

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
	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						

<b>2.9</b>	<b>AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES</b>						
N° Item	Ajustes o modificaciones						

**3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO**

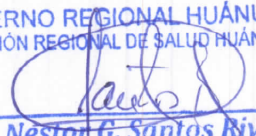
<b>1</b>	<b>SOBRE EL VALOR ESTIMADO</b>			
	Se realizó indagación para actualizar el valor estimado	SI	NO	X

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

<b>4.1</b>	<b>PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI X	NO	
	DROGUERIA IMPOFAR SAC, GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE-SIE N° 0011-2023-GR-LAMB/GERESA-L-			

<b>4.2</b>	<b>PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI X	NO	
	GENÉRICO			

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

<b>5.</b>	<p align="center"> <b>GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO</b>  <b>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO</b>    <b>C.P.C. Nestor G. Santos Rivera</b>  <b>JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA</b>  <b>MAT. 20758</b> </p>			
	<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>			

**NOTA:** El presente formato se utilizará para la contratación de bienes y suministro de bienes.