

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

1. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 06.05.2024. |
| 1.2 ÁREA USUARIA | DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | "ADQUISICION DE GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 7" |
| 1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | |
| 1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC | 54 |
| 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° 000191-2024-GR.LAMB/GERESA-DEMID [515273180-16] | Fecha de recepción | 09.04.2024 |
| 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 | x | NO | |
| 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 |
|--|---------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| | | | | | | | |
| <i>Consignar una síntesis de las observaciones</i> | | | | | | | |

2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA



**FORMATO
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 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 | | | | | | | |

| | |
|-------------|---|
| 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 | 18.04.2024 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 22.04.2024 |
|------------|--|------------|---|------------|

| | | | | | |
|--|---|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| 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 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 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 checked="" type="checkbox"/> |
| <i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i> | | | | | |

4


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

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES