

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

**DATOS GENERALES**

<b>1.</b>			
<b>1.1</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>	24/03/2025	
<b>1.2</b>	<b>DEPENDENCIA USUARIA</b>	Sub Almacén de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.	
<b>1.3</b>	<b>DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LOS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR. ( ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400+400MG/5, L SUS 150 mL)	
<b>1.4</b>	<b>N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>	7	<b>OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO</b> -
<b>1.5</b>	<b>PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	Código SNIP	-
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública	-

**INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>	Documento de requerimiento	INFORME N° 0030-2025-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED	Fecha de recepción	10/03/2025
<b>2.2</b>	<b>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</b>	<b>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>2.4</b>	<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS</b>	SI	X	NO	
<b>2.5</b>	<b>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</b>	<b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN</b>	Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.			

<b>2.7</b>							
<b>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							

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

Consignar una síntesis de las observaciones

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

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

**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	X	NO
---	----	---	----

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

<b>4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	NO
LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C, GLASSGOW MEDICAL CORPORATION S.A.C, G MEDICAL DROGUERIA S.A.C			

<b>4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	NO
<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas. De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>			

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

**5.**


**GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH**  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH  
  
 CPC. Javier Alberto Villanueva Loyola  
 JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

**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.