
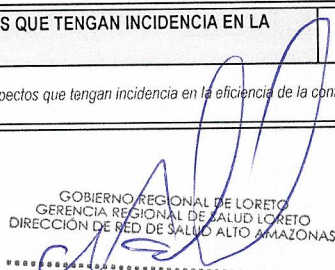




DIRECCION DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|------------|--|
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | | |
| 1.1 FECHA | | 06 DE SETIEMBRE DE 2024 | | | | | | | |
| 1.2 ÁREA USUARIA | | DIRECCION DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS | | | | | | | |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | | ADQUISICIÓN DE PRODUCTO FARMACÉUTICO – AMOXICILINA 250 mg/ 5 mL, Supension 60 mL, PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS IPRESS DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS | | | | | | | |
| 1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | | NO | | | | | | | |
| 1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC | | 14 | | | | | | | |
| 1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | | Código | | | | No Aplica | | | |
| | | Documento que declaró la viabilidad | | | | No Aplica | | | |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | | | | | |
| 2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO | | Documento de requerimiento Oficio / Pedido de Compra | | 544 | | Fecha de recepción | | 23/08/2024 | |
| 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 | | | |
| 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. | | | | No aplica | | | |
| 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 de aprobación de la estandarización | | No aplica | | 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 | | No aplica | | 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 | | |
| | | | | | | | | | |
| Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | | | |
| 2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA | | | | | | | | | |

|  DIRECCION DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS 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 | | 23/08/2024 | | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | | 6/09/2024 | |
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | | | | SI | X | NO | | |
| Pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento siendo estos: SELVAMED EIRL, DROGUERIA SAN MARTIN DE: ORONCOY BUENO MARIA DEL CARMEN y ASTRA MEDICAL EIRL. | | | | | | | | | |
| 3.3 | PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | | | | SI | | NO | X | |
| En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto. | | | | | | | | | |
| 3.4 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO | | | | SI | | NO | X | |
| En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar. | | | | | | | | | |
| 3.5 | SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN | | | | SI | | NO | X | |
| En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla. | | | | | | | | | |
| 3.6 | SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN | | | | SI | | NO | X | |
| En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla. | | | | | | | | | |
| 4 | <p style="text-align: center;">  GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO DIRECCION DE RED DE SALUD ALTO AMAZONAS ***** CPC. NEY PIPA LECCA JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA </p> | | | | | | | | |
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | | | | | | |