


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

<b>1. DATOS GENERALES</b>							
<b>1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>		<b>30/09/2024</b>					
<b>1.2 DEPENDENCIA USUARIA</b>		<b>RED DE SALUD ABANCAY ( UNIDAD DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS)</b>					
<b>1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>		<b>ADQUISICION DE MEDICAMENTO HALOPERIDOL ( COMO DECANOATO) 50 MG/ML INY 1ML, PARA LA UNIDAD EJECUTORA DE RED DE SALUD ABANCAY.</b>					
<b>1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>				<b>OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO</b>			
<b>1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>		Código SNIP					
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública					
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
<b>2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>		Documento de requerimiento	<b>INFORME N° 564-2024-UMID/RSA/APURIMAC</b>		Fecha de recepción		<b>18/09/2024</b>
<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	<b>X</b>	
		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 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS</b>		SI			NO	<b>X</b>	
<b>2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>		SI			NO	<b>X</b>	
		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

<b>FORMATO N° 1</b> <b>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS</b> <b>(BIENES)</b>							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
<b>2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA</b>							
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
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<b>2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES</b>							
N° Item	Ajustes o modificaciones						
NINGUNO							
<b>3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO</b>							
<b>3.1 SOBRE EL VALOR ESTIMADO</b>							
Se realizó indagación para actualizar el valor estimado				SI	X	NO	
<b>4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>							
	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	18/09/2024	FECHA DE CULMINACION DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	20/09/2029			
4.1	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI	X	NO		
Proveedor 1: ALMACENES FARMACEUTICOS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA, Proveedor 2: CORPORACION MEDICA GOYFA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA, Proveedor 3: MEDIKA EXPRESS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA							
4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI	X	NO		
<b>MARCAS: GENERICO, PHARMAGENERICOS, PHARMAGENERICOS</b>							
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>							
<div style="text-align: center;">  <p><b>GOBIERNO REGIONAL APURIMAC</b>                          DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC                          RED DE SALUD APURIMAC</p> <p><b>Yovanny Durand Valencia</b>                          JEFE DE LOGISTICA</p> </div>							
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>							
<b>NOTA:</b> El presente formato se utilizará para la contratación de bienes y suministro de bienes.							