

FORMATO N° 1 RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)									
1. DATOS GENERALES									
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		3/04/2025							
1.2 DEPENDENCIA USUARIA		OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO, OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO, OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL, OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA Y OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL - OGESS ESPECIALIZADA							
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS POR COMPRA CORPORATIVA FACULTATIVA REGIONAL 2025 - EQUIPO MICROGOTERO CON CAMARA GRADUADA 100 ML							
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC		Compras Corporativas Facultativas			OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO				
1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA		Código SNIP							
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública							
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO									
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO		Documento de requerimiento		18/03/2025		Fecha de recepción		24/03/2025	
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 de la dependencia usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.							
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 que aprueba la estandarización		Fecha de aprobación					
2.6 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN		Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.							
2.7 OBSERVACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS									
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		

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

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

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

4.1	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
	DISTRIBUIDORA Y DROGUERIA SAN LUCAS S.A.C. - DROGUERIA ACOSTA E.I.R.L. - DROGUERIA SELVAMEDIC'S E.I.R.L. - DROGGER S.A.C.				
4.2	PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
	HID MED - SALKHOFAR				
4.3	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO	X
	De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.				

5.	 <p> DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN U.E. 401 OGESS - ALTO MAYO  CPC Wilian Lopez Ruiz RESPONSABLE DEL ÁREA DE LOGÍSTICA OGESS - A.M. </p>
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES	