

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)									
1. DATOS GENERALES									
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	14/05/2024							
1.2	ÁREA USUARIA	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS							
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE COMPRA INSTITUCIONAL DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS – INSUMOS: COLESTEROL HDL 1 DET, TRIGLICERIDOS ENZIMATICO 1 DET, PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA – 1 DET PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE							
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	-							
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	45							
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° 000195-2024-GR.LAMB/GERESA-DEMID [515288455-3]			Fecha de recepción	09/04/2024		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	22/04/2024		De oficio		Con motivo de observaciones	X	
		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	
	1	1	1	OFICIO N° 000724-2024-GR.LAMB/GERESA-OEAD-OFLO	09/04/2024	0	0	0	
Consignar una síntesis de las observaciones									
Consignar una síntesis de las observaciones									





<b>FORMATO</b> <b>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS</b> <b>(BIENES)</b>							
Consignar una síntesis de las observaciones							
<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
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
1	1	1	OFICIO N° 000155-2024-GR.LAMB/GERESA-DEMID	22/04/2024	0	0	0
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							
<b>2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>							
N° Item	Ajustes realizados al requerimiento						
<b>3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>							
<b>3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		24/04/2024		<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		13/05/2024	
<b>3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				SI	X	NO	
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.							
<b>3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				SI	X	NO	
En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.							
<b>3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>				SI		NO	X
En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.							
<b>3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>				SI		NO	X
En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.							
<b>3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>				SI		NO	X
En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.							
<b>4</b>  GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE GERENCIA REGIONAL DE SALUD  <div style="border-top: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; text-align: center;"> Kely Rocio Huamán Sánchez  JEFE DE LOGÍSTICA </div>							
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							