

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

DATOS GENERALES

1.	
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	27/11/2024
1.2 DEPENDENCIA USUARIA	SISMED
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LOS 52 ESTABLECIMIENTOS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD CONCHUCOS NORTE - EJECUTORA 745 POMABAMBA
1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC	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

INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N°040-2024-REGION ANCASH-DIRESA-A-RSCN-P/SISMED/J	Fecha de recepción	11/04/2024
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
	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		
	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		
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)

<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							

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
<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>							

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	
GROUP OF DRUGSTORES & PHARMACIES S.A.C. - GRUPO D & P S.A.C. REYSA MEDIC E.I.R.L. GRUPO LIBERA S.A.C.				
4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas.</i> <i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i>				
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>				

5.	 <p>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL INTEGRADA DE SALUD CUSCO NORTE - POMAHUMBA REGION CUSCO DR. ADM. EDYSON J. DOMÍNGUEZ TZAURENDO JEFE DE LOGÍSTICA DNI: 46255119</p>
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.