

**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES)**

**1. DATOS GENERALES**

<b>1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>	12/03/2024	
<b>1.2 ÁREA USUARIA</b>	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	
<b>1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	ADQUISICION DE CALCITRIOL 0.25 UG TAB.Para el Departamento de Farmacia del Hospital San Juan de Lurigancho	
<b>1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN</b>	-	
<b>1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>	21	
<b>1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	Código	-
	Documento que declaró la viabilidad	-

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

<b>2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>	Documento de requerimiento	NOTA INFORMATIVA N° 054-2024-DFA-HSJL-DIRIS LC-MINSA	Fecha de recepción	8/02/2024		
<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	X			
	De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área 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	X		
<b>2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>	SI	-	NO	X		
	Documento de aprobación de la estandarización		-	Fecha de aprobación	-	
<b>2.6 SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO</b>	SI	-	NO	X		
	N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		-	Fecha de inicio de vigencia	-	
<b>2.7 REQUERIMIENTO</b>	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							
Consignar una síntesis de las observaciones							





**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES)**

Consignar una síntesis de las observaciones
---

<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
Nº 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							
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>	
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
	-
	-
	-

**3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO**

<b>3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	9/02/2024	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	12/02/2024
--	-----------	---	------------

<b>3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO	
<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.</i>				

<b>3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO	
<i>En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.</i>				

<b>3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>				

<b>3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>				

<b>3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>				

<b>4</b>	<div style="text-align: center;">  <p>                             MINISTERIO DE SALUD                              Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro                              HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO                         </p>  <p>                             LIC. ADM. IRENÉ RODRIGUEZ HUERTA                              JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA                              CIAD Nº 3565                         </p> </div>
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>	