

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

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | |
| 1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | | 21/07/2023 | | | | | |
| 1.2 DEPENDENCIA USUARIA | | DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO | | | | | |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | | "ADQUISICION DE MEDICAMENTOS DE MAYOR DEMANDA (AMOXICILINA 500 MG-TAB) PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES AFILIADOS AL SIS" | | | | | |
| 1.4 N° DE REFERENCIA DEL PAC | | 46 | OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO | | Los medicamentos han sido incluidos en el plan de compras de la entidad, con el fin de tenerlos disponibles para la satisfacción de las necesidades de los usuarios, beneficiarios o destinatarios asimismo buscar, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la efectividad de los tratamientos prescritos. | | |
| 1.5 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | | | | | | | |
| | | Código SNIP | | | | | |
| | | Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública | | | | | |
| INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | | | |
| 2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO | | Documento de requerimiento | OFICIO N° 371-2023-GR-HCO-DRS-DG-DEMD | | Fecha de recepción | | 12/07/2023 |
| 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 | X | 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 |
| Consiguar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| Consiguar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| Consiguar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| Consiguar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| 2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA | | | | | | | |

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

| 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 | | NO | | X | |

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 | |
| | DROGUERIA IMPOFAR, DROGUERIA CADILLO SAC, CORPORACION SAREPTA E.I.R.L. | | | | |

| | | | | | |
|------------|--|----|---|----|--|
| 4.2 | PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO | |
| | GENERICOS | | | | |

| | | | | | |
|------------|--|----|---|----|--|
| 4.3 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO | SI | X | NO | |
| | De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro. | | | | |

| | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|
| 5. | <p style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  C.P.C. Nestor G. Santos Rivera JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA MAT. 20758 </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.