

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

1. DATOS GENERALES					
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	02.08.2023			
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	AREA DE ALMACEN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS - OGESS-BM			
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LAS REDES DE SALUD, SAN MARTIN, LAMAS, PICOTA Y EL DORADO, DE LA OGESS BAJO BAJO MAYO - REGION SAN MARTIN			
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC	31	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	NOTA DE COORDINACION N° 534,504,502, 499,494, 483, 480-2023 - DT-AE-OGESS-BM.	Fecha de recepción	30.05.2023
			NOTA DE COORDINACION N° 490,-2023 - DT-AE-OGESS-BM.	Fecha de recepción	29.05.2023
			NOTA DE COORDINACION N° 335,-2023 - DT-AE-OGESS-BM.	Fecha de recepción	10.05.2023
			NOTA DE COORDINACION N°462,453,-2023 - DT-AE-OGESS-BM	Fecha de recepción	24.05.2023
			NOTA DE COORDINACION N°428,412,-2023 - DT-AE-OGESS-BM.	Fecha de recepción	25.05.2023
			NOTA DE COORDINACION N°397,395,392, 386,-2023 - DT-AE-OGESS-BM.	Fecha de recepción	26.05.2023
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	X	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	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 Especifica de las Bases.			
2.7	OBSERVACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS				

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

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
<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	NO	X
----	----	---

*De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores.
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.*

4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO

SI	X	NO
----	---	----

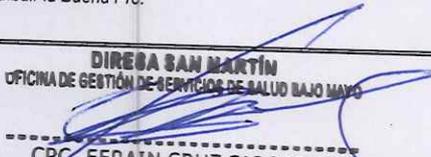
*De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas.
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.*

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.

DIRESA SAN MARTÍN
 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MANO


CPC. EFRAIN CRUZ FARSEQUE
 NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE