

| FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | |
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 02 DE MAYO DEL 2023 | | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - GERESA LAMBAYEQUE | | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | ADQUISICION DEL PRODUCTO FARMACEUTICO METFORMINA, 850 mg, TABLETA PARA LAS IPRESS DE LA GERESA LAMBAYEQUE. | | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | - | | | | | | |
| 1.5 | N° DE REFERENCIA DEL PAC | 13 | | | | | | |
| 1.6 | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | Código | NO APLICA | | | | | |
| | | Documento que declaró la viabilidad | NO APLICA | | | | | |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | | | | |
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | MEMORANDO N°000194-2023-GR.LAMB/GERESA-DEMID (4545372-1) | | Fecha de recepción | 18/04/2023 | | |
| 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 del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso. | | | | | | |
| 2.4 | SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ÍTEMS | SI | | NO | | X | | |
| 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 |
| | | | | | | | | |
| | Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Consignar una síntesis de las observaciones | | | | | | | |



105

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

.....

Mg. Lorena A. Jara Saenz
JEFE DE LOGISTICA