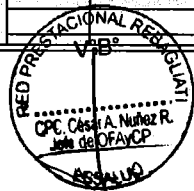
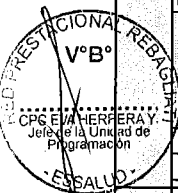


160

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

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	16.09.2024						
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DE LA GERENCIA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – ESSALUD						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"CONTRATACIÓN DEL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA CIRUGÍA DE VITRECTOMÍA PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE ESSALUD, POR UN PERIODO DE DOCE (12) MESES".						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	OE2 BRINDAR A LOS ASEGURADOS ACCESO OPORTUNO A PRESTACIONES INTEGRALES Y DE CALIDAD ACORDE A SUS NECESIDADES AE 2.4 SERVICIOS DISPONIBLES PARA BRINDAR ATENCIONES CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD A LOS ASEGURADOS						
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	1657						
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	-					
		Documento que declaró la viabilidad	-					
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Nota N° 337-SO-DCCyC-CQ-GHNERM-ESSALUD-2024		Fecha de recepción	23/05/2024		
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	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 ÍTEMES	SI	X	NO				
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° Ítem	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
	RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA							
	N° Ítem	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
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	N° Ítem	Ajustes realizados al requerimiento						



FORMATO				
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)				
3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO				
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	24/05/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	12.08.2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	NO	X
	<p>La empresa ALCON PHARMACEUTICAL DEL PERÚ S.A., único proveedor que remitió su cotización la cual fue validada por el área usuaria, es la única empresa que podría brindar el suministro de los bienes solicitados, esto dado su condición de REPRESENTANTE EXCLUSIVO DE LOS PRODUCTOS MARCA ALCON en todo el territorio de la República del Perú, representación que incluye las actividades de importación, comercialización y prestación de servicio técnico de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, y la provisión de los repuestos necesarios para cumplir con el servicio técnico anotado, condición que se encuentra acreditada mediante CARTA DE EXCLUSIVIDAD DE REPRESENTACIÓN, emitida por la empresa ALCON LABORATORIES, INC., fabricante del equipo de vitrectomía modelo "CONSTELLATION" con que cuenta el Servicio de Oftalmología; se informa además que la citada empresa mediante DECLARACIÓN JURADA, ha declarado no ceder a terceros los derechos de la representación que le fue otorgada por ALCON LABORATORIES, INC.; lo cual lo acredita como único proveedor para la presente contratación, hecho que también ha sido señalado por el Servicio de Oftalmología mediante Nota N° 510-SO-DCCyC-CQ-GHNERM-ESSALUD-2024 (08.08.2024).</p>			
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	NO	X
	<p>La empresa ALCON PHARMACEUTICAL DEL PERÚ S.A., único proveedor que remitió su cotización la cual fue validada por el área usuaria, es la única empresa que podría brindar el suministro de los bienes solicitados, esto dado su condición de REPRESENTANTE EXCLUSIVO DE LOS PRODUCTOS MARCA ALCON en todo el territorio de la República del Perú, representación que incluye las actividades de importación, comercialización y prestación de servicio técnico de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, y la provisión de los repuestos necesarios para cumplir con el servicio técnico anotado, condición que se encuentra acreditada mediante CARTA DE EXCLUSIVIDAD DE REPRESENTACIÓN, emitida por la empresa ALCON LABORATORIES, INC., fabricante del equipo de vitrectomía modelo "CONSTELLATION" con que cuenta el Servicio de Oftalmología; se informa además que la citada empresa mediante DECLARACIÓN JURADA, ha declarado no ceder a terceros los derechos de la representación que le fue otorgada por ALCON LABORATORIES, INC.; lo cual lo acredita como único proveedor para la presente contratación, hecho que también ha sido señalado por el Servicio de Oftalmología mediante Nota N° 510-SO-DCCyC-CQ-GHNERM-ESSALUD-2024 (08.08.2024; por lo que para la presente contratación no existe pluralidad de marcas.</p>			
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	NO	X
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI	NO	X
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI	NO	X
4	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>EsSalud RED PRESTACIONAL REBAGLIATI</p> <p>..... CPC EVA LUZ HERRERA YATACO Jefe de la Unidad de Programación</p> </div> <div> <p>EsSalud RED PRESTACIONAL REBAGLIATI</p> <p>..... CPC General Augusto Nuñez Romero Jefe de la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial</p> </div> </div>			
	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES			