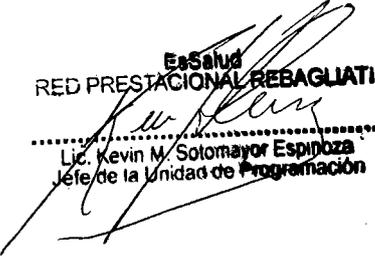
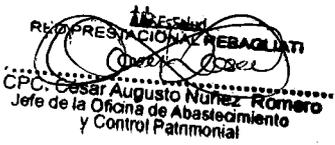


FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
<b>1. DATOS GENERALES</b>							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	16/07/2024					
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE PEDIATRÍA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA CLÍNICA					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"CONTRATACIÓN DEL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: KIT DE GASTROSTOMÍA DE BOTÓN DE BAJO PERFIL PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 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	1402					
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	-				
		Documento que declaró la viabilidad	-				
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Nota N° - 37 -SPC-DPC-GC-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2024	Fecha de recepción	17/01/2024		
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 ITEMS	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				
REQUERIMIENTO		Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					
<b>2.7 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
Nº 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
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
<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
-	-	-	-	-	-	-	-
Se dio respuesta a las observaciones.							
-	-	-	-	-	-	-	-

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI  
V°B°  
Lic. Evelyn Solari Mayor  
Jefe de la Unidad de  
Programación  
-ESSALUD-

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI  
V°B°  
CPC. César A. Núñez R.  
Jefe de OFAyOP  
-ESSALUD-

2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO			
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento		
	-	NO SE REALIZARON AJUSTES AL REQUERIMIENTO		
	-			
3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO				
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	02/04/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	14/06/2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	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>			
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	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>			
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO X
	<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>			
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO X
	<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>			
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO X
	<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>			
4	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>EsSalud</b> RED PRESTACIONAL REBAGLIATI Lic. Kevin M. Sotomayor Espinoza Jefe de la Unidad de Programación</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>EsSalud</b> RED PRESTACIONAL REBAGLIATI CPC. César Augusto Nuñez Romero Jefe de la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial</p> </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b></p>			