

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

| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | |
|--|---|---|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 16/10/2023 | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | DIRECCION DE PROGRAMACION | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO - (PLERIXAFOR 24 MG / 1.2 ML INYECTABLE) | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | 5006029 | | | | | |
| 1.5 | Nº DE REFERENCIA DEL PAC | 212 | | | | | |
| 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 | Memorándum N° 484-2023-DP-CENARES/MINSA | Fecha de recepción | 1/09/2023 | | |
| | 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 | |
| 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 | | 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 Especifica de las Bases. | | | | | |
| 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 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA | | | | | | | |
| N° 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 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO | | | | | | | |
| N° Item | Ajustes realizados al requerimiento | | | | | | |
| 1 | | | | | | | |
| 3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | | | | | | |



| | | | | |
|-----|---|-----------|--|------------|
| 3.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 8/09/2023 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 12/10/2023 |
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | NO | X |
| | SE DETERMINA QUE LA ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO - (PLERIXAFOR 24 MG / 1.2 ML INYECTABLE), DEBE REALIZARSE MEDIANTE CONTRATACIÓN DIRECTA POR HABERSE CONFIGURADO EL SUPUESTO DE PROVEEDOR ÚNICO. | | | |
| 3.3 | PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | NO | X |
| | SE DETERMINA QUE LA ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO - (PLERIXAFOR 24 MG / 1.2 ML INYECTABLE), DEBE REALIZARSE MEDIANTE CONTRATACIÓN DIRECTA POR HABERSE CONFIGURADO EL SUPUESTO DE PROVEEDOR ÚNICO. | | | |
| 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 | <p style="text-align: center;"> MINISTERIO DE SALUD Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud - CENARES  ING. JUAN CARLOS MARTÍN CASTILLO DÍAZ Ejecutivo Adjunto I Dirección de Adquisiciones </p> <p style="text-align: center;">NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</p> | | | |