

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	5/03/2024						
1.2	ÁREA USUARIA	DPTO. FARMACIA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 1.5% Y 4.5% SOL 2L PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA PARA EL PERIODO DE 12 MESES						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN							
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC							
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	INFORME N° 016-2024-DF-AE-HNDM	Fecha de recepción	15/01/2024			
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		
SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)		SI	x	NO				
		De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.		SE HA CONSIDERADO LA CONTRATACION POR PAQUETE, TODA VEZ QUE SE TRATA DE UN MISMO BIEN, PERO CON DIFERENTES ESPECIFICACIONES TECNICAS Y AL SER LA MISMA FINALIDAD PUBLICA, SE ENCUENTRAN VINCULADOS ENTRE SI, DE MANERA QUE ES CONVENIENTE QUE SEA CONVOCADO COMO ITEM PAQUETE.				
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 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								

FORMATO							
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA							
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
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
Nº Item	Ajustes realizados 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		16/01/2024		FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		22/02/2024	
3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI		NO		X	
La empresa FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. presenta una carta por parte de la empresa FRESENIUS MEDICAL CARE ANDINA S.A.S en la cual deja constancia que la empresa FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A., es representante exclusivo en el Perú y es la única autorizada para comercializar la línea de productos para hemodialisis, diálisis peritoneal y diálisis del sistema Andy Disc y que se encuentra facultada a representar en concursos públicos convocados por instituciones privadas, públicas y castrenses y ESSALUD.							
3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI		NO		X	
En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.							
3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO		SI		NO		X	
En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.							
3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN		SI		NO		X	
En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.							
3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN		SI		NO		X	
En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"</p> <p>Baen. FAVY K. OLIVERA LOAYZA Jefa de la Oficina de Logística</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"</p> <p>TAP. MANUEL EUGENIO CARREÑO GAMBOA Coordinador del Equipo de Trabajo de Programación - Oficina de Logística</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"</p> <p>MOISES LADERA ALVA Equipo de Trabajo de Programación - Oficina de Logística</p> </div> </div> <p>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</p>							