

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

## **1. DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	12.12.2024
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE FARMACIA - DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA- CENTRO QUIRÚRGICO
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOS QUIRÚRGICOS -KIT DE ROPA DESCARTABLE PARA CIRUGIA TALLA L X 12 PIEZAS
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	OEI. 01 Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	<i>126</i>
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	<div align="right">Código</div> <div align="center">Documento que declaró la viabilidad</div>

## **2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Memorando N° 1818-DASP-INSN-2024	Fecha de recepción	19.09.2024
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA	Fecha de la primera versión	18.11.2024	De oficio	-
		Fecha de la segunda versión	-	De oficio	-

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 ÍTEM	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	-

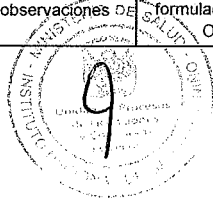
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Especifica de las Bases.
-----	---------------	--

## **2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO**

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
1					4	Memorando N° 558-UPLCP-OL-INSN-2024	27.09.2024
2							

## **2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA**

Nº Item	Cantidad total 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



FORMATO									
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)									
	1						4	Memorando N° 1673-SF-DASP-INSN-2024	18.11.2024
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO									
	N° 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		24.09.2024		FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO				12.12.2024	
3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI		X		NO			
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.									
3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO		SI		X		NO			
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.									
4									
MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO									
LIC. ADM. MARCO SARANGO TORNERO									
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO REPRESENTANTE DEL ORGANISMO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES									

