


14

| FORMATO | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--------------------------------------|---|--|
| RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) | | | | | | | |
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | |
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 6/09/2023 | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | DEPARTAMENTO DE FARMACIA | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | SIE N° 07-2023-HNAL " ADQUISICION DEL PRODUCTO FARMACEUTICO AGUA PARA INYECCION 1 L" | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | 5006269 - PREVENCIÓN, CONTROL, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORONAVIRUS | | | | | |
| 1.5 | N° DE REFERENCIA DEL PAC | 53 | | | | | |
| 1.6 | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | Código | NO APLICA | | | | |
| | | Documento que declaró la viabilidad | NO APLICA | | | | |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | | | |
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | INFORME 0924 -DF-HNAL-2023 | Fecha de recepción | 26.06.2023 | | |
| 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 | | |
| 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 ÍTEMS | 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° 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 |
| | | | | | | | |
| | NO CORRESPONDE | | | | | | |
| 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 |
| | | | | | | | |
| | NO CORRESPONDE | | | | | | |
| 2.10 | AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO | | | | | | |

| FORMATO | | | | | |
|---|--|------------|--|----|------------|
| RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES) | | | | | |
| N° Item | Ajustes realizados al requerimiento | | | | |
| | NO CORRESPONDE | | | | |
| 3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | | | | |
| 3.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 29.06.2023 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | 06.09.2023 |
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO | |
| | DISCOVERY LAB EIRL PROMSA PERU EIRL BONNE SANTE FARMA EIRL B.BRAUN MEDICAL PERU SA | | | | |
| 3.3 | PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO | |
| | BBRAUN GENERIC | | | | |
| 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 | X | NO | |
| | SISTEMA DE CONTRATACION: SUMA ALZADA | | | | |
| 4 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Elizabeth Córdova Mallqui Especialista en Contrataciones del Estado </div> <div> HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA" Abog. Cesar Humberto Abrill Arredondo JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA </div> <div>  </div> </div> | | | | |
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | | |