



FORMATO								
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)								
1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	14/05/2024						
1.2	ÁREA USUARIA	Servicio de Cirugía Hepatobiliar del Hospital Nacional Edagardo Rebagliati Martins-ESSALUD						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA HEPATOBILIAR DEL HNERM"						
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	N° DE REFERENCIA DEL PAC	1039						
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	Nota N° 013-SCHyVB-DCGyD-GQ-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2024,	Fecha de recepción	13/02/2024			
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	25/03/2024	De oficio	-	Con motivo de observaciones	Consultas a las Especificaciones técnicas	
		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		
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
	1	1				1	NOTA N°901-OFAYCP-GRPR-ESSALUD-2024	13/03/2024
	-	-	-	-	-	-	-	-
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
	1	1				1	NOTA N°347-DCGyD-GQ-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2024	25/03/2024
	Se dio respuesta a las observaciones.							

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI
VºBº
Lic. Kevin Solomayor
Jefe de la Unidad de Programación
ESSALUD

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI
VºBº
CPC. César A. Nuñez
Jefe de OFAYCP
ESSALUD

	-	-	-	-	-	-	-
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento					
	1	se modificaron las especificaciones técnicas, en 18 componentes y se realizó la traducción en castellano					
	-	-					
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			10/04/2024	
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>EsSalud RED PRESTACIONAL REBAQUATI Lic. Kevin M. Sotomayor Espinoza Jefe de la Unidad de Programación</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>EsSalud RED PRESTACIONAL REBAQUATI CPC César Augusto Nuñez Romero Jefe de la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial</p> </div> </div>						
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							