

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

## **DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	04/08/2023		
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	" ADQUISICION ANUAL DE EQUIPO DE TRANSFUSION DE SANGRE CON FILTRO"		
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACION	5000054. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES, 5000055. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, 5000050. ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, 5005903. ATENCION DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS ESPECIALIZADA.		
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC			
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código		
		Documento que declaró la viabilidad		

## **INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO		Documento de requerimiento	EXP. 23-8634 / MEMORANDO N° 0391-2023-DEN/INMP		Fecha de recepción	03/05/2023		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA		Fecha de la segunda versión	NO APLICA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA	
			Fecha de la tercera versión	NO APLICA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA	
			Fecha de la cuarta versión	NO APLICA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA	
			Fecha de la quinta versión	NO APLICA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA	
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	

**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
1							

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	01/06/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	26/07/2023
-----	---	------------	--	------------

3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A., FRESSENIUS KABI PERU S.A.				

3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	
	BRAUN, SET DE INFUSION VL TROO				

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.				

6	<b>SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	SI		NO	X
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>					

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Econ. MARCOS V. BENITES PEREZ  
Jefe de la oficina de Logística  
REG. CEL N° 10470

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES