

194

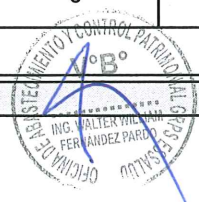
**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(BIENES)**

**1. DATOS GENERALES**

<b>1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO</b>	25.11.2024	
<b>1.2 ÁREA USUARIA</b>	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA II DE LA GERENCIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DE LA RED PRESTACIONAL SABOGAL	
<b>1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	"ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO ESPECIALIZADO PROCESADOR DE SONIDO PARA IMPLANTE COCLEAR POR PACIENTE PARA EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA II DE LA GERENCIA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DE LA RED PRESTACIONAL SABOGAL"	
<b>1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN</b>	OEI. 01 Proteger Financieramente las Prestaciones que se brindan a os Asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos / AEI.1.2. Manejo eficiente de los gastos institucionales	
<b>1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC</b>	<b>2138</b>	
<b>1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	Código	-
	Documento que declaró la viabilidad	-

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

<b>2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>	Documento de requerimiento	MEMORANDO N° 1198-OBE-GRPS-ESSALUD-2024	Fecha de recepción	09 de agosto del 2024				
<b>2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA</b>	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	-		
<b>2.3 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)</b>	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.							
<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS</b>		SI		NO	X			
<b>2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>	SI		NO	X				
	Documento de aprobación de la estandarización			Fecha de aprobación				
<b>2.6 SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO</b>	SI	X	NO					
	N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		Pag.web IETSI	Fecha de inicio de vigencia	04.02.2019 V.1			
<b>2.7 REQUERIMIENTO</b>	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.							
<b>2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>								
	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
	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>								





1493

FORMATO								
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)								
	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
	0	0	0	0	0	0	0	0
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
	0							
3	INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO							
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			12.08.2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			13.09.2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI		NO	X
	MEDICAL AUDICION PERU S.A.C.							
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI		NO	X
	MED-EL							
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
	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN				SI		NO	X
	De la documentación presentada por la empresa MEDICAL AUDICION PERU S.A.C. se advierte adjunta a su oferta en la indagación de mercado una CARTA DE DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO para el territorio peruano, con lo cual sustenta la condición de POSEER DERECHOS EXCLUSIVOS RESPECTO DE LOS BIENES A ADQUIRIR, por lo que el presente procedimiento de selección es por CONTRATACION DIRECTA / DIRECTA PROC-24-2024-ESSALUD/RPS-1 bajo causal de PROVEEDOR UNICO.							
4								
	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							



Ing. Walter William Fernández Pardo  
Jefe de la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial  
OA-GRPS  
Min. de Salud