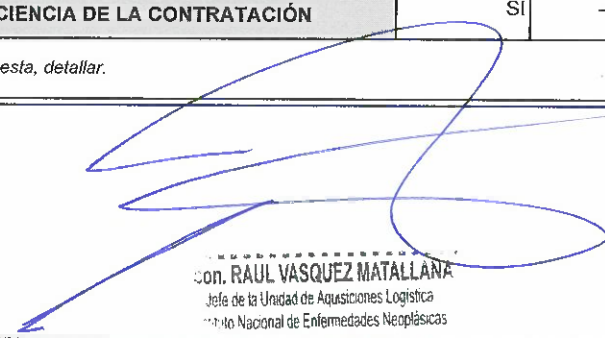


FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

| | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | |
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 10/08/2023 | | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | Departamento de Cirugía Ginecológica | | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | Adquisición de Pinza Bipolar para sellado de vasos con cuchilla de corte de 10 mm X 37 cm | | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | C0011 -COMERCIALIZACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS | | | | | | |
| 1.5 | Nº DE REFERENCIA DEL PAC | 136 | | | | | | |
| 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 | Memorando N°2190-2023-DF-DISAD/INEN | Fecha de recepción | 21/04/2023 | | | |
| 2.2 | MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | Fecha de la segunda 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 | ÚNICO | NO | -- | | | |
| 2.5 | SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN | SI | -- | NO | -- | | | |
| | | Documento de aprobación de la estandarización | | -- | Fecha de aprobación | -- | | |
| 2.6 | SEÑALAR SI EL SERVICIO 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 | | | | | | | |
| | 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 |
| | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.9 | RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA | | | | | | | |
| | Nº Item | Cantidad total de respuestas a las observaciones | Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el | 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) | | | | |
| 2.10 | AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO | | | |
| | N° Item | Ajustes realizados al requerimiento | | |
| | --- | --- | | |
| 3. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO | | | | |
| 3.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 25/04/2023 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 12/07/2023 |
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | NO | x |
| <p><i>No es aplicable la presente condición, debido a que la empresa COVIDIEN PERU S.A. es representante exclusivo autorizado en Peru y de todas sus empresas afiliadas de la empresa Medtronic Inc. De acuerdo a lo indicado en el Informe de Indagación de Mercado N° 021-2023-KACS-U.ADQ-OL-OGA/INEN se procede según lo establecido en el literal e), numeral 27.1 del artículo 27° del TUO de la Ley 30225, Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N°082-2019-EF, establece que: (...)excepcionalmente, las entidades pueden contratar directamente con un determinado proveedor en los siguiente supuestos: (...) literal e) (...) cuando los bienes y servicios solo pueden obtenerse de un determinado proveedor o un determinado proveedor posea derechos exclusivos respecto de ellos (...); al haberse configurado el supuesto de proveedor con derechos exclusivos sobre el bien objeto de la contratación.</i></p> | | | | |
| 3.3 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO | SI | NO | x |
| <p><i>No es aplicable la presente condición, debido a que la empresa COVIDIEN PERU S.A. es representante exclusivo autorizado en Peru y de todas sus empresas afiliadas de la empresa Medtronic Inc. De acuerdo a lo indicado en el Informe de Indagación de Mercado N° 021-2023-KACS-U.ADQ-OL-OGA/INEN se procede según lo establecido en el literal e), numeral 27.1 del artículo 27° del TUO de la Ley 30225, Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N°082-2019-EF, establece que: (...)excepcionalmente, las entidades pueden contratar directamente con un determinado proveedor en los siguiente supuestos: (...) literal e) (...) cuando los bienes y servicios solo pueden obtenerse de un determinado proveedor o un determinado proveedor posea derechos exclusivos respecto de ellos (...); al haberse configurado el supuesto de proveedor con derechos exclusivos sobre el bien objeto de la contratación.</i></p> | | | | |
| 3.4 | SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN | SI | NO | x |
| <p><i>De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.</i></p> | | | | |
| 3.5 | SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN | SI | NO | x |
| <p><i>De ser afirmativa la respuesta, detallar.</i></p> | | | | |
| 5. |  Don. RAUL VASQUEZ MATALLANA Jefe de la Unidad de Adquisiciones Logística Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas | | | |
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | |

