

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

## **1. DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	06/11/2023	
1.2	ÁREA USUARIA	SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL , SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA, SERVICIO DE NEUMOLOGIA, SERVICIO DE HEMATOLOGIA, SERVICIO DE DIRECCION DE MEDICINA, SERVICIO DE CARDIOLOGIA, SERVICIO DE MEDICINA C , SERVICIO DE MEDICINA D, SERVICIO DE NEUROPEDIATRIA, SERVICIO DE REHIDRATACION ORAL, SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNA.	
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICION DE DIECINUEVE (19) UNIDADES DE ASPIRADORES DE SECRECIONES RODABLES PARA LA IOARR CON CUI N°2535573 PARA DISTINTOS SERVICIOS DEL INSN BREÑA.	
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	OIE 02 Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud organizados en redes integradas de Salud, centradas en la persona, familia y comunidad con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC		
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	MEMORANDO N°2186-2023-DE-INSN / PEDIDO DE COMPRA N°07740-2023	Fecha de recepción	13/10/2023	
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
		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
Consignar una síntesis de las observaciones							

**MINISTERIO DE SALUD**  
**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**

ING. JUAN PABLO CABRERA CARRASCO  
 Jefe de la Oficina de Logística

Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							
<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
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
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
<b>2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>							
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
<b>3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>							
<b>3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		16/10/2023 - 20/10/2023		<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		18/10/2023 - 23/10/2023	
<b>3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>		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.							
<b>3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>		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.							
<b>3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>		SI				NO	
En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.							
<b>3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>		SI				NO	
En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.							
<b>3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>		SI				NO	
En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.							
<div style="text-align: center;">  <p>MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO ING. JUAN PABLO CABRERA CARRASCO Jefe de la Oficina de Logística</p> </div>							
<b>4 NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>							