

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

1. DATOS GENERALES								
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	16.12.2024							
1.2 ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE ANESTESIA ANALGESIA REANIMACIÓN Y CENTRO QUIRURGICO Y SALA DE OPERACIONES							
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	ADQUISICIÓN DE DE TOALLA ANTISEPTICA CON CLORHEXIDINA GLUCONATO 2% Y ALCOHOL ISOPROPILICO 70%							
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA	E1040 - 0024-5006013-0215086-TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO							
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	106							
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°003710-2024-DF-DISAD/INEN			Fecha de recepción	22.05.2024		
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				NO	X		
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 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 Especifica 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
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
AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO								
N° Item	Ajustes realizados al requerimiento							



FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(BIENES)

3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO				
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	31.05.2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	28.11.2024
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	-	NO x
NO ES APLICABLE LA PRESENTE CONDICION, CONFORME A QUE EL BIEN SOLO PUEDE OBTENERSE DE LA EMPRESA Q-MEDICAL S.A.C. QUIEN ES PROVEEDOR EXCLUSIVO DE LA MARCA LONGOOD, CONFIGURANDO LA CAUSAL DE PROVEEDOR EXCLUSIVO COMO REPRESENTANTE OFICIAL EN EL PERU				
3.3	PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	-	NO x
NO ES APLICABLE LA PRESENTE CONDICION, CONFORME A QUE EL BIEN SOLO PUEDE OBTENERSE DE LA EMPRESA Q-MEDICAL S.A.C. QUIEN ES PROVEEDOR EXCLUSIVO DE LA MARCA LONGOOD, CONFIGURANDO LA CAUSAL DE PROVEEDOR EXCLUSIVO COMO REPRESENTANTE OFICIAL EN EL PERU				
3.4	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	-	NO x
-				
3.5	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI	-	NO x
-				
3.6	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI	-	NO x
-				
4	 CP. EDWIN JOSE ARAUJO VALENTIN Jefe de la Unidad de Adquisiciones Logística INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS			
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES				

