

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS

| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 23/10/2024 | | | | | | |
| 1.2 ÁREA USUARIA | SERVICIO DE FARMACIA | | | | | | |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | ADQUISICION DE GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE N° 6 ½ PARA ATENCION DE PACIENTES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HONADOMANI PARA DISPONIBILIDAD DE 12 MESES | | | | | | |
| 1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | C0070 5001569- COMERCIALIZACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS | | | | | | |
| 1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC | 47 | | | | | | |
| 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 | NOTA INFORMATIVA N° 1629-2024-DAT-HONADOMANI-SB | | | Fecha de recepción | 22/07/2024 | |
| 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 | | |
| 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 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 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 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 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 | 02/08/2024 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 23/08/2024 |
|-----|---|------------|--|------------|

| | | | | |
|--|--|----|---|----|
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO |
| TAGUMEDICA S.A. y UTILITARIOS MEDICOS S.A.C. | | | | |

| | | | | | |
|--|---|----|---|----|---|
| 3.3 | PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO | X |
| TAGUMEDICA S.A. y UTILITARIOS MEDICOS S.A.C. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----|--|----|---|
| 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. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|----|--|----|---|
| 3.6 | SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN | SI | | NO | X |
| En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla. | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | <p>MINISTERIO DE SALUD HONADOMANI "SAN BARTOLOME" OFICINA DE LOGISTICA</p> <p>..... LIC. YENY ENRRIQUEZ SANCHEZ JEFA DEL EQUIPO DE PROGRAMACIÓN</p> | <p>MINISTERIO DE SALUD HONADOMANI "SAN BARTOLOME" OFICINA DE LOGISTICA</p> <p>..... ABOC. MELIA C. ESPINOZA OTANI JEFA DE LA OFICINA DE LOGISTICA</p> |
|---|---|---|