

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

1. DATOS GENERALES

| | |
|--|--|
| 1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 04.10.2024 |
| 1.2 ÁREA USUARIA | SERVICIO DE FARMACIA |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | "SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS DE USO COMUN - GASA FRACCIONADA ESTERIL " |
| 1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | OEI. 01 Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales |
| 1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC | 103 |
| 1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | <div align="right">Código</div> <div>Documento que declaró la viabilidad</div> |

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|-----------------------------|------------|-----------------------------|--|
| 2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | Memorando N° 1733-DASP-INSN-2024/ Memorándum N° 1247-SF-DASP-INSN-2024 | Fecha de recepción | 06.09.2024 | | |
| 2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | Fecha de la segunda versión | 26.09.2024 | REG -009606-2024-003-001247 | | Con motivo de observaciones | |
| | Fecha de la tercera versión | | | | 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 ÍTEM | 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. |
|--------------------------|--|

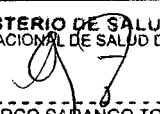
2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO

| N° Ítem | 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 |
|---------|---------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 1, 2 | | 1 | MEMO 552-UPLCP-OL-INSN-2024 | 20.09.2024 | | | |

25.06.2024

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 |
|---|---|--|--|---|---|--|--------------------------------------|
| 1.2 | | 1 | REG -009606-2024-003-001247 | 26.09.2024 | | | |
| 2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO | | | | | | | |
| Nº Item | Ajustes realizados al requerimiento | | | | | | |
| 1, 2 | El área usuaria cuantifico los montos respecto de la experiencia del postor como parte de los Requisitos de Calificación. | | | | | | |
| 3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | | | | | | |
| 3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | | 13.09.2024 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | | | 04.10.2024 |
| 3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | | | | SI | X | NO | |
| Laboratorio Textiles Los Rosales SAC, Laboratorios Barton SAC y LINAMES SAC | | | | | | | |
| 3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | | | | SI | X | NO | |
| CORONA, LB y L&M | | | | | | | |
| 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 <div style="text-align: center;"> MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  Llc. Adm. MARCO SARANGO TORNERO <small>Jefe de la Oficina de Logística</small> </div> NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | | | | |

