

FORMATO

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

00011

1. DATOS GENERALES

| | | |
|---|---|---|
| 1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 05/12/2024 | |
| 1.2 ÁREA USUARIA | DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGÍA | |
| 1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | Adquisición de Hidrogel Sellante de Duramadre Craneal 5mL | |
| 1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | C0273- OTRAS ATENCIONES DE SALUD ESPECIALIZADAS-FARMACIA | |
| 1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC | 294 | |
| 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 | PEDIDO DE COMPRA N° 7198 | Fecha de recepción | 02/10/2024 |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|------------|

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|------------|-----------|---|-----------------------------|--|
| 2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | Fecha de la segunda versión | 12/11/2024 | De oficio | X | Con motivo de observaciones | |
| | Fecha de la tercera versión | 04/12/2024 | De oficio | X | 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 | |
| | Fecha de la sexta versión | | De oficio | | Con motivo de observaciones | |
| | Fecha de la séptima 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 ÍTEMS | SI | | NO | X | |
|---|----|--|----|---|--|

| | | | | | |
|---|---|--|----|---------------------|--|
| 2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEGO 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 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| N° Ítem | 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 | |
|---|---|
| N° Ítem | Ajustes realizados al requerimiento |
| | Se ajusto en el requerimiento el funcionario que emitirá la conformidad del bien. Se ajusto en el requerimiento recepción y conformidad. |

3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

| | | | |
|---|------------|--|------------|
| 3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 16/10/2024 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 13/12/2024 |
|---|------------|--|------------|

| | | | |
|---|----|---|----|
| 3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO |
| Indicar la pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento: SURGICORP S.R.L y NEWSON S.A | | | |



| | | | | | |
|---|---|----|---|----|--------|
| 3.3 | PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | NO | 000140 |
| Indicar si existe pluralidad de marcas que cumplen con el requerimiento: INTEGRAL y MEDPRIN | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----|--|----|---|
| 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 | X | NO | |
| PRECIO | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|----|--|----|---|
| 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. Precio | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 4 |  <p>CPC. EDWIN JOSE ARAUJO VALENTIN Jefe de la Unidad de Adquisiciones Logística INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍAS Y NEFROLOGÍA</p> | | | | |
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | | |



