

**FORMATO N° 1**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

<b>1. DATOS GENERALES</b>								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	4/06/2024						
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	OFICINA DE PLANIFICACIÓN						
1.3	OBJETO DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS EN GENERAL	X	CONSULTORÍA EN GENERAL		CONSULTORÍA DE OBRA		
1.4	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE AMBIENTES PARA LA UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DISTRITAL DE EL PORVENIR SANTA ISABEL II-1, DISTRITO DE EL PORVENIR, PROVINCIA DE TRUJILLO, DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD						
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	43		OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO				
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP			NO APLICA			
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública			NO APLICA			
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	OFICIO N°682-2024-GRLL-GGR-GRS-OP		Fecha de recepción	14/05/2024		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	14/05/2024	De oficio	OFICIO N°682-2024-GRLL-GGR-GRS-OP	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 de la dependencia usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.						
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ÍTEMES	SI	X	NO				
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI		NO	X			
		Documento que aprueba la estandarización			Fecha de aprobación			
2.6	TÉRMINOS DE REFERENCIA DE LA CONTRATACIÓN	Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.						
2.7	<b>OBSERVACIONES A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA</b>							
	N° Ítem	Cantidad total de observaciones	Cantidad de observaciones formuladas por el OEC	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación
	1	6	6	OFICIO N°179-2024-GRLL-GGR-GRS-OAD-UTF-ABAST	10/05/2024			



**FORMATO N° 1**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

*En los tdr no precisaba requisitos del proveedor, requisitos de calificación, cláusula de anticorrupción, resolución de contrato, otras penalidades, potencias de los equipos solicitados.*

**2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA**

N° Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC	Comunicación de respuesta de la dependencia usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación de respuesta de la dependencia usuaria	Fecha de remisión de la comunicación
1	6	6					

*Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones*

**2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA POR LAS OBSERVACIONES**

N° Item	Ajustes o modificaciones
	NO APLICA

**INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO O VALOR REFERENCIAL**

**3.1 SOBRE EL VALOR ESTIMADO EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL Y CONSULTORÍA EN GENERAL**

Se realizó indagación para actualizar el valor estimado	SI	X	NO
---	----	---	----

**4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO**

<b>4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	NO
---	----	---	----

*De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores.*

*De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.*

<b>4.2 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI		NO	X
---	----	--	----	---

*De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.*

<b>5.</b>	<p style="text-align: center;">REGION "LA LIBERTAD" GERENCIA REGIONAL DE SALUD</p> <p style="text-align: center;">Lic. Sonia Romina Romero Torres RESPONSABLE DE ABASTECIMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b></p>
-----------	---

**NOTA:** El presente formato se utilizará para la contratación de servicios en general, consultoría en general y consultoría de obra.