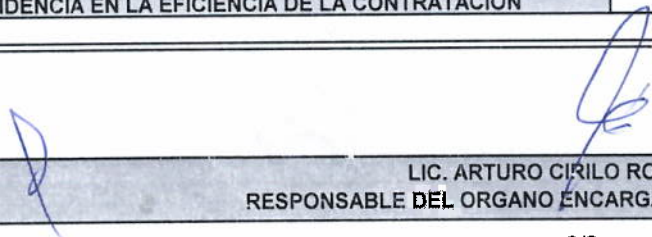


FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIOS)

| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 31.10.2024 | | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES | | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X CON FLUOROSCOPIA DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES | | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | - | | | | | | |
| 1.5 | Nº DE REFERENCIA DEL PAC | 55 | | | | | | |
| 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°102-2024/DRX-J-HNAL | | Fecha de recepción | 02.09.2024 | | |
| 2.2 | MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | Fecha de la segunda versión | 25.09.2024 | De oficio | | Con motivo de observaciones | X | |
| | | 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 ÍTEMS | 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 SERVICIO 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 visulaiza 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 |
| | 1 | 3 | 0 | - | - | 3 | MEMORANDO N°5925-OL-J-HNAL-2024 | 12.09.2024 |
| 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 |

| FORMATO | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------|----|--|------------|---------------------------------|---------------------|
| RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS) | | | | | | | | |
| | 1 | 3 | 0 | - | - | 3 | MEMORANDO N°3489-OL-J-HNAL-2024 | 25.09.2024 |
| 2.10 | AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO | | | | | | | |
| | N° Item | Ajustes realizados al requerimiento | | | | | | |
| | 1 | Garantía | | | | | | |
| 3. | INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR REFERENCIAL | | | | | | | |
| 3.1 | SOBRE EL VALOR REFERENCIAL EN CASO DE CONSULTORÍA DE OBRAS | | | | | | | |
| 3.1.1 | ESTRUCTURA DE COMPONENTES O RUBROS | | | | | | | |
| | DEL PROVEEDOR | | | | | | | |
| | N° Item | Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros | | | | | | |
| | - | | | | | | | |
| | DE LA ENTIDAD | | | | | | | |
| | N° Item | Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros | | | | | | |
| | - | | | | | | | |
| 3.1.2 | VALOR REFERENCIAL DE LA CONSULTORÍA DE OBRA | MONEDA | Nuevos Soles | - | Dólares | - | Otro: | Señalar otra moneda |
| | | MONTO | - | | | | | |
| | En el caso de consultoría de obras, además, detallar los costos directos, los gastos generales, fijos y variables, y la utilidad de acuerdo a las características, plazos y demás condiciones definidas en el requerimiento. | | | | | | | |
| | - | | | | | | | |
| 4. | INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO | | | | | | | |
| 4.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 26.09.2024 | | | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 28.09.2024 | | |
| 4.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | | NO | X | | | |
| | <input type="checkbox"/> De la indagación del mercado realizada, se obtuvo únicamente la cotización de la empresa SIEMENS HEALTHCARE S.A.C., quien presenta una CARTA DE AUTORIZACIÓN S/N, de fecha 09 de abril de 2024, emitido por SIEMENS HEALTHINEERS AG, manifestando lo siguiente: "Por la presente, Siemens Healthineers AG con domicilio en Munich, República Federal de Alemania faculta Siemens Healthcare S.A.C., con domicilio social en la ciudad de Lima, República del Perú, para que actuando por sí o a través de terceros, importe, distribuya, comercialice en cualquier forma, instale, monte, ponga en funcionamiento y brinde servicio técnico a los productos y servicios de Siemens Healthineers AG enumerados en el Anexo que forma parte del presente, en el territorio de la República del Perú. Siemens Healthcare S.A.C. es actualmente la única representante en el territorio con derechos de venta y servicios con excepción de los productos de Ultrasonido (SHS US) (...)" (...) "La presente autorización es válida desde el 1 de Enero de 2024 hasta el 31 de Diciembre de 2024." | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cabe resaltar que dentro de los derechos de representación que abarca las áreas de Siemens Healthineers se encuentra incluido el de "DIAGNOSTIC IMAGING", siendo el EQUIPO DE RAYOS X CON FLUOROSCOPIA, perteneciente a dicha área, por lo que Siemens Healthcare S.A.C. es único representante en el Perú de dicho equipo. | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Por lo antes expuesto, no existe pluralidad de postores para la atención del presente requerimiento, puesto que SIEMENS HEALTHCARE S.A.C. cuenta con la exclusividad para brindar servicio técnico (entre otros) a los productos de SIEMENS HEALTHINEERS AG. | | | | | | | |
| 4.3 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER) | SI | | NO | X | | | |
| | - | | | | | | | |
| 4.4 | SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN | SI | | NO | X | | | |
| | - | | | | | | | |
| 4.5 | SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN | SI | | NO | X | | | |
| | - | | | | | | | |
| 5. |  LIC. ARTURO CIRILO ROJAS GONZALES RESPONSABLE DEL ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES | | | | | | | |