

1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	23/09/2024
----------------------------------	------------

1.2 ÁREA USUARIA	UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
------------------	---

1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACION DE SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PRIVADA PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"
-------------------------------------	--

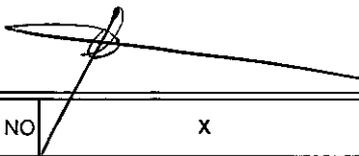
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	CONTRATACION DE SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PRIVADA PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"
---	--

1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	
------------------------------	--

1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	*****
	Documento que declaró la viabilidad	*****

2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 756-2024-GRA/GG-GRDS-DIRESA/HR-MAMLL-A-OA-USGM	Fecha de recepción	16/08/2024
-----------------------------	----------------------------	---	--------------------	------------

2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	NINGUNA	De oficio	NINGUNA	Con motivo de observaciones	NINGUNA
	Fecha de la tercera versión	NINGUNA	De oficio	NINGUNA	Con motivo de observaciones	NINGUNA

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 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
Consignar una síntesis de las observaciones							
	NINGUNA						
Consignar una síntesis de las observaciones							
	NINGUNA						
Consignar una síntesis de las observaciones							

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
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	NINGUNA						
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	NINGUNA						

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

ID		189	
CATEGORÍA		SERVICIOS DE SALUD	
SUBCATEGORÍA		SERVICIOS DE SALUD	
NOMBRE DEL BIEN O SERVICIO		SERVICIOS DE SALUD	
FECHA DE EMISIÓN DEL REQUERIMIENTO		19/08/2024	
FECHA DE RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO		21/08/2024	
ESTADO DEL REQUERIMIENTO		NINGUNA	

FECHA DE EMISIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	19/08/2024	FECHA DE RECEPCIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	21/08/2024
--	------------	--	------------

PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
--	----	-------------------------------------	----	--------------------------

De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.

POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	-------------------------------------

En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.

OTRA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
---	----	--------------------------	----	-------------------------------------

En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.

SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
---	----	--------------------------	----	-------------------------------------

En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.

  
 INSTITUCIÓN DE SALUD  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA  
 Lic. Adm. EUSEBIO ZACARIAS FLORES BERAUN  
 JEFE DE LOGÍSTICA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL CÍRCULO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES