

**FORMATO  
RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO  
(SERVICIOS)**

1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	24/06/2024					
1.2	ÁREA USUARIA	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES (TOMOGRAFIAS) DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA					
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	139400113 MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD					
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	20					
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	INFORME N° 091-2024-DIRESA-HRM/20	Fecha de recepción	18/04/2024		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión		De oficio		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 del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.					
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	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 Específica 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
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



**FORMATO  
RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO  
(SERVICIOS)**

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

**2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO**

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento

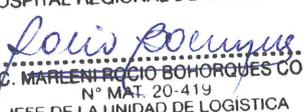
**3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR REFERENCIAL**

**3.1 FUENTES IDENTIFICADAS**

<b>3.1.1</b>	<b>COTIZACIONES</b>	<b>SI</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NO</b>	
	CLINICA DEL SUR S.A.C. RUC: 20602167519 INIMED CARRION S.R.L. RUC: 20532424055				
<b>3.1.2</b>	<b>PRECIOS HISTÓRICOS DE LA ENTIDAD</b>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Indicar el detalle de la fuente identificada durante la realización del estudio de mercado.				
<b>3.1.3</b>	<b>PÁGINA WEB DEL SEACE</b>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Indicar el detalle de la fuente identificada durante la realización del estudio de mercado.				

**4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL DEL ESTUDIO DE MERCADO**

<b>4.1</b>	<b>FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO DE MERCADO</b>	02/05/2024	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO</b>	30/05/2024
<b>4.2</b>	<b>PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
	De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores.			
<b>4.3</b>	<b>POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
	De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.			
<b>4.4</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
	De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.			
<b>4.5</b>	<b>SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
	De ser afirmativa la respuesta, detallar.			

<b>5.</b>	<p>HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA</p>  <p>..... CPC. MARLENI RÓDIGO BOHORQUES COSI Nº MAT. 20-419 JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p>
	<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>

**NOTA:** El presente formato se utilizará en servicios en general, servicios de consultoría en general y en consultoría de obras.