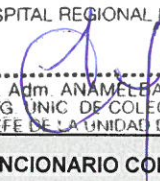


**FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO
(SERVICIOS)**

1. DATOS GENERALES							
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	MOQUEGUA 17 DE MAYO DEL 2024						
1.2 ÁREA USUARIA	UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO						
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SUPERFICIES HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, DISTRITO MOQUEGUA, PROVINCIA MARISCAL NIETO, MOQUEGUA						
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	5005467 MANTENIMIENTO PARA EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA						
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	9						
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° 450-2024-DIRESA-HRM/06.4			Fecha de recepción	06/05/2024	
2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	NO	De oficio	NO	Con motivo de observaciones	NO	
	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 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	Fecha de remisión de la comunicación
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
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
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DEL ESTUDIO DE MERCADO (SERVICIOS)				
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>				
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO			
	N° Item	Ajustes realizados al requerimiento		
		NO CORRESPONDE		
4.	INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INGADACIONES EN EL MERCADO			
4.1	FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO DE MERCADO	08/05/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO	16/05/2024
4.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	SI CUMPLE			
4.3	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.			
4.4	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.			
4.5	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	De ser afirmativa la respuesta, detallar.			
5.	<div style="text-align: center;"> HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA  Lic. Adm. ANAMELEA NINA GÓMEZ REG. UNIC. DE COLEGIO N° 029141 JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA </div>			
	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES			
NOTA: El presente formato se utilizará en servicios en general, servicios de consultoría en general y en consultoría de obras.				