

**FORMATO N° 2**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

**1. DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	01-2024-ULA-HH-SBS			
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL			
1.3	OBJETO DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS EN GENERAL	X	CONSULTORIA EN GENERAL	CONSULTORIA DE OBRA
1.4	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE RECOJO, TRANSPORTE Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS PARA EL HOSPITAL HUARAL Y SBS			
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	1	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO		5001195
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública			

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	PS-11-193	Fecha de recepción	10/03/2025
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	
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	SI	NO	X	
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	OBSERVACIONES A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA						
N° Item	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
Consignar una síntesis de las observaciones							



**FORMATO N° 2**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

Consignar una síntesis de las observaciones

Consignar una síntesis de las observaciones

**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

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

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

Ajustes o modificaciones

**3. 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
---	----	---	----

**3.2 SOBRE EL VALOR REFERENCIAL EN CASO DE CONSULTORÍA DE OBRAS**

**3.2.1 ESTRUCTURA DE COMPONENTES O RUBROS**

**DEL PROVEEDOR**

Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros

N° Item	

**DE LA ENTIDAD**

Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros

N° Item	

Además, adjuntar al presente formato el presupuesto de la consultoría de obra, que debe detallar los costos directos, los gastos generales, fijos y variables, la utilidad, plazos y demás condiciones definidas en los términos de referencia. El detalle de los honorarios debe ser de cada profesional que integra el personal propuesto

<b>3.2.2 VALOR REFERENCIAL DE LA CONSULTORÍA DE OBRA</b>	MONEDA	Nuevos Soles		Dólares		Otro: Señalar otra moneda
	MONTO					

**FORMATO N° 2**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

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


<b>4.1</b>	<b>PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
------------	---	----	-------------------------------------	----	--------------------------

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

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

**5.**


**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 U.E. 439 - HOSPITAL HUASCA Y SBS

-----  
 C.P.C. **Hector Torres Otrera**  
 MAT 54590

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

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