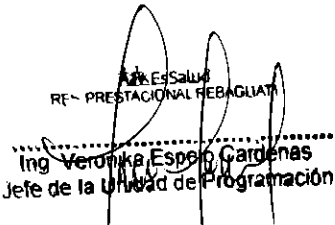
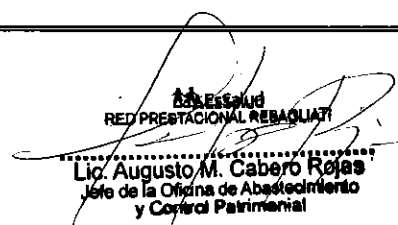


FORMATO **RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS** **(SERVICIOS)**

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		18/12/2024					
1.2	ÁREA USUARIA		Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios Generales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-Es salud.					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		"SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y MOBILIARIO DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED PRESTACIONAL REBAGLIATI-ESSALUD POR EL PERIODO DE 24 MESES (02 AÑOS)".					
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN		OE2. BRINDAR A LOS ASEGURADOS ACCESO OPORTUNO A PRESTACIONES INTEGRALES Y DE CALIDAD ACORDE A SUS NECESIDADES AE 2.4. SERVICIOS DISPONIBLES PARA BRINDAR ATENCIONES CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD A LOS ASEGURADOS					
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC		501					
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 N°491-OFIHySG-OFA-GRPR-ESSALUD-2024		Fecha de recepción	31/01/2024	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA		Fecha de la segunda versión	17/06/2024	De oficio	x	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 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 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 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
	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-
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
	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	N° Ítem	Ajustes realizados al requerimiento						

FORMATO					
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS)					
1		EN EL ANEXO 1 DEL REQUERIMIENTO RECIBIDO CON FECHA 18-06-2024, EL AREA USUARIA INCLUYO AL HOSPITAL MODULAR SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL LISTADO DE CENTROS ASISTENCIALES, EN DONDE SE BRINDARA EL SERVICIO			
3. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO					
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	06/02/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	03/12/2024	
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	NO	-
De ser negativa la respuesta indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento					
3.3	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE	SI		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.					
3.4	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.					
3.5	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, detallar.					
4.	<div><div><p>Ing. Verónica Espino Gargenas Jefe de la Unidad de Programación</p></div><div><p>Lic. Augusto M. Cabero Rojas Jefe de la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial</p></div></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.					