

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE LOS/LAS SERVIDORES/AS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 Y EL SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO SCTR - SALUD DE LOS SERVIDORES DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65									
1. DATOS GENERALES									
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	03/12/2024							
1.2	ÁREA USUARIA	Unidad de Recursos Humanos							
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE LOS/LAS SERVIDORES/AS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 Y EL SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO SCTR - SALUD DE LOS SERVIDORES DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65							
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	AFILIACION Y VERIFICACION DE REQUISITOS							
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	6							
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	Memorando N° D000651-2024-MIDIS/P65-URH		Fecha de recepción	05/11/2024			
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 visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.							
2.8	OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO								
	Nº 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	
2.9	RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA								

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE LOS/LAS SERVIDORES/AS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 Y EL SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO SCTR - SALUD DE LOS SERVIDORES DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65								
	Nº 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
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
	1							
4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO								
4.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			15/11/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			29/11/2024
4.2	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.								
4.3	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER)				SI		NO	X
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		NO	X
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		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, detallar.								
5.								
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.								