


FORMATO									
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS)									
1. DATOS GENERALES									
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	21/05/2024							
1.2	ÁREA USUARIA	OFICINA MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES							
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE VENTILADOR VOLUMETRICO NEONATAL DE ALTA FRECUENCIA PARA EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEL" - HUANCAYO							
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	C0042 MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD							
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	49							
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	NO CORRESPONDE						
		Documento que declaró la viabilidad	NO CORRESPONDE						
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO									
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 386-2024/GRJ/DRDJ/HRDMIEC/OEA/SGM				Fecha de recepción	10/05/2024	
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			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 Fecha de Homologación					Fecha de inicio de vigencia		
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visulaza en el Capítulo III de la Sección Especifica 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	
		NINGUNA							
	- NINGUNA								

<div>FORMATO</div> <div>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS)</div>									
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	
		NINGUNA							
	- NINGUNA								
2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO								
	N° Item	Ajustes realizados al requerimiento							
	1	• NINGUNA							
3.	INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO								
3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			10/05/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			17/05/2024	
3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI	X	NO		
	COMAVEYRA MEDICAL SAC				RUC	20536847180			
	NOVAMED PERÚ S.A.C.				RUC	20604537372			
3.3	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.								
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>GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN</div> <div>HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL</div> <div>"EL CARMEN"</div> <div></div> <div>C.P.C. Shirley Tania Condor Carhuacusi</div> <div>JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA</div> <div>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</div>								
NOTA: El presente formato se utilizará en servicios en general, servicios de consultoría en general y en consultoría de obras.									