



# HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN" LAMBAYEQUE

## UNIDAD DE LOGÍSTICA - GESTIÓN DE PROCESOS ESPECIALES DE CONTRATACIÓN

### COMPRES N° 001-2024-HPDBLJOEC-1

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE UN ESTERILIZADOR DE VAPOR STERIVAP 6612 DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE

#### FORMATO Nº 01

#### RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS

1. DATOS GENERALES							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	LAMBAYEQUE: lunes, 8 de Abril de 2024					
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	DEEM - DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA					
1.3	OBJETO DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS EN GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSULTORÍA EN GENERAL		CONSULTORÍA DE OBRA	
1.4	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE UN ESTERILIZADOR DE VAPOR STERIVAP 6612 DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE					
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	19	DIECINUEVE	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO		68 - 5005467	
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP			NO PIP		
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública			NO APLICA		
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO							
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 0089-2024-GR.LAMB/GERESA/HB.L-DEEM		Fecha de recepción:	miércoles, 21 de Febrero de 2024	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	NO REGISTRA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
		Fecha de la tercera versión	NO REGISTRA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
		Fecha de la cuarta versión	NO REGISTRA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
		Fecha de la quinta versión	NO REGISTRA	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
		De ser afirmativa la respuesta detallar el sustento técnico de la dependencia usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.		NO APLICA			
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
		Documento que aprueba la estandarización	NO REGISTRA		Fecha de aprobación	NO APLICA	
2.6	TÉRMINOS DE REFERENCIA DE LA CONTRATACIÓN	Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					



**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN" LAMBAYEQUE**  
**UNIDAD DE LOGÍSTICA - GESTIÓN DE PROCESOS ESPECIALES DE CONTRATACIÓN**  
**COMPRES N° 001-2024-HPDBL/OEC-1**

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE UN ESTERILIZADOR DE VAPOR STERIVAP 6612 DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE

**FORMATO N° 01**

**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**

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: NO APLICA							
	Consignar una síntesis de las observaciones: NO APLICA							
Consignar una síntesis de las observaciones: NO APLICA								

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: NO APLICA							
	Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones: NO APLICA							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones: NO APLICA								

2.9	AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA POR LAS OBSERVACIONES							
	N° Item	Ajustes o modificaciones						
	1	NO APLICA						
	2	NO APLICA						
	3	NO APLICA						

**3. INFORMACIÓN SOBRE DETERMINACIÓN DE VALOR ESTIMADO**

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	<input checked="" type="checkbox"/>	NO				

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

3.2.1	ESTRUCTURA DE COMPONENTES O RUBROS							
	DEL PROVEEDOR							
	N° Item	Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros						
		NO APLICA						
	DE LA ENTIDAD							
	N° Item	Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros						
		NO APLICA						

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.

3.2.2	VALOR REFERENCIAL DEL SERVICIO	MONEDA	Soles	<input checked="" type="checkbox"/>	Dólares	Otro:	Señalar otra moneda
		MONTO	S/ 76,000.00 SETENTA Y SEIS MIL SOLES CON 0/100				

**4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL PRODUCTO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO**



**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN" LAMBAYEQUE**  
**UNIDAD DE LOGÍSTICA - GESTIÓN DE PROCESOS ESPECIALES DE CONTRATACIÓN**  
**COMPRES N° 001-2024-HPDBLJOEC-1**

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE UN ESTERILIZADOR DE VAPOR STERIVAP 6612 DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE

**FORMATO N° 01**

**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**

4.1	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
	<i>De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores.</i> <i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.</i> a) 20610583131 - THUNDER MEDIC SAC; b) 20551282865 - C&M TECHNOLOGY SAC; c) 20607385841 - VIE SAINE E.I.R.			
4.2	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.</i>				
5.	<div style="text-align: center;"><p>GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE YOANA ISBETH MAYANGA ARROYO JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p></div>			
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.