

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

1. DATOS GENERALES

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	12 DE JULIO DE 2023
1.2	ÁREA USUARIA	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"CONTRATACION DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL TOMOGRAFO DIGITAL PARA EL SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES"
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	<div>Código</div> <div>Documento que declaró la viabilidad</div>

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORMEN°200-2023- GRLL-GRSS/IREN NORTE-OIMSG	Fecha de recepción	31. 03.2023	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	<div>Fecha de la segunda versión</div> <div>Fecha de la tercera versión</div> <div>Fecha de la cuarta versión</div> <div>Fecha de la quinta versión</div>	<div>05.04.2023</div> <div>16.06.23</div> <div></div> <div></div>	<div>De oficio</div> <div>De oficio</div> <div>De oficio</div> <div>De oficio</div>	<div>Con motivo de observaciones</div> <div>Con motivo de observaciones</div> <div>Con motivo de observaciones</div> <div>Con motivo de observaciones</div>	<div>SI</div> <div>SI</div> <div></div> <div></div>
2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	SI	NO	X	<div>De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.</div>	
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	<div>Documento de aprobación de la estandarización</div> <div>Fecha de aprobación</div>	
2.6	SEÑALAR SI EL SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SI	NO	X	<div>Nº de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación</div> <div>Fecha de inicio de vigencia</div>	
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visulaiza 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
1					1	INFORME N° 524-2023 GRLL/GRS/GS-IREN NORTE-ADM-LOGISTICA	16.06.2023

SOLICITA ABSOLVER CONSULTAS PRESENTADAS POR POSIBLE POSTOR.

2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIOS)

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
1					1	INFORME N° 367-2023 GRLL/GRS/GS-IREN NORTE-OIMSG	28.06.2023
RMITE ABSOLUCION DE CONSULTAS.							

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
	SI

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

FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	12.06.2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	10.07.2023
--	------------	---	------------

4.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	NO	X
---	----	----	---

Del Estudio de Mercado realizado se determino que la empresa Cymed Medical S.A.C., cumple con brindar el servicio de mantenimiento preventivo de tomografo y ademas adjunta Carta de Distribuidor Exclusivo para distribuir en el Peru, con derecho exclusivo a distribuir equipos medicos.

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.	<p style="text-align: center;">REGIÓN "LA LIBERTAD"</p> <p style="text-align: center;">GERENCIA REGIONAL DE SALUD</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">TEC. INF. PABLO A. LLAGAS MUNAYCO</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABLE AREA PROGRAMACION</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</p> <p style="text-align: center;">Instituto Regional de Enl. medidas Neoplásicas</p> <p style="text-align: center;">"Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN NORTE</p>
-----------	--

NOTA: El presente formato se utilizará en servicios en general, servicios de consultoría en general y en consultoría de obras.