

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

**1. DATOS GENERALES**

1.1	X+65:81	30/08/2023		
1.2	<b>ÁREA USUARIA</b>	OFICINA DE ASEGURAMIENTO		
1.3	<b>DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	SERVICIO DE MANTYENIMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA PARA ALMACEN Y OFICINAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE PATAZ, DISTRITO DE TAYABAMBA-PROVINCIA DE PATAZ, DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD.		
1.4	<b>ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN</b>			
1.5	<b>Nº DE REFERENCIA DEL PAC</b>	6		
1.6	<b>PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	Código		
		Documento que declaró la viabilidad		

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

2.1	<b>DATOS DEL REQUERIMIENTO</b>	Documento de requerimiento	077-2023-GRLL-DRS-RED-SP/UL	Fecha de recepción	17/08/2023
2.2	<b>MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA</b>	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	<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)</b>	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	<b>SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS</b>	SI	X	NO	
2.5	<b>SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN</b>	SI		NO	X
		Documento de aprobación de la estandarización		Fecha de aprobación	
2.6	<b>SEÑALAR SI EL SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO</b>	SI		NO	X
		Nº de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		Fecha de inicio de vigencia	
2.7	<b>REQUERIMIENTO</b>	Lo indicado se visulaiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.			

<b>2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
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
<i>Consignar una síntesis de las observaciones</i>							

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

Consignar una síntesis de las observaciones

**2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA**

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

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

**2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO**

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento

<b>4.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	NO
<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.</i>		

<b>4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER)</b>	SI	NO
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.</i>		

<b>4.4 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>	SI	NO
<i>De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.</i>		

<b>4.5 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	SI	NO
<i>De ser afirmativa la respuesta, detallar.</i>		

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD  
 UNIDAD EJECUTORA Nº 415 SALUD PATAZ  
  
 .....  
**C.PC. MICHAEL SEMINARIO MONTERO**  
**LOGÍSTICA**

**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.