

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIO)

| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|-----------|--------------------|-----------------------------|-----------|
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 7/11/2023 | | | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | ÁREA DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MOYOBAMBA | | | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE 01 MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, PARA LABORAR EN EL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO MOYOBAMBA, JURISDICCIÓN DE LA UNGET MOYOBAMBA. | | | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | - | | | | | |
| 1.5 | Nº DE REFERENCIA DEL PAC | 115 | | | | | |
| 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 | NOTA DE COORDINACIÓN N°1759-2023-DIRESA-OGESS-AM/DGS | | Fecha de recepción | 22/09/2023 | |
| 2.2 | MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA | Fecha de la segunda versión | NO EXISTE | De oficio | NO APLICA | Con motivo de observaciones | NO APLICA |
| | | Fecha de la tercera versión | NO EXISTE | De oficio | NO APLICA | Con motivo de observaciones | NO APLICA |
| | | Fecha de la cuarta versión | NO EXISTE | De oficio | NO APLICA | Con motivo de observaciones | NO APLICA |
| | | Fecha de la quinta versión | NO EXISTE | De oficio | NO APLICA | Con motivo de observaciones | NO APLICA |
| 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 | | | NO APLICA | Fecha de aprobación | NO APLICA |
| 2.6 | SEÑALAR SI EL SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO | SI | | | NO | X | |
| | | Nº de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación | | | NO APLICA | Fecha de inicio de vigencia | NO APLICA |
| 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 |
| NINGUNO | | | | | | | |

| 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 |
| NINGUNO | | | | | | | |

| 2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO | |
|---|-------------------------------------|
| Nº Item | Ajustes realizados al requerimiento |
| NINGUNO | |

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

| | | | | |
|-----|---|------------|--|------------|
| 3.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 18/10/2023 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 26/10/2023 |
|-----|---|------------|--|------------|

| | | | | |
|--|--|----|-------------------------------------|----|
| 3.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | 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> | | | | |

| | | | | | |
|---|---|----|--|----|-------------------------------------|
| 3.3 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER) | SI | | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.</i> | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|----|--|----|-------------------------------------|
| 3.4 | SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN | SI | | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <i>De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.</i> | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|----|--|----|-------------------------------------|
| 3.5 | SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN | SI | | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <i>De ser afirmativa la respuesta, detallar.</i> | | | | | |

4.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN
U.E. 401 SALUD ALTO MAYO OGESS
 San Martín
 GOBIERNO REGIONAL

C.P.C. Norvil Ruiz Diaz
 JEFE DEL AREA DE LOGISTICA OGESS-AM