

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN" LAMBAYEQUE

UNIDAD DE LOGÍSTICA - GESTIÓN DE PROCESOS ESPECIALES DE CONTRATACIÓN

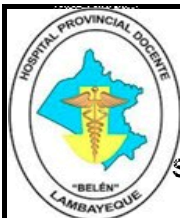
AS N° 001-2024-HPDBL|CS-1

SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE LA PLANTA GENERADORA DE OXÍGENO MEDICINAL DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE

FORMATO N° 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	USGM - UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO					
1.3	OBJETO DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS EN GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSULTORÍA EN GENERAL		CONSULTORÍA DE OBRA	
1.4	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE LA PLANTA GENERADORA DE OXÍGENO MEDICINAL DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE					
1.5	N° 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° 001-2024-HBL/JRSCH-IB		Fecha de recepción:	viernes, 09 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

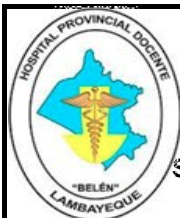
AS N° 001-2024-HPDBL|CS-1

SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE LA PLANTA GENERADORA DE OXÍGENO MEDICINAL 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							
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							
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.	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.							
NO APLICA CONSULTORIA DE OBRA								
3.2.2	VALOR REFERENCIAL DE LA CONSULTORÍA DE OBRA		MONEDA	Soles	<input checked="" type="checkbox"/>	Dólares	Otro:	Señalar otra moneda
			MONTO	NO APLICA				



HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN" LAMBAYEQUE

UNIDAD DE LOGÍSTICA - GESTIÓN DE PROCESOS ESPECIALES DE CONTRATACIÓN

AS N° 001-2024-HPDBL|CS-1

SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE LA PLANTA GENERADORA DE OXÍGENO MEDICINAL DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE

FORMATO N° 01

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS

4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL PRODUCTO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO

4.1	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
-----	--	----	-------------------------------------	----

De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores.
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.
a) 20610583131 - THUNDER MEDIC SAC;
b) 20551282865 - C&M TECHNOLOGY SAC;

4.2	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
-----	--	----	--	----	-------------------------------------

De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.

5.	
----	--

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.