

FORMATO N° 2
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIOS)

1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	01.06.2023						
1.2	DEPENDENCIA USUARIA	HOSPITAL II-1 TOCACHE DR. JOSE PEÑA PORTUGUEZ						
1.3	OBJETO DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS EN GENERAL	X	CONSULTORÍA EN GENERAL		CONSULTORÍA DE OBRA		
1.4	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACION DEL SERVICIO PREVENTIVO PROGRAMADO DE TRABAJO DE UNA (1) PLANTA DE OXIGENO MEDICINAL TIPO PSA INSTALADO EN EL HOSPITAL II-1 DR. JOSE PEÑA PORTUGUEZ - TOCACHE						
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	5	OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO			NO CORRESPONDE		
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código SNIP			NO CORRESPONDE			
		Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública			NO CORRESPONDE			
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	OFICIO N° 466-2023-HT-D		Fecha de recepción	17.04.2023		
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	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	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	SI		NO	X			
		De ser afirmativa la respuesta detallar el sustento técnico de la dependencia usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.						
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ÍTEMES	SI		NO	X			
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI		NO	X			
		Documento que aprueba la estandarización			Fecha de aprobación			
2.6	TÉRMINOS DE REFERENCIA DE LA CONTRATACIÓN	Las que se indican en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.						
2.7	OBSERVACIONES A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA							
	N° Ítem	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
	NINGUNO							
	NINGUNO							
	NINGUNO							

FORMATO N° 2
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIOS)

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
NINGUNO							
NINGUNO							
NINGUNO							

2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA POR LAS OBSERVACIONES

N° Item	Ajustes o modificaciones
1	NINGUNO

3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO O VALOR REFERENCIAL

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	X	NO
---	----	---	----

3.2 SOBRE EL VALOR REFERENCIAL EN CASO DE CONSULTORÍA DE OBRAS

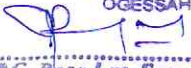
3.2.1 ESTRUCTURA DE COMPONENTES O RUBROS

DEL PROVEEDOR	
N° Item	Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros
DE LA ENTIDAD	
N° Item	Detalle de la Estructura de Componentes o Rubros

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 DE LA CONSULTORÍA DE OBRA

MONEDA	Nuevos Soles		Dólares		Otro: Señalar otra moneda
MONTO					

FORMATO N° 2 RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS)				
4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO				
4.1	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	X	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>				
4.2	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI		NO X
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.</i>				
5.	<div style="text-align: center;"> GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD OGESSAH  C.P.C. Rosa Luz Saavedra Saavedra JEFE(E) DE LOGISTICA </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.				