

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

**1. DATOS GENERALES**

1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO 31/07/2023

1.2 DEPENDENCIA USUARIA UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

1.3 OBJETO DEL PROCEDIMIENTO

SERVICIOS EN GENERAL	<b>X</b>	CONSULTORÍA EN GENERAL	
----------------------	----------	------------------------	--

1.4 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN **SERVICIOS DE ADECUACION Y ACONDICIONAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA**

1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC 25 - 2023

OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO X.X.X.X.X.X.X

1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA

Código SNIP	X.X.X.X.X.X.X
Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública	X.X.X.X.X.X.X

**INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO

Documento de requerimiento	<b>PEDIDO DE SERVICIO N° 000767</b>	Fecha de recepción	<b>13/07/2023</b>
----------------------------	-------------------------------------	--------------------	-------------------

2.2 MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	X.X.X.X	De oficio	X.X.X.X	Con motivo de observaciones	X.X.X.X
	Fecha de la tercera versión	X.X.X.X	De oficio	X.X.X.X	Con motivo de observaciones	X.X.X.X
	Fecha de la cuarta versión	X.X.X.X	De oficio	X.X.X.X	Con motivo de observaciones	X.X.X.X
	Fecha de la quinta versión	X.X.X.X	De oficio	X.X.X.X	Con motivo de observaciones	X.X.X.X

2.3 SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)

SI		NO	<b>X</b>
----	--	----	----------

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 ÍTEMS

	SI	<b>X</b>		NO	
--	----	----------	--	----	--

2.5 SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN

	SI		NO	<b>X</b>
--	----	--	----	----------

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° 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



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

*Consignar una síntesis de las observaciones*

**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*

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

N° Item	Ajustes o modificaciones
	X.X.X.X.X

**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
---	----	---	----

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

<b>4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	SI	X	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.*

<b>4.2 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO</b>	SI	NO	X
---	----	----	---

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

**5.**

MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAYELICA  
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAYELICA  
 .....  
*Lic. Adm. Luzdiana Laura Carhuapoma*  
 JEFE DE LA UNIDAD DE ABASTECIMIENTO

**NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**