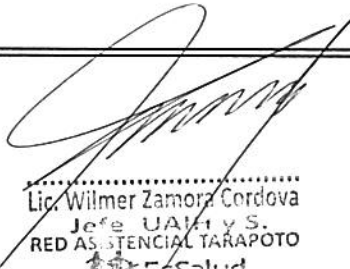


FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIOS)

| | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1. DATOS GENERALES | | | | | |
| 1.1 | FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO | 3/08/2023 | | | |
| 1.2 | ÁREA USUARIA | JEFE DE LA UNIDAD DE ADMISION REGISTROS MEDICOS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LA RED ASISTENCIAL TARAPOTO. | | | |
| 1.3 | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CONTRATACION DEL SERVICIO DE AMBULANCIA AEREA PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA Y/O URGENCIA MÉDICA Y QUE POR SU ESTADO REQUIEREN DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y ATENCIONES ADECUADAS DURANTE EL VUELO DE TRASLADO A OTRAS IPRESS DE MAYOR COMPLEJIDAD, DEL HOSPITAL II TARAPOTO DE LA RED ASISTENCIAL TARAPOTO – ESSALUD, PERIODO 12 MESES. | | | |
| 1.4 | ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN | Brindar a los asegurados un cuidado humanizado con calidad, oportunidad, con mayor nivel de compromiso y satisfacción de los colaboradores | | | |
| 1.5 | Nº DE REFERENCIA DEL PAC | 1018 | | | |
| 1.6 | PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA | Código | NO | | |
| | | Documento que declaró la viabilidad | NO | | |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO | | | | | |
| 2.1 | DATOS DEL REQUERIMIENTO | Documento de requerimiento | NOTA N° 516-UARMYCR-HIIT-RATAR-ESSALUD-2023. | Fecha de recepción | 27/06/2023 |
| 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 del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso. | | | |
| 2.4 | SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS | SI | X | NO | |
| 2.5 | SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN | SI | | NO | X |
| | | Documento de aprobación de la estandarización | | | Fecha de aprobación |
| 2.6 | SEÑALAR SI EL SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO | SI | | NO | X |
| | | N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación | | | Fecha de inicio de vigencia |



| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| 4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO | | | | |
| 4.1 | FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 28/06/2023 | FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO | 3/07/2023 |
| 4.2 | PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO | SI | X | No |
| De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento. | | | | |
| 4.3 | POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER) | SI | | NO X |
| De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro. | | | | |
| 4.4 | SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN | SI | | NO X |
| De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación. | | | | |
| 4.5 | SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN | SI | | NO X |
| De ser afirmativa la respuesta, detallar: | | | | |
| 5. |  <p>Lic. Wilmer Zamora Cordova Jefe UAM y S. RED ASISTENCIAL TARAPOTO EsSalud</p> | | | |
| 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. | | | | |