

**FORMATO  
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS  
(SERVICIOS)**

<b>1. DATOS GENERALES</b>																
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	lunes, 24 de Marzo de 2025														
1.2	ÁREA USUARIA	PROGRAMA NUESTRAS CIUDADES - PNC														
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	<b>CONTRATACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO-SCTR SALUD Y PENSIÓN PARA EL PERSONAL DEL PROGRAMA NUESTRAS CIUDADES</b>														
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	C0053 - INTERVENCIÓN EN MANTENIMIENTO DE CAUSES, DRENAJES Y ESTRUCTURAS DE SEGURIDAD														
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	54 - 2025														
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código	-----													
		Documento que declaró la viabilidad	-----													
<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>																
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	Memorándum N° 855-2025-VIVIENDA/VMVU-PNC		Fecha de recepción	20/02/2025										
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	Memorándum N° 943-2025-VIVIENDA/VMVU/PNC 25/02/2025	De oficio		Con motivo de observaciones	<b>X</b>									
		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	<b>X</b>											
		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 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 de aprobación de la estandarización		----	Fecha de aprobación											
2.6	SEÑALAR SI EL SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SI		NO	<b>X</b>											
		N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación		----	Fecha de inicio de vigencia											
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visulaiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.														
2.8	OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO															
	Nº Ítem	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								
	1	3	3	A través del SITRAD	25/02/2025	----	----	----								
<p>1. En el numeral 7. Entregables, se repite el ítem 1, tanto para SCTR Salud y SCTR Pensión. ( En la pág. 7).</p> <p>2. En el numeral 8. Forma y Condiciones de Pago, en el cuarto párrafo indican que actualmente se declaran 63 trabajadores, pero de la revisión de la lista Excel adjuntada a los TDR, se evidencia que hay 62 trabajadores. (En la pág. 13).</p> <p>3. No indican la condición laboral de los trabajadores a asegurar.</p>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>																

**FORMATO**  
**RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS**  
**(SERVICIOS)**

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
	1	3	3	Memorándum N° 943-2025-VIVIENDA/VMVU/PNC	25/02/2025	---	---	---
1. En el numeral 7. Entregables, precisan: ÍTEM 1: SCTR Salud e ÍTEM 2: SCTR Pensión. (Pág. 7). 2. En el numeral 8. Forma y Condiciones de Pago, en el cuarto párrafo precisan que actualmente se declaran 62 trabajadores (...). (Pág. 13). 3. Precisan la condición laboral de los trabajadores a asegurar serán de Régimen Laboral CAS (Contratación Administrativa de Servicios).(Pág. 13).								

2.10	AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO	
	Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
	1	En el numeral 7. Entregables, serán por : ÍTEM 1: SCTR Salud e ÍTEM 2: SCTR Pensión. (Pág. 7).
	2	En el numeral 8. Forma y Condiciones de Pago, en el cuarto párrafo precisan que actualmente se declaran 62 trabajadores (...). (Pág. 13).
3	La condición laboral de los trabajadores a asegurar serán de Régimen Laboral CAS (Contratación Administrativa de Servicios).(Pág. 13).	

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

3.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	27/02/2025	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	14/03/2025
-----	---	------------	--	------------

3.2	PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO	
	Según la validación técnica de las cotizaciones realizadas por la Oficina de Atención al Ciudadano las siguientes empresas cumplen con los Términos de Referencia: 1. RUC N° 20418896915 - MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS 2. RUC N° 20254165035 - OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP 3. RUC N° 20523470761 - SANITAS PERU S.A. - EPS 4. RUC N° 20600098633 - CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS				

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

3.4	SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> X
	De ser afirmativa la respuesta, detallar.				

4.	<div style="text-align: center;"> Firmado digitalmente por: CASTILLO ESCUDERO Routh Katharine FAU 20504743307 hard Motivo: En señal de conformidad Fecha: 2025/03/24 14:50:44-0500</div>				
	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.

