

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)

1. DATOS GENERALES	
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	CAJAMARCA, 18 DE OCTUBRE 2023
1.2 ÁREA USUARIA	(COOR. REG. DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA.
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DE "ADECUACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SAN MARCOS DISTRITO PEDRO GÁLVEZ PROVINCIA DE SAN MARCOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA".
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE EDIFICACIONES OFICINAS Y ESTRUCTURAS
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	91
1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código No aplica Documento que declaró la viabilidad

2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO						
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	PEDIDO DE SERVICIO N° 045773	Fecha de recepción	28/09/2023		
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	NO		x		
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 BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO	SI	NO		x		
	N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación	Fecha de inicio de vigencia				
2.7 REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					

2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO							
N° Item	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
.....
Consignar una síntesis de las observaciones							

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

Consignar una síntesis de las observaciones

Consignar una síntesis de las observaciones

2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA

N° 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
.....

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

N° Item	Ajustes realizados al requerimiento

3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	3/10/2023	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	10/10/2023
--	-----------	---	------------

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

De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.

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

En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.

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

En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.

3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	-----------------------------	--

En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.

3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	-----------------------------	--

En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.

4

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

CPC Daniel Lopez Rios
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES