

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS)

DATOS GENERALES

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	10/04/2024
1.2	ÁREA USUARIA	UNIDAD DE SEGUROS-HRA
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE TRASLADO AEREO-AVION AMBULANCIA PARA LOS PACIENTES ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD QUE REQUIEREN REFERENCIA A HOSPITALES DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA-UNIDAD FUNCIONAL DE REFERENCIA, CONTRA REFERENCIA Y TELEMEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE TRASLADO AEREO-AVION AMBULANCIA PARA LOS PACIENTES ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD QUE REQUIEREN REFERENCIA A HOSPITALES DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA-UNIDAD FUNCIONAL DE REFERENCIA, CONTRA REFERENCIA Y TELEMEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC	8
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código ***** Documento que declaró la viabilidad *****

INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO

2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 124-2023-DRSA/HR "MAMLL"A-DEP.EMG/UFRCRyTM		Fecha de recepción	28/12/2023	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL	Fecha de la segunda versión	10/04/2024	De oficio	NINGUNA	Con motivo de observaciones	X
2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	SI			NO		
		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 ÍTEM	SI		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 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
1	1	1	INFORME N° 221-2024-GRA/GG-GRDS-DIRESA/HR-MAMLL-A-OA-UL	8/03/2024			
GESTIONAR ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL, E INCLUIR EN EL CUADRO MULTINAUL DE CONTRATACIÓN MEDIANTE ANEXO 05							
	NINGUNA						
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
1	1	1	INFORME N° 085-2024-DRSA/HR "MAMLL"A-DEP.EMG/UFRCRYTM	10/04/2024			
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	NINGUNA						
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							

FORMATO
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS
(SERVICIOS)

2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
	NINGUNA

INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO

3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	11/01/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO	24/01/2024
--	------------	---	------------

3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<i>De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación de la Entidad respecto de la falta de pluralidad de proveedores que cumplen con el requerimiento.</i>				

3.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.</i>				

3.4 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.</i>				

3.5 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.</i>				


 HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 VICERRECTORÍA DE LOGÍSTICA

 Lic. Adm. ELIEBIO ZACARIAS FLORES BERAUN
 JEFE DE LOGÍSTICA

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