

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

## **DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	16/12/2024
ÁREA USUARIA	CENTRO DE SALUD SAPOSOA
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DEL "SERVICIO DE LAVANDERÍA DE ROPA HOSPITALARIA PARA EL CENTRO DE SALUD DE SAPOSOA, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"
ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	C0022
Nº DE REFERENCIA DEL PAC	45

## **INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO**

DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 064-2024-CS-SAPOSOA-IH	Fecha de recepción	6/12/2024
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	
SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)	SI	De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.	NO	X
SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS	SI		NO	X
SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN	SI		NO	X
	Documento de aprobación de la estandarización		Fecha de aprobación	
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	
REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.			

OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO							
Nº 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
-	-	-	-	-	-	-	-

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

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

-	-	-	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---

<b>10</b>	<b>AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>						
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						

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

FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		10/12/2024		FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		13/12/2024	
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							
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 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.							
5 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN				SI		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, detallar.							


**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN**  
**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD H.C.**  
  
**Econ. Edvan Iñohly Pérez Alarcón**  
**RESPONSABLE DE LOGÍSTICA**

**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