


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

<b>1. DATOS GENERALES</b>							
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	7/11/2023					
1.2	ÁREA USUARIA	UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL II-1 RIOJA					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO ANALIZADOR HEMATOLÓGICO AUTOMATIZADO DE LA UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA PARA EL HOSPITAL RIOJA					
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	-					
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	112					
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	NOTA DE COORDINACIÓN N°0386-2023-D/H.II-1-R		Fecha de recepción	10/05/2023	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión	NO EXISTE	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
		Fecha de la tercera versión	NO EXISTE	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
		Fecha de la cuarta versión	NO EXISTE	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
		Fecha de la quinta versión	NO EXISTE	De oficio	NO APLICA	Con motivo de observaciones	NO APLICA
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			NO APLICA	Fecha de aprobación	NO APLICA
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			NO APLICA	Fecha de inicio de vigencia	NO APLICA
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visulaiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					





2.8 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
NINGUNO							
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
NINGUNO							
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
NINGUNO							
3. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO							
3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		5/09/2023		FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		20/10/2023	
3.2 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.							
3.3 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.							
3.4 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.							
3.5 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN				SI		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, detallar.							
4.							



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN**  
**U.E. 401 SALUD ALTO MAYO OGESS**  
**C.P.C. Norvil Ruiz Diaz**  
**JEFE DEL AREA DE LOGISTICA OGESS-AM**