


FORMATO									
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS)									
1. DATOS GENERALES									
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	10/07/2024							
1.2	ÁREA USUARIA	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE BELLAVISTA							
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MEDICO ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRÍA PARA EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO BELLAVISTA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (OGESS) HUALLAGA CENTRAL.							
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	5005195							
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC	29							
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	Código							
		Documento que declaró la viabilidad							
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO									
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	OFICIO N° 1033-D-RED-SALUD-B/2024		Fecha de recepción		29/05/2024		
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			
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	X	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 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				
2.7	REQUERIMIENTO	Lo indicado se visualiza 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	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	

FORMATO RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (SERVICIOS)									
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO									
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento								
4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO									
4.1	FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO				26/06/2024	FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO			26/06/2024
4.2	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									
4.3	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.									
4.4	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.									
4.5	SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN				SI		NO		X
De ser afirmativa la respuesta, detallar.									
5.	<div style="text-align: center;">  <p>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD H C</p> <p><i>Econ. Edyan Jhonly Pérez Alarcón</i> RESPONSABLE DE LOGÍSTICA</p> </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.									