

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

<b>1. DATOS GENERALES</b>	
1.1 FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	11/11/2024
1.2 ÁREA USUARIA	UNIDAD DE LOGISTICA
1.3 DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS DE OXIGENO MEDICINAL DEL C.S APARICIO POMARES Y C.S PERU COREA DE LA RED DE SALUD HUANUCO
1.4 ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN	
1.5 N° DE REFERENCIA DEL PAC	
1.6 PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Código</div> <div></div> </div> <div>Documento que declaró la viabilidad</div>

<b>2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO</b>							
2.1 DATOS DEL REQUERIMIENTO	Documento de requerimiento	INFORME N° 1550-2024-GR-HCO/DRS-DIRED-HCO-DE-ODI/AIS		Fecha de recepción	7/11/2024		
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		
	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	X		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 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 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 visulaiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.					
<b>2.8 OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO</b>							
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
	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo
Consignar una síntesis de las observaciones							
	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo
Consignar una síntesis de las observaciones							

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

## **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
	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							

## **2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO**

Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento
	no hubo

## **4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO**

<b>4.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	INFORME N° 754-2024-GR-DRSH-RSHCO/UL	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>	11/11/2024
<b>4.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>	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.			
<b>4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER)</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	x
De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.			
<b>4.4 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	x
De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.			
<b>4.5 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	x
De ser afirmativa la respuesta, detallar.			

<b>5.</b>	 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO RED DE SALUD HUÁNUCO</p> <p><i>[Firma]</i> CPC <i>Freddy Benancio Aguirre</i> COORDINADOR LOGÍSTICA</p>
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>	

**NOTA:** El presente formato se utilizará en servicios en general, servicios de consultoría en general y en consultoría de obras.