

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



**1. DATOS GENERALES**

1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO	9/10/2024		
1.2	ÁREA USUARIA	UNIDAD DE LOGISTICA		
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERARRI		
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN			
1.5	Nº DE REFERENCIA DEL PAC			
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° 863-2024-GR-HCO/	Fecha de recepción	13/08/2024
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>							
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
	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							

<b>FORMATO</b> <b>RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS</b> <b>(SERVICIOS)</b>							
<b>2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA</b>							
N° ítem	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
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo	no hubo
<i>Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones</i>							
<b>2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO</b>							
N° ítem	Ajustes realizados al requerimiento						
	no hubo						
<b>4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES DE MERCADO</b>							
<b>4.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		INFORME N° 593-2024-GR-DRSH-RSHCO/UL		<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO</b>		6/09/2024	
<b>4.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO</b>				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>							
<b>4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO (EN CASO DE SERVICIOS EN GENERAL, DE CORRESPONDER)</b>				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
<i>De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la buena pro.</i>							
<b>4.4 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN</b>				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
<i>De ser afirmativa la respuesta, detallar la información que pueda utilizarse para la determinación de los factores de evaluación.</i>							
<b>4.5 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN</b>				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
<i>De ser afirmativa la respuesta, detallar.</i>							
<div style="text-align: center;">  <p> MINISTERIO DE SALUD  GOBIERNO REGIONAL HUANUCO  DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO  RED DE SALUD HUANUCO </p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">   <p>Dr. Francisco Aguirre</p> </div>							
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>							
<b>NOTA:</b> El presente formato se utilizará en servicios en general, servicios de consultoría en general y en consultoría de obras.							