



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 00134

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA N° 041-2025/GRC-DRSC/U.E.408-HE/SERV.-RX/JDCH

Señores :		R.U.C. : 10414027828
Dirección :		
Teléfono :	Fax :	
Email :	Fecha : 20/06/2025	Moneda : S/.
Concepto :	SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE IMPRESO LÁSER PARA PELÍCULAS RADIOGRÁFICAS RAYOS X RO	

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	606500260614	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE IMPRESORA LASER PARA PELICULA RADIOGRAFICA	
TOTAL			

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE EJECUCION.....DIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

*La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los TERMINOS DE REFERENCIA (CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS CASO CONTRARIO SERA DESCALIFICADO)

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (VALIDEZ DE LA OFERTA Del _____ Al _____)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

La cotizacion se presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXOS

*

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es el con Razón Social agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....
Firma
Nombre y apellidos del proveedor o de su representante
DNI:

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N°, Representante Legal (de corresponder), con RUC N°....., con domicilio legal en..... correo electrónicoautorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588–Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
- d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Mantenimiento correctivo de la impresora láser biomédica Carestream DRYVIEW 5700 del Servicio de Imágenes de la Unidad Ejecutora 408 - Hospital de Espinar.

2. FINALIDAD PÚBLICA

Restaurar la operatividad y confiabilidad de la impresora médica Carestream DRYVIEW 5700, garantizando la continuidad del diagnóstico por imágenes y la atención médica eficiente y segura.

3. ANTECEDENTES

La Unidad Ejecutora 408 - Hospital de Espinar es una institución especializada en la promoción, prevención y atención integral de la salud, enfocada en:

Mejorar los procesos de gestión asistencial.

Fortalecer la atención médica integral al paciente.

Garantizar la satisfacción del usuario y su entorno familiar.

Consolidar vínculos con la comunidad, organizaciones sociales y gobiernos locales.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

Objetivo General:

Contratar los servicios de una empresa especializada para realizar el mantenimiento correctivo integral de la impresora láser biomédica Carestream DRYVIEW 5700, restaurando su funcionamiento conforme a las especificaciones técnicas del fabricante.

Objetivos Específicos:

Diagnosticar y corregir fallas técnicas en la impresora Carestream DRYVIEW 5700.

Reemplazar o reparar componentes defectuosos (láser, sensores, motores, filtros, etc.).

Asegurar una impresión médica precisa y continua desde modalidades DICOM.

5. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El contratista realizará el mantenimiento correctivo en las instalaciones del Hospital de Espinar, bajo su total responsabilidad técnica y operativa. Deberá contar con recursos propios y prever la provisión e instalación de piezas de recambio, herramientas, software y personal capacitado. La Oficina de Mantenimiento supervisará la ejecución del servicio.

IMPRESORA LÁSER CARESTREAM DRYVIEW 5700

Tecnología

foto termográfica (láser seco)

Calidad de impresora láser DryView

Auténtica tecnología láser

325 píxeles por pulgada, espaciado entre puntos láser de 78 micrones

Resultados

Hasta 45 - 85 películas por hora (en función del tamaño de la película)



Los tamaños pequeños de película se imprimen antes.

Película para impresión láser de imágenes DRYVIEW

- Base de poliéster de 7 mm, azul o transparente
- Cartuchos de película para carga a la luz del día
- 125 hojas por cartucho

Opciones de tamaños de película

- 14 x 17 pulgadas (35 x 43 cm)
- 11 x 14 pulgadas (28 x 35 cm)
- 10 x 12 pulgadas (25 x 30 cm)
- 8 x 10 pulgadas (20 x 25 cm)

Conectividad en red

La interfaz DICOM integrada admite la impresión desde modalidades de impresión DICOM. Conecte modalidades que no son DICOM utilizando administradores de imágenes médicas de PACS Link.

Conexión de red

Conexión Ethernet 10/100/1000 BaseT a la impresora (compatible con paquetes jumbo)

Dimensiones/peso

- Altura: 19 pulgadas (47 cm)
- Anchura: 24 pulgadas (61 cm)
- Profundidad: 26 pulgadas (66 cm)
- Peso: 120 libras (54 kg)

Alimentación

180–264 V CA; 50/60 Hz; máximo 4,5 amperios

Entorno operativo

- Temperatura: de 15 a 33 °C (de 59 a 91 °F)
- Humedad: de 20% a 80% de humedad relativa, sin condensación
- Campo magnético: < 50 Gauss
- Altitud: –100 a 10 000 pies (–30,5 a 3,048 m)

Actividades específicas del servicio:

- Impresora Láser Carestream DRYVIEW 5700
- Diagnóstico integral de fallas de hardware o software.
- Verificación y corrección de fallos en el sistema láser, mecanismos de alimentación de película y módulos electrónicos.
- Reemplazo de componentes averiados (sensores, motores, filtros, etc.).
- Calibración del sistema de densidad automática (AIQC).
- Revisión de la conectividad con modalidades mediante interfaz DICOM.
- Pruebas funcionales de impresión con película médica.

Actividades mínimas básicas:



- Inspección de integridad estructural.
- Mantenimiento y/o sustitución de tarjetas electrónicas.
- Ajustes eléctricos, electrónicos y mecánicos conforme al manual de servicio.
- Pruebas operativas post-reparación.
- Regulación técnica de parámetros de impresión.
- Limpieza técnica interna y externa.
- Otras acciones necesarias para garantizar el funcionamiento óptimo del equipo.
- Estas actividades son referenciales y deben ejecutarse siguiendo las recomendaciones técnicas del fabricante.

1.1. Procedimiento

Organización de actividades.

El CONTRATISTA deberá coordinar con el jefe de la Oficina de Mantenimiento o quien haga sus veces, los aspectos necesarios para la adecuada prestación del servicio.

El mantenimiento realizado por el CONTRATISTA incluye una garantía mínima de seis (06) meses sobre el trabajo realizado, asumiendo el CONTRATISTA los costos por fallas originadas durante el periodo de garantía.

Verificación específica del mantenimiento

La Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento o quien haga sus veces, supervisará el proceso de ejecución de las actividades de mantenimiento respectiva, verificando:

- El reemplazo de repuestos (de corresponder)
- La fecha de inicio y de culminación de la actividad de mantenimiento.
- El jefe de la Oficina de Mantenimiento o quien haga sus veces, solicitará al CONTRATISTA que cumpla, complemente o subsane la actividad de mantenimiento y/u Orden de Trabajo de Mantenimiento, si observa que:
 - La mano de obra, recursos materiales y/o medios físicos del mantenimiento no se ajusta a las condiciones contratadas.
 - El funcionamiento del equipo, no es el adecuado.
 - La información descrita en el Informe técnico no es completa, carece de calidad o no se sujeta a la verdad.

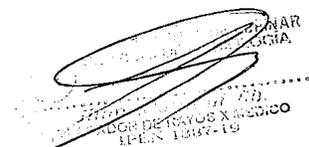
Supervisión del servicio

La Oficina de Mantenimiento o quien haga sus veces es la responsable de supervisar la ejecución de actividades de mantenimiento preventivo.

Subsanación de observaciones

El CONTRATISTA está obligado a cumplir la actividad de mantenimiento observadas por deficiencias, caso contrario el Jefe de la Oficina de Mantenimiento o quien haga sus veces no dará la conformidad correspondiente.

Conformidad



 CONTRATAción y MANTENIMIENTO de EQUIPOS de RAYOS X MEDICO

El Jefe de la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces dará por concluida la intervención de mantenimiento si el servicio se ha desarrollado conforme a lo contratado y además el registro de la información de las actividades de mantenimiento es correcta.

1.2. Recursos a ser provistos por el proveedor

Recursos físicos

- Los medios físicos mínimos deben ser tales aseguren que los equipos e instrumentos utilizados sean los adecuados y suficientes para la ejecución del servicio contratado.

1.3. Requerimiento del proveedor y de su personal.

Requisitos del Proveedor.

Perfil del personal para ejecutar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo: Técnico o Ingeniero Electrónico con cuatro (4) años de experiencia como mínimo en el manejo de equipos de cirugía laparoscópica de uso general.

NOTA: La experiencia está referida al mantenimiento de equipos iguales o similares que corresponden al ítem por los que el postor presenta su propuesta.

1.4. Lugar y plazo de prestación de servicio

1.4.1. Lugar:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Plazo:

La ejecución del servicio será en **15 días calendarios correspondiente al mes JULIO 2025.**

1.5. Resultados Esperados

1.5.1. Informe final de conclusión de actividades

El CONTRATISTA, dentro de los cinco (5) días siguientes al término de la prestación del servicio, presentará un informe conteniendo lo siguiente:

- a) El Reporte de Actividades ejecutadas dicho reporte deberá contener la información de las Órdenes de Trabajo de Mantenimiento que han sido concluidas y cuentan con la conformidad respectiva. Este reporte deberá tener el visto bueno del Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento o quien haga sus veces.
- b) Lista de actividades reprogramadas de ser el caso.
- c) Listado de repuestos devueltos.

1.5.2. Conformidad

El jefe de la Oficina de Mantenimiento o quien haga sus veces, luego de la revisión del informe del contratista, emitirá informe a la Oficina correspondiente para la conformidad del servicio y trámite del pago.

1.6. Otras Obligaciones del CONTRATISTA

1.6.1. Responsabilidades

1.6.1.1. El CONTRATISTA será responsable de los daños, pérdidas y/o sustracciones que sufriera el ESTABLECIMIENTO por acción, desconocimiento o negligencia de su personal, debiendo reparar o reemplazar a satisfacción del ESTABLECIMIENTO los daños causados.

La reparación o reemplazo por sustracción ilícita se cumplirá sin perjuicio de las acciones administrativas, policial y/o judicial que el caso obligue.

1.6.1.2. El CONTRATISTA es responsable directo del personal destacado para la prestación del servicio contratado, no existiendo ningún vínculo de dependencia laboral con el ESTABLECIMIENTO.

1.6.1.3. Al ESTABLECIMIENTO no le corresponderá ninguna responsabilidad en caso de accidentes, daños, mutilaciones, invalidez o muerte de los trabajadores del CONTRATISTA o terceras personas, que pudieran ocurrir en la ejecución del contrato, con ocasión o como consecuencia del mismo.

1.6.2. Personal destacado para la prestación del servicio

1.6.2.1. El personal del CONTRATISTA deberá tener amplio conocimiento de las actividades que le competen.

1.6.2.2. El personal deberá cumplir las siguientes normas de conducta:

- Pulcritud y orden personal en todo momento
- Responsabilidad
- Respeto, cortesía y buenas costumbres

1.6.2.3. El Jefe de la Oficina de Mantenimiento o quien haga sus veces mediante comunicación simple, podrá solicitar la sanción y/o cambio de personal, cuando éste no cumpla las normas de higiene establecidas y las normas de disciplina de la Institución, así como incurra en reincidencia de inasistencias injustificadas.

1.6.2.4. El Jefe de la Oficina de Mantenimiento o quien haga sus veces, podrá solicitar la sanción y/o cambio de personal, cuando éste demuestre negligencia y/o incapacidad en el cumplimiento de sus actividades. El cambio del personal se debe de realizar en el plazo de cuarenta y ocho horas de deprecionada la solicitud por el CONTRATISTA.

1.6.2.5. El CONTRATISTA no podrá efectuar cambio del personal sin previa autorización del Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento o quien haga sus veces.

2. Anexos

ANEXO: ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO

SECRETARÍA DE ESPINAR
INSTRUMENTACIÓN
DR. JOSÉ LUIS C. P.
COORDINADOR DE SERVICIOS A MÉDICO
IPEN 1387-19

**ANEXO
ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

N°	DIA	MES	AÑO

(Para ser llenado por el Servicio solicitante)

AREA USUARIA		UBICACIÓN FISICA		
DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	COD. PATRIMONIAL
PROBLEMA PRESENTADO EN EL EQUIPO				EST. INICIAL
				OPERATIVO
				INOPERATIVO
FIRMA Y SELLO RECEPCION			FECHA DE RECEPCION	

Para ser llenado por el Personal Técnico Responsable (Personal del Establecimiento o Terceros Autorizados)

DIAGNOSTICO TÉCNICO	
ENCARGADO DEL MANTENIMIENTO	FECHA

PRIORIDAD	MUY URGENTE
	URGENTE
	PROGRAMAR

MODALIDAD DE ATENCION	PERSONAL PROPIO
	SERV. TERCEROS

DESCRIPCION DEL TRABAJO REALIZADO									
FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINO			GARANTIA DEL SERVICIO			COSTO DE SERVICIO	

MANO DE OBRA (M.O.)

ESPECIALIDAD	HR/HOMBRE	VALOR HR/HOMB.	COSTO M.O.
COSTO POR MANO DE OBRA S/.			

REPUESTOS Y MATERIALES

SUMINISTRO		DESCRIPCION DEL BIEN	MARCA	U.M.	CANT	COSTO UNITARIO S/.	COSTO PARCIAL S/.
U. EJECUTORA	EMPR.						
COSTO TOTAL DE REPUESTOS Y MATERIALES INCL. IGV S/.							

COSTO TOTAL S/.

COSTOS POR MANO DE OBRA	
COSTOS POR REPUESTOS, ACCESORIOS Y MATERIALES	
OTROS GASTOS (Detallar) :	
IMPUESTOS DE LEY:	
TOTAL GENERAL INCL. IGV S/.	

Firma del Ejecutor de Mantenimiento	Firma del Usuario	Vº Bº RESPONSABLE MANTTO.

