



## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 0174

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Señores :  
Dirección :  
Teléfono : Fax :  
Email : Fecha : 18/07/2025  
Concepto : SERVICIO DE DOSIMETRIA PARA RADIODIAGNOSTICO RAYOS X RO

R.U.C. :

Moneda : S/.

| UNIDAD MEDIDA | ITEM         | DESCRIPCION                                  | VALOR TOTAL |
|---------------|--------------|----------------------------------------------|-------------|
| SERVICIO      | 070500040041 | SERVICIO DE DOSIMETRIA PARA RADIODIAGNOSTICO |             |
| 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 del requerimiento

\* 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 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 electrónico .....autorizado 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.

**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:

## **CONTRATACION DE SERVICIO DOSIMETRIA PARA RADIODIAGNOSTICO**

### **1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION**

adquisición de contratación de servicio dosimetría para radiodiagnóstico para el servicio de radiología de la U.E 408 Hospital de Espinar.

### **2. FINALIDAD PÚBLICA**

La presente contratación tiene como finalidad garantizar el monitoreo y control de la exposición ocupacional a radiaciones ionizantes del personal que labora en el Servicio de Radiología del Hospital de Espinar, a través del uso de dosímetros personales. Este control, de carácter mensual y acumulativo anual, contribuye a preservar la salud ocupacional, cumplir con la normativa vigente en seguridad radiológica y asegurar la operatividad de los equipos en un ambiente certificado.

### **3. ANTECEDENTES**

El Hospital de Espinar Desde su funcionamiento en el año 2009, el Hospital de Espinar – categorizado como establecimiento de salud II-1 – no ha contado con un servicio formal de dosimetría para el personal del Servicio de Radiología. La implementación de este servicio es fundamental para determinar las dosis mensuales y anuales recibidas, registrar adecuadamente la exposición ocupacional, y fortalecer el control de calidad de los equipos de rayos X. Asimismo, se busca avanzar en los requisitos para la obtención de la licencia de funcionamiento del área, conforme a las disposiciones del IPEN.

La dosimetría personal OSL (Optically Stimulated Luminescence) desempeña un papel fundamental en la protección de las personas expuestas a radiación, asegurando un entorno de trabajo seguro y el cumplimiento de regulaciones, al tiempo que contribuye a la investigación y la salud pública. Contamos con un convenio institucional con la empresa NUCLEAR CONTROL SAC, empresa autorizada por la OTAN - IPEN.

### **4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN**

#### **Objetivo general:**

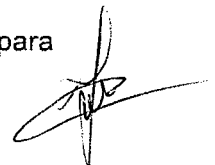
- Implementar un sistema integral de monitoreo dosimétrico, licencia de funcionamiento y control de calidad de equipos radiológicos en el Hospital de Espinar.

#### **Objetivos específicos:**

- Adquisición de cuatro (04) unidades de dosímetros personales OSL.
- Gestión y obtención de la licencia de funcionamiento y/u operación ante el IPEN.
- Ejecución del control de calidad de los equipos radiológicos, según normativas vigentes.

#### **ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR**

El Hospital de Espinar requiere la contratación de servicio de dosimetría para radiodiagnóstico, licencia de operación y control de calidad de equipos:



| CANTIDAD    | DISCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTO                                                                                                                                                            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04 UNIDADES | <p><b>La dosimetría personal Ventajas de OSL:</b></p> <p><b>Alta precisión:</b></p> <p><b>Ofrece mediciones muy exactas.</b></p> <p><b>Amplio rango de dosis:</b> Capaz de detectar tanto dosis bajas como altas.</p> <p><b>Reusabilidad:</b> Los dosímetros OSL pueden ser leídos múltiples veces sin perder precisión.</p> |                                                                                   |
| 01          | <p><b>Licencia de funcionamiento y/o operación</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>FORMULARIO 2</b></p> <p><b>ANEXO 2.1</b></p> <p><b>ANEXO 2.2</b></p> <p>Solicitud de Licencia de Operación</p>                                                |
| 01          | <p><b>Control de calidad de equipos de radiológicos</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>EL equipo cumpla con la norma IR.003. 2013.OTAN-IPEN y regulaciones aplicables como la Ley N° 28028, y de que esté funcionando correctamente antes de su uso</p> |

## 5.1 SERVICIOS SOLICITADOS

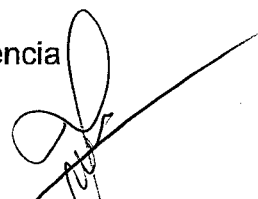
Servicios solicitados:

- Dosimetría personal (04 unidades).
- Licencia de funcionamiento y/u operación.
- Control de calidad de equipos radiológicos.

## 5.2 REQUERIMIENTO DEL PROVEEDOR

REQUISITOS DEL PROVEEDOR.

- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente. (de corresponder)
- Declaración jurada de datos del postor.
- Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia requeridos.



- Declaración jurada de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del reglamento de la ley de Contrataciones del Estado.

### **5.3 PERFIL DEL PROVEEDOR.**

El proveedor cuenta con amplia experiencia en la venta de equipos biomédicos, así como en la prestación de servicios especializados en el ámbito de la protección radiológica y diagnóstico por imágenes, **ofreciendo soluciones integrales para el sector salud.:**

- Dosimetría personal y ambiental
- Asesoría en protección radiológica
- cursos y talleres sobre protección radiológica
- control de calidad de equipos de rayos x
- instalación y mantenimientos de equipos
- elementos de protección radiológica
- equipos y sistemas de imagen - registro
- entre otros

## **5. FORMA DE PAGO**

La entidad realizara el pago de la contratación pactada a favor del proveedor en ÚNICO PAGO.

Para efectos de pago de las contraprestaciones ejecutadas por el proveedor, la entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad del Órgano encargado de la recepción (Almacén y Área usuaria).
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada. (cuando corresponda).
- Comprobante de pago (Original, SUNAT y Copia).
- Notas contables si fuera el caso (original y copia).
- Guía de Remisión de la Entidad (si correspondiera).

### **6.1 FORMULA DE REAJUSTE**

No se aplica formula de reajuste.

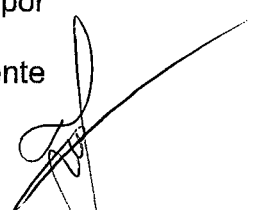
### **6.2 ADELANTOS**

No se realiza ningún tipo de adelantos.

### **6.3 PENALIDADES APLICABLES**

La entidad aplica una penalidad automáticamente una penalidad por mora y por cada día de retraso.

La penalidad se aplica automáticamente y se calcula según la siguiente formula.



$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{Plazo en día}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a 60 días para bienes, servicios en general, consultoría y ejecución de obras:  $F=0.4$
- b) Para plazos mayores a 60 días:
  - b.1) Para bienes, servicios en general y consultoría:  $F=0.25$
  - b.2) Para obras:  $F=0.15$

#### **6.4 LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION**

El servicio se ejecutará en el Hospital de Espinar. El plazo de ejecución será de hasta cuarenta y cinco (45) días calendario, contados a partir del día siguiente de la suscripción de la Orden de Compra.

#### **6.5 CONFORMIDAD**

La conformidad del servicio será otorgada por el área usuaria, conforme al artículo 143 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. De presentarse observaciones, se otorgará al proveedor un plazo prudencial para su subsanación.

#### **6.6 RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente defectos o vicios ocultos.

