

**GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

RUC: 20564356116

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

ANEXO N° 04
SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	098
08 de mayo de 2026	

FECHA:

RAZON SOCIAL : RUC N° :

DIRECCION : TELEFONO:

REFERENCIA : INFORME N° 017-2026/GRC-DRSC/U.E. 408-HE/SERV.-RX/JDCH PEDIDO SIGA. N°: 000008

META : 0116 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	606500130024	1	SERVICIO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS DE RAYOS X PORTÁTIL USO MÉDICO				
				RAYOS X RODABLE "RADIOLOGIA - TX-PLUS-4 0-PKS-12857" * Diagnostico tecnico completo de las fallas del equipo * Reparacion y/o reemplazo de los componentes defectuosos o dañados * Pruebas de funcionamiento, verificacion de seguridad electrica y radiologica, calibracion segun las especificaciones tecnicas del fabricante * Limpieza tecnica interna y externa del equipo * Entrega de un informe tecnico detallado que incluya: diagnostico inicial, actividades realizadas, repuestos utilizados, parametros de operacion posterior a la reparacion, evidencias fotograficas antes y despues del servicio, garantia tecnica minima de 6 meses sobre mano de obra y los repuestos reemplazados, capacitacion breve al personal sobre el correcto uso del equipo.				
				A) PERFIL:				
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.				
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratacion)				
				* Declaración Jurada de Datos del Postor				
				B) PLAZO DE SERVICIO:				
				Plazo de ejecución del servicio será 15 dias calendarios, después de notificada la orden de servicio.				
				C) LUGAR DE SERVICIO:				
				El servicio se prestará en las instalaciones del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.				
NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTADO AL PRESENTE.								
							TOTAL IMPORTE DE COTIZACION	

FECHA DE COTIZACIÓN

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

- * PLAZO DE ENTREGA..... 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 y/o ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimiento
- * Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa
- * Precisar periodo de **VIGENCIA** en dias calendarios (Oferta Economica Valida 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 entrega en **SOBRE CERRADO** o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logistica, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



RECEPCIÓN DE COTIZACIONES
Firma y Sello

.....
PROVEEDOR
Firma y Sello

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El (la) que suscribe....., identificado con DNI N°..... Representante Legal de la empresa..... con RUC N°..... activo y habido, con domicilio legal encorreo electrónico autorizado para notificaciones.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- c) Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que indico en la presente cotización.
- d) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en las Especificaciones Técnicas o Términos de Referencia, cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- e) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444 ley de Procedimiento Administrativo General.
- f) 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.
- g) 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 General de Contrataciones Públicas Ley N° 32069 y su Reglamento
- h) No cuento con inhabilitaciones vigentes para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236° del TUO de la ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- i) No tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069" Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento"
- j) No me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- k) No percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del estado peruano (institución pública o empresa del estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos.
- l) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de legalidad.
- m) No cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- n) Conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- o) Me someto a las sanciones contenidas en la "Ley 32069 Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento" así como TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General. Ley N° 27444.
- p) 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.



Espinar:.....202...

.....
Firma y sello del Proveedor

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 elcon 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 PREVENTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL PARA RADIOLOGIA.

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Servicio de Mantenimiento Correctivo de Equipos Biomédicos del Servicio de Imágenes de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar.

2. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la operatividad y confiabilidad de los equipos biomédicos del Servicio de Imágenes de la Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar, a fin de asegurar la continuidad de la atención médica especializada y oportuna a la población usuaria.

3. ANTECEDENTES

La Unidad Ejecutora 408 – Hospital de Espinar tiene como finalidad brindar atención integral en el segundo nivel de atención en salud, a través de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Como parte de la mejora continua en la gestión de servicios de salud, es indispensable asegurar el funcionamiento óptimo de los equipos biomédicos, especialmente los pertenecientes al Servicio de Imágenes.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

Objetivo General:

Contratar los servicios de una empresa especializada que brinde el mantenimiento correctivo integral de los equipos del Servicio de Imágenes del Hospital de Espinar, asegurando su operatividad y cumplimiento de estándares técnicos.

Objetivo Específico:

Realizar el mantenimiento correctivo a los equipos biomédicos del Servicio de Imágenes, asegurando su correcto funcionamiento y disponibilidad permanente para la atención médica.

5. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Actividades a ejecutar

Equipos incluidos: RODABLE

RAYOS X RODABLE “RADIOLOGIA - TX-PLUS-4.0 - PKS-12857”

1. Generador de Rayos X:

- Tipo: Alta frecuencia, 300 kHz
- Potencia máxima: 4 kW
- Rango de kilovoltaje (kVp): 40 – 115 kVp, en incrementos de 1 kVp
- Rango de miliamperaje (mA): 5 – 100 mA (selección automática según mAs)
- Rango de miliamperios-segundo (mAs): 0.1 – 200 mAs, en 34 pasos del 25%
- Tiempo de exposición: 0.001 – 10 segundos (selección automática según mAs)
- Compensación automática de tensión de red: 100 – 240 V AC, 50/60 Hz
- Sistema de autodiagnóstico con indicación de códigos de error

2. Tubo de Rayos X:

- Tipo de ánodo: Fijo
- Focos:
 - Fino: 0.6 mm
 - Grueso: 1.5 mm
- Ángulo del ánodo: 14°

- Capacidad calorífica del ánodo: 40,000 H.U.
3. Consola de Control:
- Integrada en el generador
 - Indicación digital de parámetros kVp y mAs
 - Selección de foco fino o grueso
 - Indicadores luminosos y acústicos de exposición
 - Interruptor/limitador magneto térmico
4. Cables:
- Cable de alimentación: 6 metros
 - Cable del manipulador de rayos X: 3 metros
5. Requerimientos de Alimentación:
- 32 Amperios a 110 V AC
 - 16 Amperios a 230 V AC
6. Garantía:
12 meses contra defectos de fabricación
7. Origen:
España

ACTIVIDADES AL EQUIPO DE RAYOS X RODABLE.

El presente servicio comprende la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo de rayos X rodable marca Radiología, modelo TX-PLUS-4.0, perteneciente al servicio de imágenes del Hospital de Espinar. El contratista deberá realizar las siguientes actividades:

- Diagnóstico técnico completo para determinar la(s) falla(s) que afectan la operatividad del equipo.
- Reparación y/o reemplazo de los componentes defectuosos o dañados que impidan el funcionamiento adecuado del sistema.
- Pruebas de funcionamiento, verificación de seguridad eléctrica y radiológica, y calibración según especificaciones técnicas del fabricante.
- Limpieza técnica interna y externa del equipo.
- Entrega de un informe técnico detallado que incluya:
 - Diagnóstico inicial
 - Actividades realizadas
 - Repuestos utilizados
 - Parámetros de operación posterior a la reparación
 - Evidencia fotográfica antes y después del servicio
 - Garantía técnica mínima de 6 meses sobre la mano de obra y los repuestos reemplazados.
 - Capacitación breve al personal sobre el correcto uso del equipo, si el reemplazo de componentes afecta su operación habitual.
- El servicio deberá realizarse en las instalaciones del Hospital de Espinar y completarse en un plazo máximo de 15 días calendario, contados desde la firma del acta de inicio.

El Servicio contratado para el mantenimiento de los equipos deberá asegurar el correcto funcionamiento; por lo que también ejecutará actividades básicas tales como:

- Inspección de integridad, identificando daños y partes faltantes.
- Mantenimiento de tarjetas electrónicas.
- Mantenimiento de partes, piezas y accesorios.
- Ajustes eléctricos, electrónicos y/o mecánicos conforme indique el manual de servicio, el cual debe presentarlo anexo al informe de mantenimiento.
- Pruebas de funcionamiento.

- Verificación y regulación de parámetros de funcionamiento conforme indiquen los manuales de servicio.
- Limpieza, lubricación, engrase de acuerdo a las recomendaciones que se indique en los manuales de servicio.
- Otras que demande el mantenimiento, a fin de garantizar el correcto funcionamiento del equipo en todos sus parámetros.

Lo indicado anteriormente son actividades mínimas referenciales.

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

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 RADIOLOGIA EN GENERAL y equipos de rayos x digital.

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 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



**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		PRIORIDAD	MUY URGENTE
			URGENTE
			PROGRAMAR
ENCARGADO DEL MANTENIMIENTO		MODALIDAD DE ATENCION	PERSONAL PROPIO
FECHA			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	V° B° RESPONSABLE MANTTO.

**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		<table border="1"> <tr> <td align="center" rowspan="3">PRIORIDAD</td> <td align="center">MUY URGENTE</td> </tr> <tr> <td align="center">URGENTE</td> </tr> <tr> <td align="center">PROGRAMAR</td> </tr> </table>	PRIORIDAD	MUY URGENTE	URGENTE	PROGRAMAR
PRIORIDAD	MUY URGENTE					
	URGENTE					
	PROGRAMAR					
		<table border="1"> <tr> <td align="center" rowspan="2">MODALIDAD DE ATENCION</td> <td align="center">PERSONAL PROPIO</td> </tr> <tr> <td align="center">SERV. TERCEROS</td> </tr> </table>	MODALIDAD DE ATENCION	PERSONAL PROPIO	SERV. TERCEROS	
MODALIDAD DE ATENCION	PERSONAL PROPIO					
	SERV. TERCEROS					
ENCARGADO DEL MANTENIMIENTO	FECHA					

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	V° B° RESPONSABLE MANTTO.