

**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                 | 125 |
| 23 de Junio de 2026 |     |

FECHA: .....

RUC N° .....

TELEFONO: .....

PEDIDO SIGA. N°: 000010

FTE.FTO. : 1-00

RAZON SOCIAL : .....

DIRECCION : .....

REFERENCIA : INFORME N° 053-2026/GRC-DRSC/U.E. 408-HE/SERV.-RX/JDCH

META : 0116

| ITEM                                                                           | CODIGO       | CANT. | U.M      | ARTICULO<br>DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA | COTIZACION |                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------------------------------------|--|
|                                                                                |              |       |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | P.U.       | TOTAL                              |  |
| 1                                                                              | 606500260614 | 1     | SERVICIO | MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE IMPRESORA LASER PARA PELICULA RADIOGRAFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | <b>IMPRESORA LÁSER CARESTREAM DRYVIEM 5700</b><br>* Foto termografía (laser seco)<br>* Diagnostico integral de fallas de hardware o software<br>* Verificación y corrección de fallos en el sistema laser, mecanismos de alimentación de película y módulos electronicos.<br>* Reemplazo de componentes averiados (sensores, motores, filtros, etc)<br>* calibración del sistema de densidad automática (AIQC)<br>* Revisión de la conectividad con modalidades mediante interfaz DICOM<br>* Pruebas funcionales de impresión con película medica.<br>* Según a los terminos de referencia |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | <b>A) PERFIL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | * Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | * RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | * Declaración Jurada de Datos del Postor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | <b>B) PLAZO DE SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | Plazo de ejecución del servicio será 15 días calendarios, después de notificada la orden de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | <b>C) LUGAR DE SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |            |                                    |  |
| <b>NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTADO AL PRESENTE.</b> |              |       |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |            |                                    |  |
|                                                                                |              |       |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |            | <b>TOTAL IMPORTE DE COTIZACION</b> |  |

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 dirección de correo electrónico y mantenerla activa .....

\* Precisar periodo de **VIGENCIA** en días calendarios (Oferta Economica Valida Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_)

\* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sírvase firmar y devolver la presente.

\* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :.....

**PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:**

\* La cotización se entrega en **SOBRE CERRADO** o via correo electrónico, sin borradores y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logística, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



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 en .....correo 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 vigente 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 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 CORRECTIVO DE IMPRESORA LASER PARA PELICULA RADIOGRAFICA**

## **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 pixeles por pulgada, espaciado entre puntos láser de 78 micrones

  
Jhony J. Manani Ch.  
SERVICIO DE RADIOLOGÍA  
1207 - 10

## 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**



Jhon D. ... Ch.  
SERVICES S.A. MOLOCHA

El RESPONSABLE DEL SERVICIO (área usuaria) 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 radiología en general y mantenimiento **IMPRESORA LASER PARA PELICULA RADIOGRAFICA**.

- El proveedor deberá de contar con un año de experiencia en el rubro del Servicio a contratar en el sector público o privado.
- El proveedor deberá contar con Licencia para realizar mantenimientos de equipos de Rayos X en Diagnóstico Médico emitido por IPEN-OTAN.
- Como parte del personal clave, el proveedor deberá contar con un (01) Ingeniero Electrónicos Titulado y Colegiado, con una experiencia de un (01) año contado a partir de su fecha de colegiación, en mantenimiento o reparación de equipo de radiología en entidades públicas o privadas.
- Ficha RUC activo y habido.
- Registro nacional de proveedores.

**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 "servicio de radiología rayos-x"**

### Plazo:

La ejecución del servicio será en **15 días calendarios correspondiente al 2026.**

## 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 RESPONSABLE DEL SERVICIO (área usuaria), 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 decepcionada 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.

  
Jhonatan Ramani Ch.  
SERVICIO DE RADIOLOGÍA  
317 - 10