

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	126
23 de Junio de 2026	

RAZON SOCIAL : **RUC N°** :

DIRECCION : **TELEFONO:**.....

REFERENCIA : INFORME N° 050-2026/GRC-DRSC/U.E. 408-HE/SERV.-RX/JDCH **PEDIDO SIGA. N°:** 000007

META : 0116 **FTE.FTO.** : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	070500040041	1	SERVICIO	SERVICIO DE DOSIMETRIA PARA RADIODIAGNOSTICO				
				* Dosimetria personal (04 unidades) * Lectura mensual levantamiento de observaciones * Según a los terminos de referencia				
				A) PERFIL:				
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.				
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)				
				* Declaración Jurada de Datos del Postor				
				B) PLAZO DE SERVICIO:				
				Plazo de ejecución del servicio será 12 días 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 días 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.



.....
 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

Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N - Barrio Túpac Amaru - Espinar



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 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, empresa autorizada por la OTAN - IPEN.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

Objetivo general:

- Implementar un sistema integral de monitoreo dosimétrico, nivel dosis de radiación equipos radiológicos en el Hospital de Espinar.

Objetivos específicos:

- Adquisición de cuatro (04) unidades de dosímetros personales OSL.

ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR

El Hospital de Espinar requiere la contratación de servicio de dosimetría para radiodiagnóstico:



CANTIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO
04 UNIDADES	<p>La dosimetría personal Ventajas de OSL: Alta precisión: Ofrece mediciones muy exactas. Amplio rango de dosis: Capaz de detectar tanto dosis bajas como altas. Reusabilidad: Los dosímetros OSL pueden ser leídos múltiples veces sin perder precisión.</p>	

5.1 SERVICIOS SOLICITADOS

Servicios solicitados:

- Dosimetría personal (04 unidades).
- Lectura mensual levantamiento de observaciones.

5.2 REQUERIMIENTO DEL PROVEEDOR

REQUISITOS DEL PROVEEDOR.

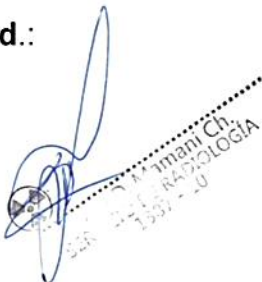
- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente. (de corresponder)
- Declaración jurada de datos del postor.
- Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia requeridos.
- Declaración jurada de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del reglamento de la ley de Contrataciones del Estado.

5.3 PERFIL DEL PROVEEDOR.

El proveedor cuenta con amplia experiencia en la venta de equipos biomédicos.

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 radioiógica
- equipos y sistemas de imagen - registro
- empresa autorizada por la OTAN - IPEN

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:

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

6.4 LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION



Thon D. Mamari Ch.
SERVICIO DE RADIOLOGIA
1307 - 10

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

6.5 CONFORMIDAD

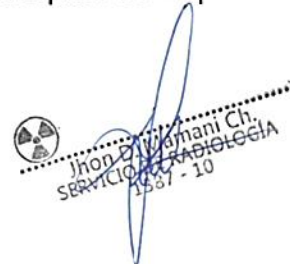
La conformidad del servicio será otorgada por el área usuaria, conforme al artículo 143 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. De presentarse observaciones, se otorgará al proveedor un plazo prudencial para su subsanación.

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.

6.7 GARANTÍA DEL SERVICIO

El contratista deberá otorgar una garantía mínima de 12 meses contados a partir de la conformidad del servicio, cubriendo defectos de ejecución, fallas técnicas o cualquier deficiencia atribuible al servicio prestado. Durante el periodo de garantía, el proveedor deberá subsanar las observaciones sin costo adicional para el Hospital de Espinar.


Jhon D. Wamani Ch.
SERVICIO DE RADIOLOGÍA
1537 - 10