

**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	097
08 de mayo de 2026	

FECHA:

RAZON SOCIAL : ..... RUC N° : .....

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

REFERENCIA : INFORME N° 018-2026/GRC-DRSC/U.E. 408-HE/SERV.-RX/JDCH PEDIDO SIGA. N°: 000009

META : 0116 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	606500130030	1	SERVICIO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL				
				RAYOS ESTACIONARIO "ECOTRON de rayos X- Modelo EXS-40R-Corea * Revision y mantenimiento del generador, consola de comando y gabinete * Mantenimiento del tubo de rayos X y colimador * Verificación del sistema de giro del tubo * Mantenimiento de la mesa de diagnostico y mecanismos de movimiento * Revision de estativos bucky (de mesa y vertical) * Verificación de parametros radiologicos con equipos calibrados y certificados (IPEN) * Mantenimiento de la columna soporte * Ejecucion de rutina tecnica de acuerdo al manual del fabricante.				
				<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 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.



.....  
 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 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 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 PREVENTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL PARA RADIODIAGNOSTICO.**

## **1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN**

Servicio de Mantenimiento Preventivo 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 preventivo 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 preventivo 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: ESTACIONARIO

**RAYOS ESTACIONARIO “ECOTRON de Rayos X – Modelo EXS-40R – Corea”**

Descripción:

- Potencia nominal 40 kW
- Rango de mA 10 a 500 mA
- Rango del temporizador: 1 ms a 10 s, 36 pasos
- Potencia máxima de salida: 500 mA a 80 kV, 400 mA a 100 kV, 320 mA a 125 kV
- Dimensiones 430x620x640mm
- Peso 108 kg

Tubo de rayos X:

- Potencia máxima 125 kVp
- Unidad de calentamiento máxima 140 KHU (100 kJ)
- Voltaje máximo a tierra 65 kV
- Filtración y tipo de ánodo 0,9 mm AL y ánodo giratorio
- Objetivo 12 grados
- Peso 16 kg

Mesa de paciente (cubierta flotante de 4 posiciones):

- Dimensiones 2200x820x720mm
- Recorrido longitudinal 900 mm
- Recorrido transversal 300 mm
- Bucky Travel 380 mm
- Peso 130 kg

Dispositivo limitador de haz (colimador):

- Voltaje máximo del tubo de rayos X: 150 kVp
- Campo de rayos X 43x43cm a FD100cm
- Manual de ajuste
- Proyección de luz 280-160 LUX a FD100 cm
- Protección inherente 1,2 mm AL EQV
- Lámpara de proyección LED
- Temporizador de lámpara 30 segundos
- Dimensiones 225x240x185mm

Soporte de tubo (montado en el suelo):

- Altura de la columna 2190 mm
- Recorrido vertical 1300 mm
- Recorrido longitudinal 1700 mm
- Recorrido transversal 300 mm
- Peso 174 kg

Soporte de pared Bucky:

- Altura de la columna 1910 mm
- Recorrido vertical 1200 mm
- Altura del punto focal mín. 35 mm
- Altura máxima del punto focal: 1830 mm
- Panel frontal AL EQV 0,4 mm
- Peso 80 kg

### ACTIVIDADES AL EQUIPO DE RAYOS X ESTACIONARIO

Actividades mínimas de mantenimiento al equipo de Rayos X:

- Revisión y mantenimiento del generador, consola de comando y gabinete.
- Mantenimiento del tubo de rayos X y colimador.
- Verificación del sistema de giro del tubo.
- Mantenimiento de la mesa de diagnóstico y mecanismos de movimiento.
- Revisión de estativos bucky (de mesa y vertical).
- Verificación de parámetros radiológicos con equipos calibrados y certificados (IPEN).
- Mantenimiento de la columna soporte.
- Ejecución de rutina técnica de acuerdo al manual del fabricante.

Materiales, instrumentos y herramientas a utilizar

- Materiales consumibles: Trapo industrial, limpiador de contactos, hisopos, soldadura, guantes, mascarillas, etc.
- Instrumentos de medición: Multímetro digital, manómetro, analizador de seguridad eléctrica, cautil.
- Herramientas básicas: Desarmadores, llaves allen, torx, alicates, extractor de estaño, linterna, brochas, bombilla de aire, entre otros.

## 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 sufra 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**

<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>

<b>N°</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>

( Para ser llenado por el Servicio solicitante)

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

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

<b>DIAGNOSTICO TÉCNICO</b>		<b>PRIORIDAD</b>	MUY URGENTE
			URGENTE
			PROGRAMAR
		<b>MODALIDAD DE ATENCION</b>	PERSONAL PROPIO
			SERV. TERCEROS
<b>ENCARGADO DEL MANTENIMIENTO</b>	<b>FECHA</b>		
<b>DESCRIPCION DEL TRABAJO REALIZADO</b>			
<b>FECHA DE INICIO</b>		<b>GARANTIA DEL SERVICIO</b>	<b>COSTO DE SERVICIO</b>

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

COSTO	Firma del Ejecutor de Mantenimiento	Firma del Usuario	V° B° RESPONSABLE MANTTO.

**ANEXO  
ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO**

<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>

<b>N°</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>

( Para ser llenado por el Servicio solicitante)

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

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

<b>DIAGNOSTICO TÉCNICO</b>				<b>PRIORIDAD</b>	MUY URGENTE
					URGENTE
					PROGRAMAR
<b>ENCARGADO DEL MANTENIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>MODALIDAD DE ATENCION</b>	PERSONAL PROPIO
					SERV. TERCEROS
<b>DESCRIPCION DEL TRABAJO REALIZADO</b>					
<b>FECHA DE INICIO</b>		<b>FECHA DE TERMINO</b>		<b>GARANTIA DEL SERVICIO</b>	
<b>FECHA DE INICIO</b>				<b>COSTO DE SERVICIO</b>	

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/.		COSTO PARCIAL 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.