

**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

---



**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023-HG**

**“SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO COSTO DE  
01 EQUIPO COBALTOTERAPIA, MARCA BEST THERATRONICS,  
MODELO EQUINOX 100, SERIE 2103 DEL DEPARTAMENTO DE  
ONCOLOGÍA - SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL III  
GOYENECHÉ”**

**2023**

## **DEBER DE COLABORACIÓN**

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

### **CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

## HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

### CAPÍTULO I GENERALIDADES

#### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

RUC N° : 20163654246

Domicilio legal : AV. GOYENECHÉ S/N-AREQUIPA

Teléfono: : 054-224374

Correo electrónico: : [procesos.1hgoyeneche@gmail.com](mailto:procesos.1hgoyeneche@gmail.com)

#### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del "SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO COSTO DE 01 EQUIPO COBALTOTERAPIA, MARCA BEST THERATRONICS, MODELO EQUINOX 100, SERIE 2103 DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA - SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ"

DESCRIPCION DEL BIEN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
"Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"	SERVICIO	01

#### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **Formato 02 N°027-2023-HG-OLOG-UPP** de fecha 05 de julio del 2023.

#### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Ordinarios

#### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de a **SUMA ALZADA** de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

#### 1.6. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

#### 1.7. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de **noventa (90) días**

**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

*CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"*

---

calendario que se cuentan desde el día siguiente de notificada la orden de servicio en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

**1.8. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES**

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar la suma S/. 5.00 en Caja del Hospital Goyeneche

**1.9. BASE LEGAL**

- LEY N° 31368 LEY DE PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO PARA EL AÑO FISCAL 2023.
- LEY N° 31639 LEY DE EQUILIBRIO FINANCIERO DEL PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO DEL AÑO FISCAL 2023.
- TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY N° 30225, LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO, APROBADO POR DECRETO SUPREMO N° 082-2019-EF.
- REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO APROBADA MEDIANTE DECRETO SUPREMO N° 344-2018-EF, MODIFICADA MEDIANTE DECRETO SUPREMO N° 377-2019-EF Y DECRETO SUPREMO N° 168-2020-EF.
- LEY N° 27444, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL.
- LEY N° 27806, LEY DE TRANSPARENCIA Y DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, Y SU REGLAMENTO APROBADO POR DECRETO SUPREMO N° 073-2003-PCM.
- DIRECTIVA N° 001-2019-OSCE/CD, BASES Y SOLICITUD DE EXPRESIÓN DE INTERÉS ESTÁNDAR PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN A CONVOCAR EN EL MARCO DE LA LEY N° 30225.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

## **CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

### **2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

No corresponde

### **2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS**

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>1</sup>, la siguiente documentación:

#### **2.2.1. Documentación de presentación obligatoria**

##### **2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta**

- a) Declaración jurada de datos del postor. **(Anexo N° 1)**
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.  
  
En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.  
  
En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.  
  
El certificado de vigencia de poder expedido por registros públicos no debe tener una antigüedad mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas, computada desde la fecha de emisión.  
  
En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.
- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento **(Anexo N°2)**
- d) Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. **(Anexo N° 3)**
- e) Copia del documento emitido por fabricante mediante el cual demuestre ser representante o distribuidor autorizado para realizar trabajos de mantenimiento de los Equipo de la marca BETS THERATRONICS.
- f) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. **(Anexo N° 4)<sup>2</sup>**
- g) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- h) El precio de la oferta en SOLES y el detalle de precios unitarios, porcentajes u

<sup>1</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>2</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

honorario fijo y comisión de éxito, según corresponda, solo cuando el procedimiento de selección se haya convocado por uno de dichos sistemas. Así como el monto de la oferta de la prestación accesorio, cuando corresponda **(Anexo N° 6)**.

El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos decimales.

#### **2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación**

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los **"Requisitos de Calificación"** que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

#### **2.2.2. Documentación de presentación facultativa:**

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad<sup>3</sup>.

### **2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO**

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato, de ser el caso.
- b) Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, de ser el caso
- c) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- d) Código de cuenta interbancaria (CCI).
- e) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- f) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.
- g) Copia del documento emitido por fabricante mediante el cual demuestre ser representante o distribuidor autorizado para realizar trabajos de mantenimiento de los Equipos de la marca BETS THERATRONICS.
- h) Copia del Certificado de capacitación del fabricante o representante o distribuidor autorizado de la marca BETS THERATRONICS en actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de la marca.
- i) Licencias individuales vigentes emitidas por OTAN-IPEN, con autorización para el mantenimiento de equipos de Cobaltoterapia.
- j) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- k) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>4</sup>.
- l) Estructura de costos.
- m) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete<sup>5</sup>.

#### **Importante**

<sup>3</sup> Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>4</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>5</sup> Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

## **HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

---

- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a cien mil Soles (S/ 100,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

### **2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO**

El contrato se perfecciona con la Orden de Servicio. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en Oficina de Logística del Hospital III Goyeneche, sito en Av. Goyeneche S/N distrito, provincia y región de Arequipa

### **2.5. FORMA DE PAGO**

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en un **pago único**.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Informe del proveedor que realizó el servicio
- Informe del funcionario responsable del Departamento de Oncología y de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento emitiendo la conformidad de la prestación efectuada y cumplir con lo establecido en el numeral 9) de las especificaciones técnicas y condiciones generales que se detallan en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección de las bases.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en la Oficina de Logística del Hospital III Goyeneche, sito en Av. Goyeneche S/N distrito, provincia y región de Arequipa en horario de oficina de 7:30 a 15:00 horas.



**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

**CAPÍTULO III  
REQUERIMIENTO**

15



**"PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y DE LOS EQUIPOS  
MÉDICOS Y BIOMÉDICOS DE LOS SERVICIOS ONCOLÓGICOS DE LAS  
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO  
DE SALUD Y DE LOS GOBIERNOS REGIONALES - 2023"**

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Angel López  
COORDINADOR GENERAL DE ONCOLOGÍA  
COORDINADOR DEL PROGRAMA ESTI  
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER - PCR  
C.M.P. 27551 - R.N.E. 37

**TÉRMINOS DE REFERENCIA N°RD01**

**SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO  
COSTO DE 01 EQUIPO DE COBALTOTERAPIA MARCA  
BEST THERATRONICS, MODELO EQUINOX 100, SERIE  
2103 DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA – SERVICIO  
DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ.**

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Javier Pareda  
C.M.P. 35195 - 31486  
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA  
DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DPTO. DE ONCOLOGÍA / RADIOTERAPIA  
Dra. María del Carmen Quispe Malayo  
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA  
C.N. 26700 - R.N.E. 26894

**AREQUIPA-PERÚ**

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
DPTO. DE ONCOLOGÍA / RADIOTERAPIA  
Lic. CRISTINA SANTOS FLORES  
FISICO MEDICO  
C. F. P. 0345 - LIC. INC. IPEN 0123/0124 - 14

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Ing. Javier Freddy Alfara Cervantes  
CIP: 67872  
Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

19

## HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

### TÉRMINOS DE REFERENCIA

#### 1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO COSTO DE 01 EQUIPO DE COBALTOTERAPIA MARCA BEST THERATRONICS, MODELO EQUINOX 100, SERIE 2103 DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA - SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ.

#### 2. FINALIDAD PÚBLICA

Asegurar el nivel de atención de pacientes de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud RADIOTERAPIA, así como garantizar la operatividad y preservar la vida útil de 01 EQUIPO DE COBALTOTERAPIA, buscando conservar los niveles de eficiencia y satisfacción de la calidad de atención de la entidad frente a los usuarios.

#### 3. ANTECEDENTES

La Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento revisó 01 EQUIPO DE COBALTOTERAPIA y concluyó que requiere mantenimiento CORRECTIVO. Dicho equipo está incluido en "PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y BIOMÉDICOS DE LOS SERVICIOS ONCOLÓGICOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LOS GOBIERNOS REGIONALES - 2023", con la siguiente ruta de financiamiento:

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	CLASIFICADOR DE GASTOS
0024.PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER	3000366 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	23 24 71 MANTENIMIENTO, REPARACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS EN GENERAL.

#### 4. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

Garantizar el correcto funcionamiento de 01 EQUIPO DE COBALTOTERAPIA, para ello se contratará los servicios de un Contratista Especializado, asegurando su funcionamiento para el tratamiento óptimo de pacientes que enfrentan situaciones de riesgos en su estado de salud.

##### 4.1. Objetivo Específico

Mantener los estándares de calidad del funcionamiento de 01 EQUIPO DE COBALTOTERAPIA y garantizar su operatividad.

#### 5. AREA SOLICITANTE

Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.

#### 6. AREA USUARIA

Unidad Prestadora de Servicios de Salud de RADIOTERAPIA del DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA  
Ing. JUAN FREDY VILCERA CERVANTES  
CIR 67072  
Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

Lic. CRISTINA SANTOS FLORES  
FISICO MEDICO  
C. E. R. 0345 - Lic. Ind. IPH 0123/0124 - 14



## HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

13

### 7. VISITA PARA COTIZACIÓN DEL SERVICIO

El contratista y/o su personal técnico podrá coordinar con el área usuaria o la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, una visita técnica con el objetivo de revisar los equipos y conocer su estado de operatividad actual, lo cual permitirá cotizar el servicio y presentar su propuesta.

### 8. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR

El servicio a contratar comprende el mantenimiento CORRECTIVO de 01 EQUIPO DE COBALTOTERAPIA de la marca: BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie: 2103 y con Código Patrimonial: 532240530001.

A causa del objetivo específico de la contratación, corresponde tener en el presente servicio una prestación principal y una prestación accesoria.

#### 8.1. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Nro. Prestación Principal	Actividades de mantenimiento a realizar	Fecha de Ejecución
1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Suministro y Cambio de Fuente Radiactiva calibrada de Cobalto 60</li><li>- Inspección del área de trabajo</li><li>- Medición de temperatura max 20°C</li><li>- Inspección externa</li><li>- Mantenimiento correctivo del Gantry.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste del cabezal y colimador.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste de la consola de control.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste del módulo primario.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste del módulo secundario.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste del sistema de Radio protección.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste del sistema de audio y video.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste de la mesa.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste de las computadoras de adquisición y procesamiento.</li><li>- Inspección de Seguridad</li><li>- Revisión y ajuste de las paradas de emergencia.</li><li>- Revisión y ajuste del control manual.</li><li>- Revisión y ajuste de los colimadores.</li><li>- Revisión y ajuste de la operación de rotación del Gantry.</li><li>- Revisión y ajuste del desplazamiento horizontal de la camilla.</li><li>- Revisión y ajuste del desplazamiento vertical de la camilla.</li><li>- Revisión y ajuste del desplazamiento lateral de la camilla.</li><li>- Ajustes eléctricos, electrónicos y mecánicos del equipo, acorde a lo que indican los manuales del servicio y usuario del fabricante del equipo con materiales, herramientas e instrumentos certificados que garanticen</li></ul>	Hasta 90 días calendario después de emitida la Orden de Servicio.

17

# HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

12

<p>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL III GOYENECHÉ</p> <p>Luis A. Cortijo C.O.P. 35195 - 31486 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA</p> <p>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL III GOYENECHÉ</p> <p>Dr. Javier Paredes Arias C.O.P. 35195 - 31486 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA</p> <p>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL III GOYENECHÉ</p> <p>Dr. Javier Paredes Arias C.O.P. 35195 - 31486 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA</p>	<p>las condiciones operativas de eficiencia, calidad y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión, Verificación, calibración y regulación de parámetros de funcionamiento.</li></ul> <p>Inspección de Desgaste</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión y cambio de claves de red de los computadores, producto del desgaste</li></ul> <p>Limpieza y Ajustes</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Limpieza y ajuste de las superficies externas del Gantry, cabezal y camilla.</li><li>- Limpieza y ajuste de cubiertas de la mesa.</li><li>- Limpieza y ajuste de los cables del sistema en área de control.</li><li>- Limpieza y lubricación de guías horizontales y verticales de la mesa.</li><li>- Limpieza y ajuste de valores de operación.</li></ul> <p>Inspección de Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión y ajuste de la mesa de paciente subida y bajada.</li><li>- Revisión y ajuste de mesa en movimiento horizontal.</li></ul> <p>Montaje del Primario</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión y mantenimiento de la computadora y periféricos.</li><li>- Revisión y mantenimiento de conexiones secundarias.</li><li>- Revisión y mantenimiento de sistema de emergencia.</li><li>- Revisión y mantenimiento de Tarjeta de colimador.</li><li>- Revisión y mantenimiento de Switches Límites X1, X2, Y1, Y2 (Calibración de Límites de campo X1, X2, Y1, Y2 <math>\pm</math> 1mm cada uno hasta campo 40 x 40 cm)</li><li>- Revisión y ajuste de Límites de Rotación del Colimador (<math>\pm</math> 1°)</li><li>- Revisión y mantenimiento de Indicadores del cabezal.</li><li>- Revisión y mantenimiento de los Switches de posición de la fuente.</li><li>- Revisión, mantenimiento y ajuste de Luz de campo y Escala.</li><li>- Revisión y mantenimiento de conexionado al Secundario.</li><li>- Revisión y mantenimiento del Amplificador de Rotación del colimador.</li><li>- Revisión y mantenimiento de Amplificadores X1, X2 - Colimador.</li><li>- Revisión y mantenimiento de Amplificadores Y1, Y2 - Colimador.</li><li>- Revisión y mantenimiento de CPU y accesorios.</li></ul> <p>Montaje del Secundario</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión y mantenimiento de transformador de 220V.</li><li>- Revisión y mantenimiento de transformador de 110V.</li><li>- Revisión de conexionado a Tarjeta Power Logic.</li><li>- Revisión y ajuste al conexionado primario y mesa.</li><li>- Revisión y mantenimiento con los controles manuales.</li><li>- Revisión y mantenimiento a la tarjeta de expansión.</li><li>- Revisión y mantenimiento a la computadora y periféricos.</li><li>- Revisión y mantenimiento a su fuente de alimentación.</li><li>- Revisión y mantenimiento al sistema de red interno.</li><li>- Revisión y mantenimiento a los displays de la sala de</li></ul>	<p>GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL III GOYENECHÉ</p> <p>Dr. Javier Paredes Arias C.O.P. 35195 - 31486 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA</p> <p>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL III GOYENECHÉ</p> <p>Dr. Javier Paredes Arias C.O.P. 35195 - 31486 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA</p> <p>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL III GOYENECHÉ</p> <p>Dr. Javier Paredes Arias C.O.P. 35195 - 31486 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA</p>
--	---	--

16



# HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

11

tratamiento.

- Revisión de Interconexión con la consola.
- Revisión y mantenimiento al UPS.
- Revisión y mantenimiento al Sistema compresor.
- Revisión y mantenimiento a conexiones de gantry y codificadores.
- Revisión y mantenimiento de Alimentación de 220 y 110 VAC.
- Revisión y mantenimiento al Circuito de Emergencia.
- Consola y Hand Control
- Revisión y mantenimiento a la Computadora GUI y periféricos.
- Revisión y mantenimiento a la tarjeta electrónica de consola.
- Revisión y mantenimiento a la fuente de Alimentación.
- Revisión y mantenimiento del display, mouse, teclado y conexión red.
- Verificación y mantenimiento del conexionado de tierra.
- Revisión y mantenimiento al conexionado con secundario.
- Revisión y mantenimiento del sistema de red.
- Revisión y mantenimiento del CPU del hand-control.
- Revisión y mantenimiento de Switches de control de hand control.
- Revisión y mantenimiento de potenciómetros de mov. Gantry (Calibración de Giro Gantry  $\pm 1^\circ$ ).
- Revisión y mantenimiento de potenciómetros de mov. Camilla (Calibración de movimientos del giro de camilla  $\pm 1^\circ$ ).
- Revisión y mantenimiento de potenciómetros de mov. Colimador (Calibración de Giro del colimador  $\pm 1^\circ$ ).
- Revisión mecánica del hand control.
- Camilla
- Revisión y mantenimiento del sistema Alimentación de 220VAC.
- Revisión y mantenimiento al sistema de control de movimientos.
- Revisión y mantenimiento a los drivers de motores X,- Y,Z isocéntrico.
- Revisión y mantenimiento a los motores X,Y,Z isocéntrico.
- Verificación y mantenimiento al sistema mecánicos.
- Revisión y mantenimiento a los Switches de mov. de camilla.
- Calibración del sistema (Calibración de movimientos X, Y, Z desviación de  $\pm 2\text{mm}$  y giro de camilla  $\pm 1^\circ$ ).
- Inspección de la calidad de Irradiación
- Ubicación del centro mecánico del cabezal
- Verificación de irradiación a cero, 90, 180, 270 y 360 grados
- Revisión de datos del centro de Rotación.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Dr. Javier Paredes Arias  
C.M.P. 35195 / 31486  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Ing. Freddy Rivera Cervantes  
CIP 57002  
JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA  
Dr. María del Carmen Quiroga Maluqu  
C.M.P. 36100 R.N.E. 26894

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA  
Dr. CRISTINA SANTOS FLORES  
FISICO MEDICO  
C. P. 03440 - U.C. ING. IPEN 0123/0124

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Ing. Freddy Rivera Cervantes  
CIP 57002  
JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

15

# HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

10

## 8.2. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN ACCESORIA

Nro. Prestación Accesorio	Actividades de mantenimiento a realizar	Fecha de Ejecución
1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verificación del correcto funcionamiento de la fuente de cobalto</li><li>- Limpieza General del equipo.</li><li>- Verificación del correcto funcionamiento del Gantry.</li><li>- Verificación de los módulos primarios y secundarios.</li><li>- Verificación del sistema de radioprotección.</li><li>- Verificación de la parada de emergencia.</li><li>- Verificación de control manual.</li><li>- Verificación de los colimadores.</li><li>- Verificación general del montaje primario y secundario.</li><li>- Comprobar la potencia de tierra máxima del conjunto del sistema.</li><li>- Comprobar la corriente de fuga a tierra.</li><li>- Comprobar los voltajes de CC internos generados por el propio sistema.</li><li>- Asegurar que los circuitos impresos no contengan polvo ni corrosión.</li><li>- Comprobar las configuraciones eléctricas y mecánicas del movimiento motorizado.</li><li>- Comprobar la precisión y el funcionamiento de todos los controles e indicadores del sistema.</li><li>- Pruebas de operatividad del equipo en todos sus modos de funcionamiento, verificando sus parámetros haciendo uso de equipos de simulación y análisis de equipos biomédicos.</li><li>- y demás actividades correspondientes al Manual Técnico del Equipo</li></ul>	Cada 6 meses durante 02 años después de emitida la conformidad de la prestación principal

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Ángel López Cortés  
Médico Cirujano - Oncólogo Clínico  
COORDINADOR DEL PROGRAMA DE ONCOLOGÍA  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER  
C.M.P. 57651 - R.N.R. 57651

Las actividades de mantenimiento se podrán efectuar durante el horario de 07:00 a 21:00 horas, de lunes a domingo.

Los repuestos, piezas y accesorios que requieran ser cambiados deberán reemplazarse por uno nuevo sin uso y procedente de la casa matriz o fábrica.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Javier Paredes Arias  
C.M.P. 35195 - 31485  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

Todos los consumibles, materiales y mano de obra que se empleen para los mantenimientos deben correr por parte del contratista sin costo para el HOSPITAL III GOYENECHÉ.

## 9. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

### 9.1. Lugar de la prestación:

En las instalaciones del Servicio RADIOTERAPIA, donde se encuentra el EQUIPO DE COBALTOTERAPIA de la marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie: 2103 y Código

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

Dra. María del Carmen Quinto Malaga  
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA  
C.M.P. 35730 - R.N.R. 28884

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

Lic. CRISTINA SANTOS FLORES  
FISICO MEDICO  
C. F. P. 0348 - Lic. Ing. FEN 0123/0124 - 14

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Ing. Javier Freddy Rivera Cervantes  
CIP 67072  
Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

14



CD N°02-2023-HG “Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche”

## 10. GARANTÍA DEL SERVICIO CONTRATADO

**10.2. Cobertura de la garantía:** La garantía cubre a todos los componentes nuevos instalados en el equipo por el servicio contratado y la corrección de fallas causadas por mal funcionamiento de los componentes nuevos instalados y/o actividades de mantenimiento ejecutadas.

Será de responsabilidad del contratista mantener activo dicho correo electrónico y/o número telefónico durante el periodo de ejecución del servicio, el solo envío del correo electrónico y/o comunicación telefónica conllevará a la validez de la comunicación.

Si de acuerdo al informe presentado por el proveedor la causa de la falla está cubierta por la garantía, el proveedor deberá solucionar la falla sin costo para el HOSPITAL III GOYENCHE.

Obtener el óptimo funcionamiento del EQUIPO DE COBALTOTERAPIA objeto del servicio.

El proveedor para su participación deberá acreditar un monto facturado acumulado equivalente a 4 millones, por servicios de mantenimiento en equipos iguales o similares, durante los (08) años anteriores a la fecha de presentación de su oferta.

Un (01) Ingeniero Electrónico y/o Biomédico y/o Mecánico colegiado y habilitado, quien será el **profesional responsable**

## HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

8

El personal deberá contar con experiencia de TRES (03) años en mantenimiento y/o reparación de Equipos de RADIOTERAPIA o similares cuya función principal será ejecutar los trabajos de mantenimiento.

Cabe señalar que el personal propuesto, durante la ejecución del servicio, deben contar con sus respectivos Equipos de Protección Personal de acuerdo a la normativa aplicable.

### 13. PERIODO DE PRUEBA Y FIRMA DE CONFORMIDAD

Una vez realizadas las actividades de mantenimiento de la prestación **principal**, el profesional responsable deberá entregar 01 informe (detallando las actividades de mantenimiento realizadas y de ser necesario incluir evidencia fotográfica) a la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento. La recepción de este informe por parte de la OSGM dará inicio al periodo de prueba en funcionamiento habitual durante 07 días calendarios.

Desde el día siguiente a la finalización del periodo de pruebas el proveedor podrá solicitar las firmas de conformidad en los formatos de conformidad (OTM y demás formatos proporcionados por la Oficina de Logística) siendo quienes firman estos formatos el jefe de Servicios Generales y Mantenimiento. Una vez llenados y firmados los formatos de conformidad, el proveedor deberá dejar una copia de **todos** estos a la OSGM

#### 13.1. CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN ACCESORIA

Una vez realizadas las actividades de mantenimiento de la prestación **accesoria**, el profesional responsable deberá entregar 01 informe y/o reporte (detallando las actividades de mantenimiento realizadas y de ser necesario incluir evidencia fotográfica) a la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento. La recepción de este informe/reporte por parte de la OSGM permitirá la firma del formato de conformidad el cual será la ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO (OTM), siendo quienes firman estos formatos el jefe de DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA y el jefe de Servicios Generales y Mantenimiento. Una vez llenado y firmado el formato de conformidad, la OSGM entregará una copia del formato del proveedor.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Luis Alberto Torres Cortijo  
MEDICO ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA  
EXERCICIO PROFESIONAL EN EL SERVICIO  
PREVENCION DE RIESGOS - CIP 37871  
C.M.A. 35531 - R.N.E. 37871

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Javier Paredes Arias  
CAMP. 35195 - 31486  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA

### 14. CONFIDENCIALIDAD

El contratista se compromete a guardar y reservar, respecto de los asuntos o información que resulte privilegiada o relevante, así como a no divulgar ni utilizar dicha información de manera indebida o en beneficio propio o de terceros, así como en perjuicio o desmedro del estado; hasta incluso después de finalizado la prestación del servicio, salvo que dicha información deje de ser sensible por haberse hecho de conocimiento público por el HOSPITAL III GOYENECHÉ.

### 15. RETIRO O CAMBIO DEL PERSONAL ASIGNADO AL SERVICIO

El contratista se compromete a no cambiar ni renovar a los **profesionales** propuestos durante la ejecución del servicio.

En caso de producirse esta situación, el contratista lo comunicará a la Oficina de Logística presentando la información necesaria que permita demostrar que el profesional reemplazante reúna como mínimo las mismas **habilidades, competencias, experiencia y certificaciones** que el profesional reemplazado de

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DPTO DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA  
Dr. Ivan Torres Cortijo  
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA  
CAMP. 35195 - 31486 R.N.E. 20894

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Ing. Javier Paredes Arias  
CIP 37192  
Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

Dr. CRISTINA SANTOS FLORES  
FISICO MATRICO  
P. 0148 - LIC. N. 130130124 - 14

12



CD N°02-2023-HG “Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche”

Los trabajos deben contar con la presencia del profesional responsable hasta que se formalice el reemplazo, de verificarse que en el servicio no existan el o los profesionales, se paralizarán los trabajos, el cual no será causal de ampliación de plazo en la ejecución. En caso de ausencia reiterativa e injustificada del o los profesionales responsables asignados al servicio, la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento solicitará al contratista su reemplazo, sin perjuicio de la aplicación de las respectivas penalidades.

La coordinación técnica y la supervisión de los servicios de mantenimiento preventivo, correctivo y puesta en funcionamiento de los equipos durante la ejecución, estarán a cargo de RADIOTERAPIA y la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, los cuales delegarán el monitoreo y seguimiento del desarrollo del servicio.

La normativa que se debe cumplir para el traslado y la instalación de la nueva fuente de cobalto, así como el retiro de la antigua fuente se detalla en el **Anexo 01**

Además de la penalidad por mora establecida en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, también se aplicarán las siguientes otras penalidades:

[illegible]

# HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

6

b) Cuando el personal durante la ejecución del servicio no cuenta con los respectivos EPP.	La penalidad será de 0.1 de la UIT, por cada personal que no cuente con su respectivo EPP.	Según informe elaborado por el responsable del RADIOTERAPIA o del supervisor representante de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento o quien haga sus veces.
--	--	---

Todos los demás aspectos sobre la prestación principal, prestación accesoria y garantías no contemplados en el presente TdR se registrarán supletoriamente por la Ley N° 30225 y su reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

## 19. FORMA DE PAGO

El pago del monto total contratado será cancelado luego de la emisión de la conformidad de la primera prestación principal.

## 20. REQUISITOS DE CALIFICACION

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	HABILITACIÓN
	<b>Requisitos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- El postor deberá contar con una Licencia emitida por el Instituto Peruano de Energía Nuclear/Oficina Técnica de la Autoridad Nacional (IPEN/OTAN) para realizar servicios de instalación, mantenimiento y/o reparación de fuentes de radiación ionizante.</li></ul>
	<b>Acreditación:</b> Copia de la Licencia otorgada por IPEN/OTAN en servicios de instalación, mantenimiento y/o reparación de fuentes de radiación ionizante.
B	CALIFICACION DEL PERSONAL CLAVE
B.1	FORMACIÓN ACADÉMICA
	Como parte del personal clave, el contratista deberá contar con: <b>02 Profesionales Ingeniero o Bachiller en Ingeniería Electrónica y/o Biomédica quienes serán RESPONSABLES del mantenimiento y/o reparación</b> El Título Profesional será verificado por el comité de selección en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos Profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III Goyeneche

Dr. Luis Angel Lopez Cornejo  
MEDICO CIRUJANO - ONCOLOGO CLINICO  
COORDINADOR DEL PROGRAMA ESTRATEGICO  
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER - PPR  
C.M.P. 57851 - R.N.E. 37872

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III Goyeneche

Dr. Javier Paredes Santos  
C.M.P. 3511486  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III Goyeneche  
Dr. Javier Paredes Santos  
C.M.P. 3511486  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III Goyeneche  
Dr. Javier Paredes Santos  
C.M.P. 3511486  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA

10



# HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

5

	<p>En caso el Título Profesional requerido no se encuentre inscrito en el referido registro, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Licencia Individuales vigentes emitidas por OTAN – IPEN, con autorización para el mantenimiento de equipos de Cobaltoterapia.</li></ul>
<b>B.2</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL</b>
	<p><b>Requisitos:</b> Los profesionales deberán contar con mínimo tres (03) años de experiencia como responsable, encargado o especialista o ingeniero encargado o ingeniero en mantenimiento o reparación de EQUIPO DE COBALTOTERAPIA en entidades públicas o privadas.</p> <p><b>Acreditación:</b> La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) Copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p> <p>Los documentos que acrediten la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del personal en el cargo desempeñado, plazo de la prestación, año de inicio y culminación, nombre de la Entidad u organización que emite el documento, fecha de emisión y nombres y apellidos de quien suscribe el documento.</p>

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Dr. Javier Paredes Arias  
C.M.P. 35195 - 31486  
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA  
Dra. María del Carmen Quispe Málaga  
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA  
C.M.P. 36700 - R.N.E. 26894

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Ing. Javier Paredes Arias  
C.P. 8792  
JEFE DE LA PLANTA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Dr. Luis Angel Lopez Cornejo  
MEDICO CIRUJANO - CIRUJANO CLINICO  
COORDINADOR DEL PROGRAMA ESTRATEGICO  
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER - PCR  
C.M.P. 57651 - R.N.E. 57571

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA  
Lic. CRISTINA SANTOS FLORES  
FISICO MEDICO  
C.F.R. 0364 - R.N.E. 01230124

9

## HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

9

### 21. ANEXOS

#### ANEXO 01

#### **NORMATIVA TÉCNICA PARA EL TRASLADO E INSTALACIÓN DE LA FUENTE DE COBALTO 60**

- Fuente de Co 60: Actividad 13 000 Ci o equivalente a 481 Terabecquerel  $\pm 10\%$ , material radiactivo, clase 7, paquete tipo A.
- El transporte hasta las instalaciones del Hospital Goyeneche (Arequipa) de la fuente radiactiva debe estar suministrada en Contenedor T110, deberá ser realizado con las autorizaciones emitidas por entidad Reguladora Nacional y ejecutado por empresa autorizada para tal fin.
- Retiro de la fuente radiactiva antigua del equipo de COBALTOTERAPIA del Hospital Goyeneche y trasvase a contenedor T110, por un profesional capacitado y autorizado por fábrica para realizar el trabajo de instalación de equipo COBALTOTERAPIA, compatible al equipo marca: THERATRON modelo Equinox 100.
- Calibración del sistema con la nueva fuente junto con el físico médico de la institución.
- Capacitación y Orientación al Físico Médico
- Modelamiento del haz de fuente nueva en el planificador TPS PROWESS.
- Tabulación de datos en el PROWESS
- Validación del comisionamiento de la fuente
- El Retiro de la fuente antigua (saliente) por parte del Proveedor, el proveedor se encargará de retornar la fuente en planta, bajo su total responsabilidad. Cambiada la fuente, la institución queda liberada de toda responsabilidad sobre la fuente radiactiva retirada.
- La entrega de la fuente debe hacerse al "consejo directivo 2003/122/Euratom del 22 de diciembre del 2003, relativa al control de las fuentes radiactivas selladas de alta actividad"
- Instalación o trasvase de la fuente radiactiva nueva en el equipo de COBALTOTERAPIA del Hospital Goyeneche, por un profesional capacitado y autorizado por fábrica para realizar el trabajo de instalación de equipo COBALTOTERAPIA, compatible al equipo marca: THERATRON modelo Equinox 100, así como de un profesional con Licencia Individual vigente emitida por OTAN – IPEN, con autorización para el mantenimiento de equipos de COBALTOTERAPIA.
- El proveedor deberá contar con: Autorización de Servicios de Importación y/o comercialización de fuentes de Radiación Ionizante, Autorización de Servicios de Instalación, Mantenimiento y/o Reparaciones de Radiación Ionizante emitidas por la OTAN – IPEN Vigente.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Luis Ángel López Cornejo  
Médico Físico Radiación Ionizante  
Especialista en Física Médica  
PROVEEDOR AUTORIZADO

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Dr. Javier Paredes Arias  
C.M.P. 35185 - 31486  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DPTO. DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA  
Dra. María del Carmen Quispe  
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA  
C.M.P. 35700

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
Ing. Javier Paredes Arias  
CIP: 63372  
Jefe de la Oficina de Servicios de Salud y Mantenimiento

Dr. CRISTINA SANTOS FLORES  
FÍSICO MÉDICO  
C.F.P. 0346 - 101010  
C.I.F. 0346-101010-14

8

**HOSPITAL GOYENCHE DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

**3.1. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN**

<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>
	<b>HABILITACIÓN</b>
	<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Licencia emitida por el Instituto Peruano de Energía Nuclear / Oficina Técnica de la Autoridad Nacional (IPEN/OTAN) para realizar servicios de instalación, mantenimiento y/o reparación de fuentes de radiación ionizante.</li></ul> <p><b>Importante</b></p> <p><i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i></p> <p>Acreditación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Copia de la Licencia otorgada por IPEN/OTAN en servicios de instalación, mantenimiento y/o reparación de fuentes de radiación ionizante.</li></ul> <p><b>Importante</b></p> <p><i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i></p>
<b>B</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>
<b>B.1</b>	<b>CALIFICACIONES DEL PERSONAL CLAVE</b>
<b>B.1.1</b>	<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>
	<p>Requisitos: <b>DOS (02) Profesionales Ingeniero o Bachiller en Ingeniería Electrónica y/o Biomédica</b> quienes serán responsables del mantenimiento y/o reparación.</p> <p>Acreditación: El <b>GRADO O TÍTULO PROFESIONAL</b> será verificado por el Órgano Encargado de Contrataciones en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos Profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU a través del siguiente link: <a href="https://enlinea.sunedu.gob.pe/">https://enlinea.sunedu.gob.pe/</a> // o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link: <a href="http://www.titulosinstitutos.pe/">http://www.titulosinstitutos.pe/</a>, según corresponda.</p> <p>En caso el <b>GRADO O TÍTULO PROFESIONAL</b> no se encuentre inscrito en el referido registro, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.</p>
<b>B.4</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE</b>

## HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

	<p><b>Requisitos:</b></p> <p>Tres (03) años de experiencia del personal clave como responsable, encargado o especialista o ingeniero, en mantenimiento y/o reparación de equipos de Cobaltoterapia y/o similares en entidades públicas o privadas.</p> <p><u>De presentarse experiencia ejecutada paralelamente (traslape), para el cómputo del tiempo de dicha experiencia sólo se considerará una vez el periodo traslapado.</u></p> <p><b>Acreditación:</b></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p> <p><b>Importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los documentos que acreditan la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del personal clave, el cargo desempeñado, el plazo de la prestación indicando el día, mes y año de inicio y culminación, el nombre de la Entidad u organización que emite el documento, la fecha de emisión y nombres y apellidos de quien suscribe el documento.</li><li>• En caso los documentos para acreditar la experiencia establezcan el plazo de la experiencia adquirida por el personal clave en meses sin especificar los días se debe considerar el mes completo.</li><li>• Se considerará aquella experiencia que no tenga una antigüedad mayor a veinticinco (25) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas.</li><li>• Al calificar la experiencia del personal, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del cargo o puesto no coincida literalmente con aquella prevista en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que realizó el personal corresponden con la función propia del cargo o puesto requerido en las bases.</li></ul>
<b>C</b>	<p><b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b></p> <p><b>Requisitos:</b></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a <b>S/ 4, 000,000.00 (cuatro millones con 00/100 Soles)</b>, por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: <b>Suministro de equipos de Braquiterapia, Braquiterapia Electrónica o Intraoperatorio, fuente Radiactivas, mantenimientos de equipos de Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis, Braquiterapia Electrónica o Intraoperatorio, Simuladores, Contadores de Radioisótopos..</b></p> <p><b>Acreditación:</b></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con Boucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>6</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo N° 6</b> referido a la</p>

<sup>6</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"

(...)

"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".



## HOSPITAL GOYENCHE DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

	<p>Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el <b>Anexo N° 7</b>.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el <b>Anexo N° 6</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p><b>Importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.</i></li><li>• <i>En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".</i></li></ul>
--	--

## **CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO**

### **Importante**

*Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.*

Conste por el presente documento, la contratación de **SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO COSTO DE 01 EQUIPO COBALTOTERAPIA, MARCA BEST THERATRONICS, MODELO EQUINOX 100, SERIE 2103 DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA - SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ**, en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° 20163654246, con domicilio legal en Av. Goyeneche S/N representada por [...], identificado con DNI N° [...], y de otra parte [...], con RUC N° [...], con domicilio legal en [...], inscrita en la Ficha N° [...] Asiento N° [...] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [...], debidamente representado por su Representante Legal, [...], con DNI N° [...], según poder inscrito en la Ficha N° [...], Asiento N° [...] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [...], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha [...], el comité de selección adjudicó la buena pro del **CONTRATACIÓN DIRECTA N° 002-2023-HG** para la contratación del **SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO COSTO DE 01 EQUIPO COBALTOTERAPIA, MARCA BEST THERATRONICS, MODELO EQUINOX 100, SERIE 2103 DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA - SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ**, a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

El presente contrato tiene por objeto la contratación del **SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO COSTO DE 01 EQUIPO COBALTOTERAPIA, MARCA BEST THERATRONICS, MODELO EQUINOX 100, SERIE 2103 DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA - SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ**.

### **CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL**

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del servicio, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución del servicio materia del presente contrato.

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>7</sup>**

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en SOLES, en **PAGO UNICO**, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la

<sup>7</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.



conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago de las contraprestaciones pactadas a favor del CONTRATISTA dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato es de **90 días calendarios**, el mismo que se computa desde el día siguiente de suscrito el contrato.

#### **Importante para la Entidad**

*En el caso de contratación de prestaciones accesorias, se puede incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>8</sup>**

*"Las prestaciones accesorias tienen por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].*

*El monto de las prestaciones accesorias asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.*

*El plazo de ejecución de las prestaciones accesorias es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES PRINCIPALES, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO].*

*[DE SER EL CASO, INCLUIR OTROS ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS]."*

#### **CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO**

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

<sup>8</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesorias, pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

**Importante**

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en el caso de contratos periódicos de prestación de servicios en general, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original como garantía de fiel cumplimiento de contrato, debe consignarse lo siguiente:*

*"De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo."*

**CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN**

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto por el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

**CLÁUSULA NOVENA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. **La conformidad será otorgada por el Departamento de Oncología y de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, previo informe del Responsable del Servicio**, en el plazo máximo de SIETE (7) días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los servicios manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no otorga la conformidad, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

**CLÁUSULA DÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA**

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

**CLÁUSULA UNDÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

La conformidad del servicio por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de UN (1) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

**CLÁUSULA DUODÉCIMA: PENALIDADES**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

**F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;**

## HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

**F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.**

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

OTRAS PENALIDADES		
SUPUESTOS DE APLICACION	FORMA DE CALCULO	PROCEDIMIENTO
<b>b) Realización de las Obligaciones con Personal Distinto al Ofertado.</b> En caso el contratista ejecute los mantenimientos preventivos y correctivos con un personal distinto al ofertado o cuyo reemplazo no haya sido autorizado.	La penalidad será de 0.03 de la UIT, por cada incidencia, durante la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo con personal distinto al ofertado.	Según informe elaborado por el Responsable del Servicio de Radioterapia o del Supervisor representante de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento o quien haga de sus veces.
<b>c) Cuando el personal durante la ejecución del servicio no cuenta con los respectivos EPP.</b>	La penalidad será de 0.1 de la UIT, por cada personal que no cuente con su respectivo EPP.	Según informe elaborado por el Responsable del Servicio de Radioterapia o del Supervisor representante de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento o quien haga de sus veces.

### Importante

*De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.*

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento. Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás

obligaciones previstas en el presente contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO**

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>9</sup>**

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento. Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA**

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

---

<sup>9</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

---

CORREO ELECTRONICO DEL CONTRATISTA: [aaaaaaa@aaaaaa.com.pe]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

---

"LA ENTIDAD"

---

"EL CONTRATISTA"

**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

*CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"*

---

**ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023 -HG**

Presente.-

El que se suscribe, [...], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>10</sup>	Sí	No	
Correo electrónico :			

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Citación para la aplicación del criterio de desempate.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>11</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

<sup>10</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el artículo 149 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>11</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los cien mil Soles (S/ 100 000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.



**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

**Importante**

*Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:*

**ANEXO N° 1****DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023 -HG**

Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Datos del consorciado 1			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>12</sup>	Sí	No	
Correo electrónico :			

Datos del consorciado 2			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>13</sup>	Sí	No	
Correo electrónico :			

Datos del consorciado ...			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>14</sup>	Sí	No	
Correo electrónico :			

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:
-----------------------------------

<sup>12</sup> En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el artículo 149 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>13</sup> Ibídem.

<sup>14</sup> Ibídem.



**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Citación para la aplicación del criterio de desempate.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>15</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

<sup>15</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los cien mil Soles (S/ 100 000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

**ANEXO N° 2**

**DECLARACIÓN JURADA  
(ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023 -HG**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Que mi información (en caso que el postor sea persona natural) o la información de la persona jurídica que represento, registrada en el RNP se encuentra actualizada.
- iv. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- v. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- vi. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vii. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- viii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.*

### **ANEXO N° 3**

#### **DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023 -HG**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el servicio de [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con los Términos de Referencia que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### **Importante**

*Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de los términos de referencia, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.*

**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

*CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"*

---

**ANEXO N° 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023 -HG**

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

## ANEXO N° 5

### PROMESA DE CONSORCIO

(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023 -HG**

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [ % ]<sup>16</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [ % ]<sup>17</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

<sup>16</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>17</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

TOTAL OBLIGACIONES

100%<sup>18</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Consortiado 1**  
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....  
**Consortiado 2**  
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad

**Importante**

*De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.*

<sup>18</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

**HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

CD N°02-2023-HG "Servicio de Mantenimiento Correctivo a todo costo de 01 equipo Cobaltoterapia, marca BEST THERATRONICS, modelo EQUINOX 100, serie 2103 del Departamento de Oncología - Servicio de Radioterapia del Hospital III Goyeneche"

**ANEXO N° 6  
PRECIO DE LA OFERTA**

**ÍTEM N° [INDICAR NÚMERO]**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**CONTRATACION DIRECTA N° 002-2023 -HG**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>	

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

**Importante**

- *El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

*Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN].*

*"El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".*