

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2042

UNIDAD EJECUTORIA 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA  
NRO. IDENTIFICACIÓ 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. DE ENFERMERIA (UFCVD)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
070500030806	SERVICIO	<p><b>SERVICIO DE ENFERMERIA</b></p> <p>CARACTERISTICAS Y/O DESCRIPCION</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorear, Evaluar el cumplimiento de avance de vacunación, identificar oportunidades de mejora para abordaje adecuado, y realiza el control de calidad de la información. Asimismo, informa periódicamente al nivel nacional y regional.</li> <li>- Evaluar el abastecimiento de vacunas en la DIRESA y EE.SS</li> <li>- Emitir informe sobre el monitoreo, evaluacion y demás actividades realizadas a la Estrategia de inmunizaciones.</li> </ul> <p><b>PLAZO DE EJECUCION: 1er Entregable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO</li> <li>- PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (EN UN PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS)</li> </ul> <p><b>PLAZO DE EJECUCION: 2do Entregable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO</li> <li>- PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (EN UN PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS)</li> </ul> <p><b>LUGAR: DIRESA MOQUEGUA - LAS ACTIVIDADES DE VACUNACION SE REALIZARA EN LA JURISDICCION DE LA DIRESA/UE 400 Y 401 DE ACUERDO A NECESIDADES DE SERVICIO</b></p>	
<b>TOTAL</b>			

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a : .....  
en la siguiente dirección : ..... Teléfono : .....

**Condiciones de Compra :**

Forma de Pago:

Garantía:

La Cotización debe incluir el I.G.V. :

Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,