

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2045

UNIDAD EJECUTOR/ 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA  
NRO. IDENTIFICACIÓ 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN APOYO A ENFERMERIA (UFCVD)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
070500030020	SERVICIO	<p><b>ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN APOYO A ENFERMERIA</b></p> <p>CARACTERISTICAS Y/O DESCRIPCION DEL SERVICIO</p> <p>I PERIODO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar 500 dosis de vacunas del esquema regular. (Priorizar la búsqueda para la administración de las vacuna: AMA, SPR 1ERA e IPV)</li> <li>- Realizar la búsqueda activa de los no vacunados o con esquema de vacunación incompletos</li> <li>- Identificación, solicitud y recojo de los padrones nominales y consentimientos informados de las Instituciones Educativas, cunas , Educunas, etc.</li> <li>- Realizar coordinaciones y reuniones con docentes de la Instituciones Educativas de la localidad, con padres de familia y población objetivo sobre los beneficios, bondades y avance de la vacunación a efectos de lograr el convencimiento y aceptación de la vacuna.</li> <li>- Aplicar diferentes estrategias de vacunación, en lugares públicos accesibles, como instituciones Educativas, estadios, plazas, mercados, iglesias, visitas domiciliarias, etc. u otros lugares previamente coordinados y que reúnan las características de bioseguridad.</li> <li>- Participación en jornadas de vacunación, campañas, barridos en horarios diferenciados.</li> </ul> <p>PLAZO DE EJECUCION: 1er Entregable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE</li> <li>- PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (EN UN PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS)</li> </ul> <p>II PERIODO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar 500 dosis de vacunas del esquema regular. (Priorizar la búsqueda para la administración de las vacuna: Influenza, DPT, VPH, Hepatitis A)</li> <li>- Realizar la búsqueda activa de los no vacunados o con esquema de vacunación incompletos</li> <li>- Identificación, solicitud y recojo de los padrones nominales y consentimientos informados de las Instituciones Educativas, cunas , Educunas, etc.</li> <li>- Realizar coordinaciones y reuniones con docentes de la Instituciones Educativas de la localidad, con padres de familia y población objetivo sobre los beneficios, bondades y avance de la vacunación a efectos de lograr el convencimiento y aceptación de la vacuna.</li> </ul>	
<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° Días/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2045

UNIDAD EJECUTOR/ 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA  
NRO. IDENTIFICACIÓ 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email - :		Fecha : -	
Concepto :	SERV. ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN APOYO A ENFERMERIA (UFCVD)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar diferentes estrategias de vacunación, en lugares públicos accesibles, como instituciones Educativas, estadios, plazas, mercados, iglesias, visitas domiciliarias, etc. u otros lugares previamente coordinados y que reúnan las características de bioseguridad</li> <li>- Participación en jornadas de vacunación, campañas, barridos en horarios diferenciados.</li> </ul> <p>PLAZO DE EJECUCION: 2do Entregable</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>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</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,