



# FORMATO N° 06

## SOLICITUD DE COTIZACION SERVICIO < Ó = A 8 UITs

NUMERO	FECHA
161	3/02/2026

SIRVASE COTIZARNOS EL PRECIO DE LOS SERVICIOS QUE SE DETALLAN A CONTINUACION Y ENTREGARLOS EN LA PLAZA PRINCIPAL S/N - ANCHONGA - ANGARAES - HUANCVELICA (Oficina de Abastecimientos), ASI MISMO EL POSTOR DEBERA REMITIR SU COTIZACION EN UN PLAZO QUE NO EXCEDERA LAS 8 HORAS DE RECIBIDA LA PRESENTE.

OFICINA SOLICITANTE : SUB GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL Y SERVICIOS PUBLICOS

PROYECTO, OBRA Y/O ACTIVIDAD : SERVICIO EN GENERAL

### REFERENCIAS

INFORME N 104-2026-MDA/SGDSYSP/JLQ

Items	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	TOTAL SERVICIO	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	SERVICIO DE ASISTENTE ADMINISTRATIVO I PARA LA OFICINA DE ATENCION A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	SERVICIO			
	Nota: Cumplir con los Terminos de Referencia.				
<b>TOTAL</b>					

SEÑOR PROVEEDOR , POR FAVOR PRECISAR CORRECTAMENTE LOS DATOS DEL FORMATO EN FORMA CLARA Y PRECISA Y SIN NINGUNA ENMENDADURA, CASO CONTRARIO SE ANULARA SU PROPUESTA.

NOMBRE O RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

Nº DE RUC: \_\_\_\_\_ (OBLIGATORIO) CCI Nº \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO Y/O CELULAR Nº \_\_\_\_\_ (OBLIGATORIO) CORREO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE PRESTACION: \_\_\_\_\_

PLAZO DE SERVICIO: \_\_\_\_\_ DIAS CALENDARIOS. DISPONIBILIDAD INMEDIATA: \_\_\_\_\_

GARANTIA DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_ EXPERIENCIA: \_\_\_\_\_ (ADJUNTAR)

YO ME COMPROMETO A CUMPLIR CON TODOS LAS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTO

\*\* ME COMPROMETO A CUMPLIR EL PLAZO CONSIGNADO EN EL PRESENTE, CASO CONTRARIO ME SOMETO A LA APLICACION DE PENALIDADES SEGUN LA DIRECTIVA VIGENTE\*\*

\_\_\_\_\_  
Firma