

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2207

UNIDAD EJECUTORA 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA

NRO. IDENTIFICACIÓN 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. DE ELABORACION EN CONTROL SIMULTANEO Y/O POSTERIOR (OCI)	Moñeda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
071100436918	SERVICIO	<p><b>SERVICIO DE ELABORACION EN CONTROL SIMULTANEO Y/O POSTERIOR</b></p> <p>CARACTERISTICAS Y/O DESCRIPCION DEL SERVICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar y suscribir hojas de recepción y/o hojas de evaluación como mínimo dos (2), en atención a la lista de denuncias a cargo del órgano de Control Institucional de la Dirección Regional de Salud Moquegua – OCI DIRESA.</li> <li>- Proyectar documentos de requerimiento de información a las entidades públicas o privadas en relación a las denuncias en evaluación.</li> </ul> <p>PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del servicio será de hasta 25 días calendarios, contados a partir del día siguiente de suscrito el contrato o de notificada la orden de servicio</p> <p>LUGAR: Órgano de control institucional de la Dirección Regional de Salud Moquegua o instalaciones del proveedor de ser el caso</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 Nº Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,