

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°:

2290

UNIDAD EJECUTORA : DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 884

| | | | |
|-------------|--|---------|--|
| Señores : | | RUC : | |
| Dirección : | | | |
| Teléfono : | | Fax : | |
| Email : | | Fecha : | |
| Concepto : | | Moneda: | |

| ITEM | UNIDAD MEDIDA | DESCRIPCION | VALOR TOTAL | | | | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 070500030806 | SERVICIO | <p>SERVICIO DE ENFERMERIA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar 500 dosis de vacunas, distribuidas de la siguiente manera: 300 dosis de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en niñas y niños de 9 años; 100 dosis de vacuna contra el VPH en niñas, niños y adolescentes de 10 a 18 años; y 100 dosis entre vacunas (Tdap) destinadas a gestantes y niños menores de 5 años, de acuerdo con el esquema nacional de vacunación. • Realizar el seguimiento de la población objetivo que no cuenten con el esquema de vacunación completo. • Realizar coordinaciones y reuniones con docentes de Instituciones Educativas, Universidades, con los padres de familia y población objetivo sobre los beneficios y avances de la vacunación contra VPH y demás vacunas a efectos de lograr el convencimiento y aceptación de las vacunas, coordinar para la entrega y recojo de los consentimientos informados y el cronograma de vacunación. • Administrar vacunas, cumpliendo los principios de vacunación segura y garantizando el mantenimiento de la cadena de frío, con temperaturas de conservación entre +2 °C y +8 °C, de acuerdo con la normativa vigente. • Aplicar diferentes estrategias de vacunación en instituciones educativas, establecimientos de salud, mediante visitas domiciliarias, así como en mercados u otros espacios previamente coordinados que reúnan las condiciones adecuadas de bioseguridad • Participación en jornadas de vacunación, campañas, en horarios diferenciados. <p>PLAZO DE EJECUCION:</p> <table border="1"> <tr> <td>1ER ENTREGABLE</td> <td>PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS)</td> </tr> <tr> <td>2DA ENTREGABLE</td> <td>PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS)</td> </tr> </table> <p>LUGAR: DIRESA Moquegua- Las actividades de vacunación se realizará en la jurisdicción de la DIRESA/UE 400 Y 401 de acuerdo a necesidades de servicio.</p> | 1ER ENTREGABLE | PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS) | 2DA ENTREGABLE | PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS) | |
| 1ER ENTREGABLE | PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS) | | | | | | |
| 2DA ENTREGABLE | PERIODO DE INICIO: AL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN PERIODO DE TERMINO: AL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA (PERIODO NO MAYOR A 30 DIAS CALENDARIOS) | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | |

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 :