

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

170

UNIDAD EJECUTORA 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. DE VIGILANCIA ((DRSM - OSIC)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
840500010007	SERVICIO	<p>SERVICIO DE VIGILANCIA</p> <p>ACTIVIDADES O DETALLE DEL SERVICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar y proteger todo tipo de bienes, muebles e inmuebles, del Establecimiento. - Proteger los Bienes que se Encuentran en las Instalación del Establecimiento. - Resguardo de todo el Perímetro con las Respectivas Rondas - Reportar continuamente condiciones de insalubridad (malos olores, suciedad en lugares no accesibles a ellos) - Metas: <p>Mes Mayo: 25 Turnos Efectivas Mes Junio: 25 Turnos Efectivas Mes Julio: 25 Turnos Efectivas Mes Agosto: 25 Turnos Efectivas</p> <p>PLAZO DEL SERVICIO :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Del 01 al 31 de Mayo 2026 * Del 01 al 30 de Junio 2026 * Del 01 al 31 de Julio 2026 * Del 01 al 30 de Agosto 2026 <p>LUGAR: Centro de Salud Mental Comunitario Moquegua</p>	
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,