

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2679

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

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

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
070500030806	SERVICIO	<p><b>SERVICIO DE ENFERMERIA</b></p> <p>CARACTERISTICAS Y/O DESCRIPCION</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar la identificación, captación y seguimiento nominal de niñas y niños para las intervenciones de suplementación preventiva y control de anemia, conforme a la normativa vigente.</li> <li>Brindar atención de enfermería orientada a la prevención, detección, seguimiento y control de la anemia en la población infantil.</li> <li>Administrar y verificar el cumplimiento de la suplementación preventiva con hierro y vitamina A en niñas y niños, de acuerdo con los esquemas establecidos por el Ministerio de Salud.</li> <li>Realizar consejería a padres, madres y cuidadores sobre alimentación complementaria, consumo adecuado de hierro, adherencia a la suplementación y prevención de anemia infantil.</li> <li>Efectuar el seguimiento de niñas y niños con diagnóstico de anemia para fortalecer la adherencia al tratamiento y verificar su continuidad.</li> <li>Realizar visitas domiciliarias a niñas y niños con riesgo de incumplimiento de suplementación o tratamiento, registrando las acciones efectuadas</li> <li>Mantener actualizado el padrón nominal de niñas y niños de la jurisdicción para el monitoreo y seguimiento de las intervenciones sanitarias.</li> <li>Registrar oportunamente las prestaciones realizadas en las historias clínicas, formatos y sistemas de información institucionales correspondientes HIS MINSA. FUA SIHCE</li> <li>Participar en las actividades de monitoreo, evaluación y mejora de los indicadores relacionados con suplementación infantil y control de anemia.</li> <li>Otras actividades inherentes a la profesión de enfermería vinculadas a las intervenciones dirigidas a la población infantil, de acuerdo con las necesidades del establecimiento de salud y la normativa vigente.</li> <li>Dejar informe de las actividades realizadas a la jefatura del establecimiento</li> </ol> <p><b>PLAZO DE EJECUCION:</b> DEL 08 DE JUNIO AL 06 DE JULIO DEL 2026</p> <p><b>LUGAR: P.S. AMATA</b></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 :