

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2708

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

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. DE DIGITACION (DRSM ADM.)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
210100010010	SERVICIO	<p><b>SERVICIO DE DIGITACION</b></p> <p>ACTIVIDADES O DETALLE DEL SERVICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar el registro diario de Hojas HIS al sistema HIS-MINSA</li> <li>- Seguimiento de actividades de los paquetes integrados de salud.</li> <li>- Uso de herramientas digitales de monitoreo de las diferentes Estrategias de Salud.</li> </ul> <p><b>PLAZO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Del 15 de Junio al 14 de Julio del 2026</li> </ul> <p><b>LUGAR:</b> Oficina de Desarrollo Institucional - Direccion de la Red de salud Moquegua</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° Días/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,