

N°	Servicio	Descripción	Horario	Días	Viaje con Km	Cantidad vehículo (A)	Valor unitario día/km (B)	Kms (C)	Días de Servicios solicitados (D)	Valor mensual (A*B*C) ó (A*B*D)
1	Hospitalización Domiciliaria - Atención Domiciliaria Local	Arriendo Van C/Conductor de 08:00 a 20:00 hrs	8:00 a 20:00 hrs	Todos los días	NO	5	\$ -		93	\$ -
2	Banco de Sangre - Colecta Móvil Local	Arriendo Van C/Conductor de 08:00 a 17:00 hrs	8:00 a 17:00 hrs	Días según programación	NO	1	\$ -		6	\$ -
3	Banco de Sangre - Colecta Móvil Rural	Arriendo Van C/Conductor de 08:00 a 20:00 hrs	8:00 a 20:00 hrs	Días según programación	SI	1	\$ -	420,0		\$ -
4	Hospitalización Domiciliaria - Atención Domiciliaria Km extra interurbanos	Arriendo Van C/Conductor de 08:00 a 20:00 hrs (Km extra interurbanos)	8:00 a 20:00 hrs	Todos los días	SI	1	\$ -	510,0		\$ -
									VALOR TOTAL	\$ -