**FORMATO No. 2**

**DO-11-2021**

**VALOR DE LA COTIZACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD**  | **VALOR UNITARIO**  | **VALOR TOTAL** |
| Un (1) puesto de vigilancia, por 24 horas al día los siete (7) días de la semana | 1 |  |  |
|  |  |  |  |
| SUBTOTAL |  |  |  |
| IVA |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

Cordialmente,

(Nombre completo, cargo y firma del representante legal o la persona autorizada para el efecto)