Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO SOLICITUD DE COMPRA

CÓDIGO: AP-IA-FT-001
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-01-19

Fecha de Solicitud:	**13/04/2020**		

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	Miguel Mojica Mugno
Proceso y/o UPSS solicitante:	Gestión TIC

JUSTIFICACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO

(ampliar la justificación y descripción en caso de servicios)

Se requiere el suministro de los siguientes equipos de cómputo en calidad de préstamo, necesarios para la expansión de la capacidad instalada hospitalaria en Corferias para la atención de pacientes de la Ciudad de Bogotá D.C., por intermedio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., quien debe garantizar para sus usuarios y beneficiarios, la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales y de habilitación y en atención a la emergencia del COVID 19.

REQUISITOS DE LA COMPRA O SERVICIO

(diligenciar si aplica)

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad promedio de copias por toner	Especificación Técnica	Observación
1	Préstamo de terminal tipo PC	60	Unidad	NA	CPU HP THIN CLIENT T5740 N280 1.66 GHZ 2GB DDR3 WIN EMBEDDED STD 2009	No incluye soporte técnico
2	Prestamo de impresora tipo Multifuncional Laser	25	Unidad	25.000	MULTIFUNCIONAL RICOH MONOCROMATICA MP501SPF LASER	No incluye suministros como toner, papel, repuestos.
3	Prestamo de impresora tipo Laser	16	Unidad	35.000	IMPRESORA LEXMARK LASERJET T654DN MONOCROMATICA 55PPM	No incluye suministros como toner, papel, repuestos.

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI_x_ NO____

¿Requiere exclusividad? SI____ NO__x__

CONDICIONES DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

Ver Estudios Técnicos

Responsable Técnico de la evaluación de propuestas:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Ver Estudios Técnicos

FIRMAS	**Nombre y Firma del solicitante:**	**MIGUEL MOJICA MUGNO - ORIGINAL FIRMADO**
	VoBo. Subgerente Corporativo y/o Servicios:	**ANA CATALINA CASTRO LOZANO - ORIGINAL FIRMADO**
	VoBo. Gerente	**CLAUDIA LUCÍA ARDILA TORRES - ORIGINAL FIRMADO**

**** Este campo es diligenciado por el área receptora:**
¿La compra o servicio solicitada se encuentra incluida en el Plan de Compras de la entidad? SI ___ NO ___

Observaciones (si el bien o servicio no esta incuido indicar el porque, o las necesidades específicas):