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:	**14/04/2020**		

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)

Entidad requiere el servicio de soporte técnico para Equipos de Cómputo y el suministro de toner para impresoras, recibidos en Comodato, necesarios para la expansión a realizar 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 mensual	Especificación Técnica	Observación
1	Servicio de soporte presencial en impresión y equipos de computo en Sitio	3	Meses	1	Servicio de soporte presencial en impresión y equipos de computo con 2 Técnicos en Sitio cubriendo Horario 6 AM a 10 PM Lunes a Domingo (1 Por turno y Dominicales) Incluye Horas nocturnas y dominicales	
2	Tóner para impresora RICOH MP501SPF	25	Unidad	1	Tóner remanufacturado para impresora MULTIFUNCIONAL RICOH MONOCROMATICA MP501SPF LASER para 25.000 impresiones al 5% cubrimiento.	
3	Tóner para impresora LEXMARK T654DN	16	Unidad	1	Tóner remanufacturado para impresora LEXMARK LASERJET T654DN MONOCROMATICA 55PPM para 35.000 impresiones al 5% cubrimiento	

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI__X__ NO____

¿Requiere exclusividad? SI____ NO_X___

CONDICIONES DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

Ver anexo técnico

Responsable Técnico de la evaluación de propuestas:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Ver anexo técnico

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):