

Abka

PBX: (2) 5247002

www.abkacolombia.com.co

e-mail:

info@abkacolombia.com

ACTA DE ENTREGA EQUIPO SOLICITADO

Fecha 16 11 2016

N° 1509

Señores HOSPITAL SAN JOSE E S E

Dirección CALLE 9 #15-10

Ciudad RESTREPO VALLE DEL CAUCA Telefono 3157304771

Contacto: LUZ AYDA ZULETA

Cordial Saludo.

Por medio de la presente hacemos entrega de una (01) FOTOCOPIADORA RICOH AFICIO en servicio outsourcing, compuesta de la siguiente manera:

Reemplazo: ☐ N° ☐ Equipo Adicional ☐ Cliente Nuevo ☒Venta: ☐ Préstamo ☐ Revisión técnica ☐

Información del Equipo

N° Equipo: 6233

ABKA MP4001

Serial: V7905501435

Contador inicial Color :

Contador Inicial 338384

Contador Others

Funciones del Equipo

ADF ☒ Scanner ☒
Duplex ☒ Fax ☒
Printer ☒ Bypass ☒
Document Server ☒ Cable de poder ☒Mesa ☐
Banco de papel ☒
Bandejas 3
Regulador de energia ☒

Informó que Únicamente se hace retiro de equipos con autorización escrita y con papelería de ABKA COLOMBIA S.A.S, solo el personal autorizado podrá retirar equipos; Tener en cuenta que nuestro personal está plenamente uniformado e identificado, si tiene alguna duda no se abstenga de llamar estamos para atenderle.
Comuníquese con LUZ ELENA VIEDMAN ZAMORA o ANGELICA MARIA CAICEDO a los teléfonos: 5247002- para su confirmación.

Por otra parte se informa que el equipo se entrega con el regulador de energia, con el fin de proteger la unidad de cualquier alteracion electrica, sin embargo y para que el regulador cumpla su funcion, se hace necesario que la conexiunciente con polo tierra, de lo contrario no se asuman daños causados por este tema.

Entregado por:

ADRIANA HERRERA
ASISTENTE DE DESPACHOS

Recibido por:

Firma y sello de aceptación: *Yadira Bustamante*Nombre: *Yadira Bustamante A*Cédula: *51124003554*

La firma de este documento confirma que ha leído y entendido las observaciones.

10/11/2016

Entrega Miércoles 16/11

Abka

FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS
Version 02

60

INFORMACION BASICA DEL CLIENTE

| | | | | | | | | |
|---|---|-------------|-----------|-----------------|--------------------|--|--------------------------|-------------|
| Fecha: | 9 | 11 | 2016 | Nº CONTRATO | FECHA DE ENTREGA: | PEDIDO Nº 201 -F | VENTA | OUTSOURCING |
| NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: HOSPITAL SAN JOSE E.S.E | | | | | | | NIT 6 CG: 891.901.745.-8 | |
| DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: Calle 9 N° 15 – 10 Restrepo, Valle del Cauca | | | | | | CONTACTO 1: LUZ AYDA ZULETA VALENCIA | | |
| DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: Calle 9 N° 15 – 10 Restrepo, Valle del Cauca | | | | | | CONTACTO 2: MARIO ANDRES MEJIA | | |
| TELEFONO 1: 252 2722 – 252 2773 | | TELEFONO 2: | | CELULAR CONT 1: | | CELULAR CONT 2: 3157304771 | | E-MAIL: |
| MODELO DEL EQUIPO: MP4001 | | REEMPLAZO | EQUIPO Nº | ADICIONAL: | CLIENTE NUEVO: XXX | PRESTAMO | REVISION TECNICA | OTRO |
| OBSERVACIONES: | | | | | | INCLUYE TRANSPORTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

CONDICIONES OTORGADAS

REQUISITOS

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| OUTSOURCING | VENTA | CAMARA DE COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/> | RUT <input checked="" type="checkbox"/> | CEDULA REPRESENTANTE LEGAL: X <input type="checkbox"/> |
| PLAN MENSUAL: 235.200 | VALOR: | FORMATO CLIENTE ABKA <input type="checkbox"/> | CONTRATO <input type="checkbox"/> | COMPROMISO DE PAGO <input type="checkbox"/> |
| VOLUMEN COPIAS: 10.000 | GARANTIA: | OTRO SI | | |
| VALOR COPIA B/N: \$ 22,00 MAS IVA | | | | |
| VALOR COPIA A COLOR: | OBSERVACIONES: | OBSERVACIONES: | | |
| VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 21,00 MAS IVA | 1.- PARA LA ENTREGA DE UN EQUIPO SE DEBE ENTREGAR LA INFORMACION COMPLETA SEGÚN REQUISITOS MENCIONADOS. | | | |
| VALOR COPIA ADICIONAL A COLOR: | 2. LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS. (30 días) | | | |
| FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS | | | | |

EJECUTIVO DE CUENTA

GERENCIA COMERCIAL

COORDINACION OUTSOURCING

SERVICIO TECNICO

BODEGA

INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO

| | | | | | |
|----------------------|--------|--------------------------|--------------|--------------|-------------|
| EQUIPO Nº | 6233 | MODELO DEL EQUIPO | ABKA MP 4001 | SERIE Nº | V7905501435 |
| CONTADOR INICIAL B/N | 338384 | CONTADOR INICIAL A COLOR | | CONTADOR MEC | |
| PLADOR Nº | | | | | |

FUNCIONES DEL EQUIPO

ELEMENTOS

DOCUMENTOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| ADF <input checked="" type="checkbox"/> | DOCUMENT SERVER <input checked="" type="checkbox"/> | MESA <input type="checkbox"/> | ACTA DE ENTREGA <input checked="" type="checkbox"/> |
| DUPLEX <input checked="" type="checkbox"/> | SCANNER <input checked="" type="checkbox"/> | BANCO DE PAPEL <input type="checkbox"/> | ACTA DE RETIRO <input type="checkbox"/> |
| PRINTER <input checked="" type="checkbox"/> | FAX <input checked="" type="checkbox"/> | BANDEJAS <input type="checkbox"/> | GARANTIA <input type="checkbox"/> |
| BYPASS <input checked="" type="checkbox"/> | | | REPORTES <input type="checkbox"/> |
| OTROS | | OTROS | |
| Va Bo <u>Ampe</u> | SERVICIO TECNICO | RECIBIDO | |
| | | FECHA | 16-11-2016 |
| | | AREA DE DESPACHOS | |
| | | HORA | 11:40 am |
| PROYECTO: <input type="checkbox"/> | | ESTADO DE CARTERA: | |



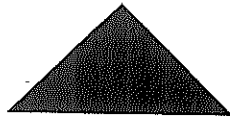
Please send FAX from this edge.

Counter

Serial No.: V7905501435

Data of Today: Nov. 16,2016 08:30 AM

| | |
|--------|--------|
| Total | 338384 |
| Prints | 113866 |



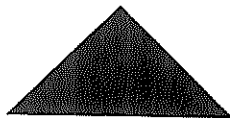
Please send FAX from this edge.

Page Counter:Printing

Serial No.: V7905501435

Data of Today: Nov. 16,2016 08:40 AM

| | |
|-----------------------|--------|
| Total Counter | 338384 |
| Copier Counter:B & W | 224199 |
| Printer Counter:B & W | 113866 |
| FAX Counter:B & W | 319 |
| A3/DLT | 423 |
| Duplex Counter | 90221 |



Please send FAX from this edge.

Page Counter:Transmission

Serial No.: V7905501435

Data of Today: Nov. 16,2016 08:40 AM

| | |
|---------------------------|-------|
| Send Total Counter:Colour | 5384 |
| Send Total Counter:B & W | 14895 |
| FAX Send Counter | 591 |
| Scan Send Counter:Colour | 5384 |
| Scan Send Counter:B & W | 14304 |

FIRMA DE QUIEN REALIZO EL INVENTARIO

Entrega *Hierale*
Nov 16/16.

Abka


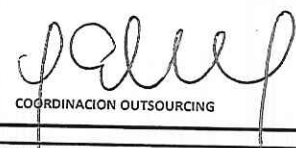

FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS

Version 02

60

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-------------|--|--------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|----------|--|--------------------------|--|---|--|
| Fecha: | | N° CONTRATO | | INFORMACION BASICA DEL CLIENTE | | FECHA DE ENTREGA: | | PEDIDO N° 201 -F | | VENTA | | OUTSOURCING | | | |
| 9 | 11 | 2016 | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: HOSPITAL SAN JOSE E.S.E | | | | | | | | | | | | NIT ó CC: 891.901.745.-8 | | | |
| DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: Calle 9 N° 15 – 10 Restrepo, Valle del Cauca | | | | | | | | CONTACTO 1: LUZ AYDA ZULETA VALENCIA | | | | | | | |
| DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: Calle 9 N° 15 – 10 Restrepo, Valle del Cauca | | | | | | | | CONTACTO 2: MARIO ANDRES MEJIA | | | | | | | |
| TELÉFONO 1: 252 2722 – 252 2773 | | TELÉFONO 2: | | CELULAR CONT 1: | | CELULAR CONT 2: 3157304771 | | E-MAIL: | | | | | | | |
| MODELO DEL EQUIPO: MP4001 | | REEMPLAZO | | EQUIPO N° | | ADICIONAL: | | CLIENTE NUEVO: XXX | | PRESTAMO | | REVISION TECNICA | | OTRO | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | INCLUYE TRANSPORTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|--|----------------------|--|----------|--|-------------------------------|--|
| CONDICIONES OTORGADAS | | | | REQUISITOS | | | | | |
| OUTSOURCING | | VENTA | | CAMARA DE COMERCIO | | RUT | | CEDULA REPRESENTANTE LEGAL: X | |
| PLAN MENSUAL: 255.200= | | VALOR: | | FORMATO CLIENTE ABKA | | CONTRATO | | COMPROMISO DE PAGO | |
| VOLUMEN COPIAS: 10.000 | | GARANTIA: | | OTRO SI | | | | | |
| VALOR COPIA B/N: \$ 22,00 MAS IVA | | | | | | | | | |
| VALOR COPIA A COLOR: | | OBSERVACIONES: | | | | | | | |
| VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 21,00 MAS IVA | | | | | | | | | |
| VALOR COPIA ADICIONAL A COLOR: | | | | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--------|--|
|  JEFE DE CUENTA | |  GERENCIA COMERCIAL | |  COORDINACION OUTSOURCING | |  SERVICIO TECNICO | | BODEGA | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--------|--|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO | | | | | |
| EQUIPO N° | | MODELO DEL EQUIPO | | SERIE N° | |
| CONTADOR INICIAL B/N | | CONTADOR INICIAL A COLOR | | CONTADOR MEC | |
| ULADOR N° | | | | | |
| FUNCIONES DEL EQUIPO | | ELEMENTOS | | DOCUMENTOS | |
| ADF <input type="checkbox"/> | | DOCUMENT SERVER <input type="checkbox"/> | | ACTA DE ENTREGA <input type="checkbox"/> | |
| DUPLEX <input type="checkbox"/> | | SCANNER <input type="checkbox"/> | | ACTA DE RETIRO <input type="checkbox"/> | |
| PRINTER <input type="checkbox"/> | | FAX <input type="checkbox"/> | | GARANTIA <input type="checkbox"/> | |
| BYPASS <input type="checkbox"/> | | MESA <input type="checkbox"/> | | REPORTE <input type="checkbox"/> | |
| | | BANCO DE PAPEL <input type="checkbox"/> | | | |
| | | BANDEJAS <input type="checkbox"/> | | | |
| OTROS | | OTROS | | | |
| Vo Bo | | RECIBIDO | | AREA DE DESPACHOS | |
| SERVICIO TECNICO | | FECHA | | HORA | |
| PROYECTO: <input type="checkbox"/> | | ESTADO DE CARTERA: | | | |