

63

Abka

FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS
Version 02

INFORMACION BASICA DEL CLIENTE

Fecha:	22	11	2016	Nº CONTRATO	FECHA DE ENTREGA:	PEDIDO Nº 219 -F	VENTA	OUTSOURCING
NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: UNION TEMPORAL OIC RADIOLOGIA							NIT ó CC: 901024635-9	
DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: CARRERA 67 A No. 95 -64 BARRIO ANDES BOGOTA D.C						CONTACTO 1: MANUEL PORRAS		
DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: AVENIDA 3 NORTE No. 32 AN 40 ADMINISTRACION SEDE CLINICA NORTE - CALI						CONTACTO 2:		
TELÉFONO 1: 320202646		TELÉFONO 2:		CELULAR CONT 1: 319 4681339		CELULAR CONT 2:		MAIL:manuel.porras@aoicradiologia.com
MODELO DEL EQUIPO: SP5210 SF		REEMPLAZO:		EQUIPO Nº:	ADICIONAL:	PRESTAMO	REVISION TECNICA	OTRO
SERVICIOS:						INCLUYE TRANSPORTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

CONDICIONES OTORGADAS

REQUISITOS

OUTSOURCING	VENTA	CAMARA DE COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/>	RUT <input checked="" type="checkbox"/>	CEDULA REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>
PLAN MENSUAL: \$ 76.000 MAS IVA	VALOR:	FORMATO CLIENTE ABKA <input type="checkbox"/>	CONTRATO <input type="checkbox"/>	COMPROMISO DE PAGO <input type="checkbox"/>
VOLUMEN COPIAS: 4.000	GARANTIA:	OTRO SI		
VALOR COPIA B/N:	OBSERVACIONES:			
VALOR COPIA A COLOR:	1.- PARA LA ENTREGA DE UN EQUIPO SE DEBE ENTREGAR LA INFORMACION COMPLETA SEGÚN REQUISITOS MENCIONADOS.			
VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 18,00 MAS IVA	2.- LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS. (30 días)			
VALOR COPIA ADICIONAL A COLOR:				
FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS				

EJECUTIVO DE CUENTA

GERENCIA COMERCIAL

COORDINACION OUTSOURCING

SERVICIO TECNICO

BODEGA

21/12/2016
VIVIANA GEISAKS O.

INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO

EQUIPO Nº	MODELO DEL EQUIPO	SERIE Nº
ITADOR INICIAL B/N	CONTADOR INICIAL A COLOR	CONTADOR MEC
REGULADOR Nº		

FUNCIONES DEL EQUIPO

ELEMENTOS

DOCUMENTOS

ADF <input type="checkbox"/>	DOCUMENT SERVER <input type="checkbox"/>	MESA <input type="checkbox"/>	ACTA DE ENTREGA <input type="checkbox"/>
DUPLEX <input type="checkbox"/>	SCANNER <input type="checkbox"/>	BANCO DE PAPEL <input type="checkbox"/>	ACTA DE RETIRO <input type="checkbox"/>
PRINTER <input type="checkbox"/>	FAX <input type="checkbox"/>	BANDEJAS <input type="checkbox"/>	GARANTIA <input type="checkbox"/>
BYPASS <input type="checkbox"/>			REPORTE <input type="checkbox"/>

OTROS

OTROS

Vo Bo _____
SERVICIO TECNICO

RECIBIDO _____
AREA DE DESPACHOS

FECHA _____ HORA _____

PROYECTO: ☐

ESTADO DE CARTERA: _____

64

Abka

FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS Version 02

INFORMACION BASICA DEL CLIENTE

Fecha:	22	11	2016	Nº CONTRATO	FECHA DE ENTREGA:	PEDIDO Nº 220 -F	VENTA	OUTSOURCING
NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: UNION TEMPORAL OIC RADIOLOGIA							NIT ó CC: 901024635-9	
DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: CARRERA 67 A No.95 - 64 BARRIO ANDES BOGOTA D.C						CONTACTO 1: MANUEL PORRAS		
DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: AVENIDA 3 NORTE No. 32 AN 40 ASISTENCIAL SEDE CLINICA NORTE - CALI						CONTACTO 2:		
TELEFONO 1: 320202646	TELEFONO 2:		CELULAR CONT 1: 319 4681339		CELULAR CONT 2:		MAIL:manuel.porras@aoicradiologia.com	
MODELO DEL EQUIPO: SP5210 SF	REEMPLAZO:	EQUIPO Nº:	ADICIONAL:	PRESTAMO	REVISION TECNICA	OTRO		
ERVACIONES:				INCLUDE TRANSPORTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

CONDICIONES OTORGADAS

REQUISITOS

OUTSOURCING	VENTA	CAMARA DE COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/>	RUT <input checked="" type="checkbox"/>	CEDULA REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>
PLAN MENSUAL: \$ 190.000 MAS IVA	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:				
VALOR COPIA A COLOR:	OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:		
VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 18,00 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 dias)			
FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS				

EJECUTIVO DE CUENTA

GERENCIA COMERCIAL

COORDINACION OUTSOURCING

SERVICIO TECNICO

BODEGA

21/12/2016
VIVIANA GONZALEZ O.

INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO

EQUIPO Nº	MODELO DEL EQUIPO	SERIE Nº
ITADOR INICIAL B/N	CONTADOR INICIAL A COLOR	CONTADOR MEC
REGULADOR Nº		

FUNCIONES DEL EQUIPO

ELEMENTOS

DOCUMENTOS

ADF <input type="checkbox"/>	DOCUMENT SERVER <input type="checkbox"/>	MESA <input type="checkbox"/>	ACTA DE ENTREGA <input type="checkbox"/>
DUPLEX <input type="checkbox"/>	SCANNER <input type="checkbox"/>	BANCO DE PAPEL <input type="checkbox"/>	ACTA DE RETIRO <input type="checkbox"/>
PRINTER <input type="checkbox"/>	FAX <input type="checkbox"/>	BANDEJAS <input type="checkbox"/>	GARANTIA <input type="checkbox"/>
BYPASS <input type="checkbox"/>			REPORTE <input type="checkbox"/>

OTROS

OTROS

Vo Bo

SERVICIO TECNICO

RECIBIDO

AREA DE DESPACHOS

FECHA

HORA

PROYECTO:

ESTADO DE CARTERA:

66

Abka

FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS
Version 02

INFORMACION BASICA DEL CLIENTE

Fecha:	22	11	2015	Nº CONTRATO	FECHA DE ENTREGA:	PEDIDO Nº 221 -F	VENTA	OUTSOURCING
NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: UNION TEMPORAL OIC RADIOLOGIA								NIT ó CC: 901024635-9
DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: CARRERA 67 A No.95 - 64 BARRIO ANDES- BOGOTA D.C						CONTACTO 1: MANUEL PORRAS		
DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: CARRERA 80No. 18 A 140 ASISTENCIAL SEDE CLINICA LA 80 - MEDELLIN						CONTACTO 2:		
TELÉFONO 1: 320202646		TELÉFONO 2:		CELULAR CONT 1: 319 4681339	CELULAR CONT 2:		MAIL:manuel.porras@aocradiologia.com	
MODELO DEL EQUIPO: SP5210 SF		REEMPLAZO:	EQUIPO Nº:	ADICIONAL:	PRESTAMO	REVISION TECNICA	OTRO	
OBSERVACIONES:					INCLUYE TRANSPORTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

CONDICIONES OTORGADAS

REQUISITOS

OUTSOURCING	VENTA	CAMARA DE COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/>	RUT <input checked="" type="checkbox"/>	CEDULA REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>
PLAN MENSUAL: \$ 190.000 MAS IVA	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:	OBSERVACIONES:			
VALOR COPIA A COLOR:	1.- PARA LA ENTREGA DE UN EQUIPO SE DEBE ENTREGAR LA INFORMACION COMPLETA SEGÚN REQUISITOS MENCIONADOS.			
VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 18,00 MAS IVA	2.LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS. (30 días)			
VALOR COPIA ADICIONAL A COLOR:				
FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS				

EJECUTIVO DE CUENTA

GERENCIA COMERCIAL

COORDINACION OUTSOURCING

SERVICIO TECNICO

BODEGA

INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO

EQUIPO Nº	MODELO DEL EQUIPO	SERIE Nº
OTADOR INICIAL B/N	CONTADOR INICIAL A COLOR	CONTADOR MEC
REGULADOR Nº		

FUNCIONES DEL EQUIPO

ELEMENTOS

DOCUMENTOS

ADF <input type="checkbox"/>	DOCUMENT SERVER <input type="checkbox"/>	MESA <input type="checkbox"/>	ACTA DE ENTREGA <input type="checkbox"/>
DUPLEX <input type="checkbox"/>	SCANNER <input type="checkbox"/>	BANCO DE PAPEL <input type="checkbox"/>	ACTA DE RETIRO <input type="checkbox"/>
PRINTER <input type="checkbox"/>	FAX <input type="checkbox"/>	BANDEJAS <input type="checkbox"/>	GARANTIA <input type="checkbox"/>
BYPASS <input type="checkbox"/>			REPORTE <input type="checkbox"/>

OTROS

OTROS

Vo Bo

SERVICIO TECNICO

RECIBIDO

AREA DE DESPACHOS

FECHA

HORA

PROYECTO:

ESTADO DE CARTERA:

66

Abka

FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS
Version 02

INFORMACION BASICA DEL CLIENTE

Fecha:	22	11	2016	Nº CONTRATO	FECHA DE ENTREGA:	PEDIDO Nº 222 -F	VENTA	OUTSOURCING
NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: UNION TEMPORAL OIC RADIOLOGIA							NIT ó CC: 901024635-9	
DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: CARRERA 67 A No.95 -64 BARRIO ANDES BOGOTA D.C						CONTACTO 1: MANUEL PORRAS		
DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: CARRERA 80 No. 18 A 140 SEDE CLINICA LA 80 ADMINISTRACION - MEDELLIN						CONTACTO 2:		
TELEFONO 1: 320202646		TELEFONO 2:		CELULAR CONT 1: 319 4681339	CELULAR CONT 2:		MAIL:manuel.porras@aoicradiologia.com	
MODELO DEL EQUIPO: SP5210 SF		REEMPLAZO:	EQUIPO Nº:	ADICIONAL:	PRESTAMO	REVISION TECNICA	OTRO	
OBSERVACIONES:						INCLUYE TRANSPORTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

CONDICIONES OTORGADAS

REQUISITOS

OUTSOURCING	VENTA	CAMARA DE COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/>	RUT <input checked="" type="checkbox"/>	CEDULA REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>
PLAN MENSUAL: \$ 76.000 MAS IVA	VALOR:	FORMATO CLIENTE ABKA <input type="checkbox"/>	CONTRATO <input type="checkbox"/>	COMPROMISO DE PAGO <input type="checkbox"/>
VOLUMEN COPIAS: 4.000	GARANTIA:	OTRO SI		
VALOR COPIA B/N:	OBSERVACIONES:			
VALOR COPIA A COLOR:	1.- PARA LA ENTREGA DE UN EQUIPO SE DEBE ENTREGAR LA INFORMACION COMPLETA SEGÚN REQUISITOS MENCIONADOS.			
VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 18.000 MAS IVA	2.LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS, (30 dias)			
VALOR COPIA ADICIONAL A COLOR:				
FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS				

EJECUTIVO DE CUENTA

GERENCIA COMERCIAL

COORDINACION OUTSOURCING

SERVICIO TECNICO

BODEGA

INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO

EQUIPO Nº	MODELO DEL EQUIPO	SERIE Nº
CONTADOR INICIAL B/N	CONTADOR INICIAL A COLOR	CONTADOR MEC
REGULADOR Nº		

FUNCIONES DEL EQUIPO

ELEMENTOS

DOCUMENTOS

ADF <input type="checkbox"/>	DOCUMENT SERVER <input type="checkbox"/>	MESA <input type="checkbox"/>	ACTA DE ENTREGA <input type="checkbox"/>
DUPLEX <input type="checkbox"/>	SCANNER <input type="checkbox"/>	BANCO DE PAPEL <input type="checkbox"/>	ACTA DE RETIRO <input type="checkbox"/>
PRINTER <input type="checkbox"/>	FAX <input type="checkbox"/>	BANDEJAS <input type="checkbox"/>	GARANTIA <input type="checkbox"/>
BYPASS <input type="checkbox"/>			REPORTE <input type="checkbox"/>

OTROS

OTROS

Vo Bo _____
SERVICIO TECNICO

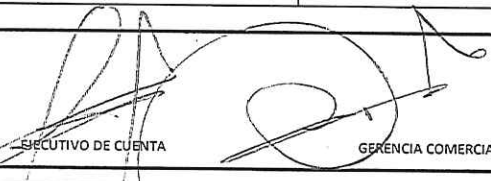
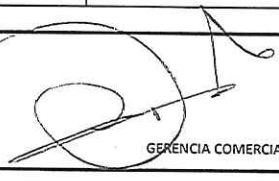
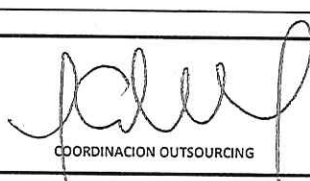


RECIBIDO _____
AREA DE DESPACHOS

FECHA _____ HORA _____

PROYECTO: ☐

ESTADO DE CARTERA: _____


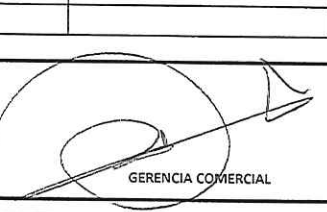
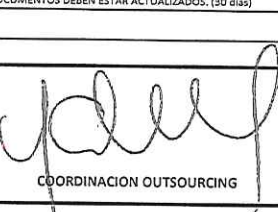
62

<h1>Abka</h1>			FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS Version 02		
INFORMACION BASICA DEL CLIENTE					
Fecha: 22 / 11 / 2016		Nº CONTRATO: <input type="text"/>		FECHA DE ENTREGA: <input type="text"/>	
PEDIDO Nº 223 -F				VENTA <input type="checkbox"/> OUTSOURCING <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: UNION TEMPORAL OIC RADIOLOGIA				NIT ó CC: 901024635-9	
DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: CARRERA 67 A No.95 - 64 BARRIO ANDES- BOGOTA D.C				CONTACTO 1: MANUEL PORRAS	
DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: CALLE 104 SEDE CLINICA LUIS PIÑERO CORPAS ADMINISTRACION BOGOTA 1				CONTACTO 2: <input type="text"/>	
TELÉFONO 1: 320202646		TELÉFONO 2: <input type="text"/>		CELULAR CONT 1: 319 4681339	
CELULAR CONT 2: <input type="text"/>		MAIL:manuel.porras@aoicradiologia.com		L*	
MODELO DEL EQUIPO: SP5210 SF		REEMPLAZO: EQUIPO Nº: <input type="text"/>		ADICIONAL: <input type="text"/>	
PRESTAMO <input type="checkbox"/>		REVISION TECNICA <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES: <input type="text"/>		INCLUYE TRANSPORTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CONDICIONES OTORGADAS					
OUTSOURCING		VENTA		REQUISITOS	
PLAN MENSUAL: \$ 76.000 MAS IVA		VALOR: <input type="text"/>		CAMARA DE COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/>	
VOLUMEN COPIAS: 4.000		GARANTIA: <input type="text"/>		RUT <input checked="" type="checkbox"/>	
VALOR COPIA B/N: <input type="text"/>		OBSERVACIONES: <input type="text"/>		CEDULA REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	
VALOR COPIA A COLOR: <input type="text"/>		OBSERVACIONES: <input type="text"/>		CONTRATO <input type="checkbox"/>	
VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 18,00 MAS IVA		OBSERVACIONES: <input type="text"/>		COMPROMISO DE PAGO <input type="checkbox"/>	
VALOR COPIA ADICIONAL A COLOR: <input type="text"/>		OBSERVACIONES: <input type="text"/>		OTRO SI <input type="text"/>	
FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS		OBSERVACIONES: <input type="text"/>		1.- PARA LA ENTREGA DE UN EQUIPO SE DEBE ENTREGAR LA INFORMACION COMPLETA SEGÚN REQUISITOS MENCIONADOS.	
		OBSERVACIONES: <input type="text"/>		2.LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS. (30 días)	
<div><div> EJECUTIVO DE CUENTA</div><div> GERENCIA COMERCIAL</div><div> COORDINACION OUTSOURCING</div><div> SERVICIO TECNICO</div><div> BODEGA</div></div>					
INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO					
EQUIPO Nº <input type="text"/>		MODELO DEL EQUIPO <input type="text"/>		SERIE Nº <input type="text"/>	
ITADOR INICIAL B/N <input type="text"/>		CONTADOR INICIAL A COLOR <input type="text"/>		CONTADOR MEC <input type="text"/>	
REGULADOR Nº <input type="text"/>					
FUNCIONES DEL EQUIPO		ELEMENTOS		DOCUMENTOS	
ADF <input type="checkbox"/>		MESA <input type="checkbox"/>		ACTA DE ENTREGA <input type="checkbox"/>	
DUPLICATE <input type="checkbox"/>		BANCO DE PAPEL <input type="checkbox"/>		ACTA DE RETIRO <input type="checkbox"/>	
PRINTER <input type="checkbox"/>		BANDEJAS <input type="checkbox"/>		GARANTIA <input type="checkbox"/>	
BYPASS <input type="checkbox"/>				REPORTE <input type="checkbox"/>	
DOCUMENT SERVER <input type="checkbox"/>					
SCANNER <input type="checkbox"/>					
FAX <input type="checkbox"/>					
OTROS <input type="text"/>		OTROS <input type="text"/>			
Vo Bo <input type="text"/>		RECIBIDO <input type="text"/>		AREA DE DESPACHOS <input type="text"/>	
SERVICIO TECNICO <input type="text"/>		FECHA <input type="text"/>		HORA <input type="text"/>	
PROYECTO: <input type="checkbox"/>		ESTADO DE CARTERA: <input type="text"/>			

68

Abka

FORMATO DE ORDEN DE PRELISTAMIENTO DE EQUIPOS
Version 02

INFORMACION BASICA DEL CLIENTE			
Fecha:	22	11	2016
N° CONTRATO		FECHA DE ENTREGA:	
PEDIDO N° 224 -F		VENTA	OUTSOURCING
NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL: UNION TEMPORAL OIC RADIOLOGIA			NIT ó CC: 901024635-9
DIRECCION Y CIUDAD PARA FACTURACION: CARRERA 67 A No. 95 - 64 BARRIO ANDES - BOGOTA D.C			CONTACTO 1: MANUEL PORRAS
DIRECCION Y CIUDAD PARA DESPACHO: CALLE 104 SEDE CLINICA LUIS PIÑERO CORPAS ASISTENCIAL- BOGOTA 1			CONTACTO 2:
TELEFONO 1: 320202646	TELEFONO 2:	CELULAR CONT 1: 319 4681339	CELULAR CONT 2:
MODELO DEL EQUIPO: SP5210 SF	REEMPLAZO:	EQUIPO N°:	ADICIONAL:
ERVACIONES:		PRESTAMO	MAIL:manuel.porras@aoicradiologia.com
		REVISION TECNICA	OTRO
		INCLUDE TRANSPORTE: SI	NO
CONDICIONES OTORGADAS		REQUISITOS	
OUTSOURCING	VENTA	CAMARA DE COMERCIO	RUT
PLAN MENSUAL: \$ 190.000 MAS IVA	VALOR:	FORMATO CLIENTE ABKA	CEDULA REPRESENTANTE LEGAL
VOLUMEN COPIAS: 10.000	GARANTIA:	OTRO SI	COMPROMISO DE PAGO
VALOR COPIA B/N:			
VALOR COPIA A COLOR:	OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:	
VALOR COPIA ADICIONAL B/N: \$ 18,00 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 dias)	
FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS			
<div> <div>  <p>EJECUTIVO DE CUENTA</p> </div> <div>  <p>GERENCIA COMERCIAL</p> </div> <div>  <p>COORDINACION OUTSOURCING</p> </div> <div> <p>21/12/16</p> <p>VIVIANA GONZALES O.</p> <p>SERVICIO TECNICO</p> </div> <div> <p>BODEGA</p> </div> </div>			
INFORMACION PARA EL DESPACHO DEL EQUIPO			
EQUIPO N°	MODELO DEL EQUIPO	SERIE N°	
TADOR INICIAL B/N	CONTADOR INICIAL A COLOR	CONTADOR MEC	
REGULADOR N°			
FUNCIONES DEL EQUIPO		ELEMENTOS	DOCUMENTOS
ADF	DOCUMENT SERVER	MESA	ACTA DE ENTREGA
DUPLEX	SCANNER	BANCO DE PAPEL	ACTA DE RETIRO
PRINTER	FAX	BANDEJAS	GARANTIA
BYPASS			REPORTES
OTROS		OTROS	
Vo Bo	SERVICIO TECNICO	RECIBIDO	AREA DE DESPACHOS
		FECHA	HORA
PROYECTO:		ESTADO DE CARTERA:	