



ORDEN DE COMPRA

Nº RP- 132

FECHA: 17 de Marzo del 2017

SEÑORES: SOLUCIONES DE SEGURIDAD INFORMATICA S.A DE C.V.

NIT:

Tel: 2525-4300

fax:

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U/M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Upgrade Sonicwall 3600.			
	Dell SonicWALL NSA 3600 Secure Upgrade Plus (2 Yr) Comprehensive Gateway Security Suite Incluye -Gateway, antivirus,Antispayware,intrusion Prevention and Application Firewall Service,contente filtering premium service 24x7 support with firmware updates. incluye reemplazo de equipo en caso de falla del mismo en concepto de garantía.	C/U	\$ 7,073.03	\$ 7,073.03
	SonicWALL Analyzer Reporting Software For The NSA 3600, 3500, PRO 3060	C/U	\$ 0.00	\$ 0.00
	Soporte Silver por dos años Consulta y soporte a través de formulario Web Consulta y soporte a través de e-mail Consulta y soporte via telefónica Asistencia por control remoto Disponibilidad inmediata de Help Desk 8 Visitas de mantenimiento programado al año 60 Horas de soporte al año en sitio Prioridad de consultas Tiempo de respuesta en sitio 4 horas Disponibilidad 7X24 Prestamo de equipo de similares características.	C/U	\$ 0.00	\$ 0.00
	Total.....			\$ 7,073.03
3 cotiz.	Tiempo de entrega: inmediata Uso en: todo el Hospital S/C: 255			

20/03/17 9:25M

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén
2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta.

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	ADMINISTRACION
61403	\$7,073.03	27/3/17		