**EQUIPO DE CÓMPUTO**

**F-DGTIC-01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencia:  INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE TABASCO | | | | |  | | Fecha de Solicitud: | | | 01/10/2013 |
| No. Requisición: | |  |  | |  | | Fecha de Recepción | | |  |
|  | |  |  | | |  | No. Oficio: | |  | |
| Responsable de la solicitud: | | DR. JULIO ALONSO MANZANO ROSAS | | Puesto: | | | DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS | | | |
| Contacto Técnico: | | JUAN SIMBRÓN GARCÍA | | Tel.: | | | 3-58-28-76 | Ext. | | 3626 |
| Correo Electrónico: | [**juansimbron@tabasco.gob.mx**](mailto:juansimbron@tabasco.gob.mx) | | | | | | | | |
| **Resumen**   |  |  | | --- | --- | | **Proyecto** | **K9112.- GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR MUNICIPALES** | | **Partida** | **2141 MATERIALES Y UTILES MENORES PARA COMPUTADORAS** |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | |  | **Estimado** | | | **Lote** | **Cantidad** | **Descripción breve del bien o servicio** | | **Costo Unitario** | **Costo Total** | | 1 | 25 | Lector de código de barras. | | $1,300.00 | $32,500.00 | |  |  |  | | **Total** | $32,500.00 | | | | | | | | | | | | |

Detalle:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Descripción del Bien**:  Lector de código de barras; Tipo de Producto Lector de Código de Barras Portátil; Tecnología de Conectividad Cable; Sensor de Imagen CCD; Velocidad de escaneo 50 escaneo(s); Resolución de escaneo máxima 0.10 mm; Distancia de escaneo 20 mm; Características Botón Escaneo Interfaz de host USB; Voltaje de Entrada 5 V DC; Color Negro; Altura 177.8 mm; Anchura 88.9 mm; Profundidad 63.5 mm; Peso (Aproximado) 189.9 g; Plataforma Compatible PC. | | Garantía: 1 Año. | | **Justificación Técnica**: El lector de código de barras se utilizará en el proceso de recepción de muestras y en el proceso de entrada y salida de farmacia en cada Unidad Médica Familiar Municipal. | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  | |  |
| **1.-** | **Área de asignación del bien o servicio:** | | | | | | |
|  | EN CADA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR FORÁNEA Y EN LA DE CENTRO. | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 2.- | **Diagnóstico Técnico del área de asignación:** | | | | | | |
|  | Personal adscrito al área: | | | 4 PERSONAS | | | |
| Nivel jerárquico: | | | JEFE DE LA UMF, ENFERMERA, TRABAJADORA SOCIAL. | | | |
| Perfil profesional: | | | DOCTOR, LICENCIADA Y TECNICOS. | | | |
|  |  | | | | | |
| 3.- | **Aplicaciones a utilizar en el bien Agenda Médica y en Farmacia** | | | | | |
|  | Tipo de aplicación: | | | LAN; VPN. Cliente-servidor | | |
| Requerimiento mínimo: | | | **El especificado.** | | |
| 4.- | **En caso que el bien o servicio sea para sustitución, defina el destino del bien o**  **servicio reemplazado, de lo contrario llenar el campo con N/A:** | | | | | |
|  | **N/A** | | | | | |
| 5.- | **Anexar Proyecto Ejecutivo el cual deberá contener (antecedentes, Objetivo del proyecto, Descripción del Proyecto, Alcance, Beneficio y Costo):** | | | | | |
| 6.- | **Anexar copia de documento que avale la suficiencia presupuestal para la realización de la adquisición detallada en este anexo.** | | | | | |
| 7.- | **Indique el tiempo aproximado para la realización de su adquisición en días:**  **Menor a 30 menor a 60 menor a 90 menor a 120 menor a 150 menor a 180**  X | | | | | |

**NOTA: FAVOR DE LLENAR UN FORMATO POR LOTE;**

**ES REQUISITO ANEXAR EL ARCHIVO ELECTRÓNICO Y ENVIAR EL OFICIO EN SOBRE CERRADO;**

**LA VIGENCIA DEL DICTAMEN TÉCNICO SERÁ DE 6 MESES Y/O AL TERMINO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL;**

A fin de garantizar mayores niveles de calidad en la **adquisición de equipos de cómputo (PC´s)**, se recomienda solicitar al proveedor la siguiente documentación:

* Carta de distribuidor autorizado
* Carta de garantía de equipo
* Carta de centro de servicio autorizado en la ciudad

Para el caso de sistemas de información, los proveedores deberán de entregar el **Copyright a nombre del Gobierno del Estado**, así como los programas fuentes.

**EQUIPO DE CÓMPUTO**

**F-DGTIC-01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencia:  INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE TABASCO | | | | |  | | Fecha de Solicitud: | | | 01/10/2013 |
| No. Requisición: VG-126 | |  |  | |  | | Fecha de Recepción | | |  |
|  | |  |  | | |  | No. Oficio: | |  | |
| Responsable de la solicitud: | | DR. JULIO ALONSO MANZANO ROSAS | | Puesto: | | | DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS | | | |
| Contacto Técnico: | | JUAN SIMBRÓN GARCÍA | | Tel.: | | | 3-58-28-76 | Ext. | | 3626 |
| Correo Electrónico: | [**juansimbron@tabasco.gob.mx**](mailto:juansimbron@tabasco.gob.mx) | | | | | | | | |
| **Resumen**   |  |  | | --- | --- | | **Proyecto** | **K9112.- GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR MUNICIPALES** | | **Partida** | **5111.- MOBILIARIO DE OFICINA** |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | |  | **Estimado** | | | **Lote** | **Cantidad** | **Descripción breve del bien o servicio** | | **Costo Unitario** | **Costo Total** | | 1 | 1 | Gabinete de rack armado con 42U de altura, Dimensiones de altura máxima 2324.00 mm, Dimensiones de anchura máxima 800.00 mm, Dimensiones de profundidad máxima 1200.00 mm Profundidad mínima de montaje 168.00 mm, Profundidad máxima de montaje 917.00 mm, Altura del rack 48U, Anchura del rack 19", Color Negro. | | $120,000.00 | $120,000.00 | |  |  |  | | **Total** | $120,000.00 | | | | | | | | | | | | |

Detalle:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Descripción del Bien**:  Gabinete de rack armado con 42U de altura, Dimensiones de altura máxima 2324.00 mm, Dimensiones de anchura máxima 800.00 mm, Dimensiones de profundidad máxima 1200.00 mm Profundidad mínima de montaje 168.00 mm, Profundidad máxima de montaje 917.00 mm, Altura del rack 48U, Anchura del rack 19", Color Negro. Incluye:  Unidad PDU para montaje en rack básica, Tensión de salida nominal 200V, 208V, Conexiones de salida (20) IEC 320 C13, Entrada de voltaje 200V, 208V, 230V, Dimensiones de altura máxima 1619.00 mm, Dimensiones de anchura máxima 56.00 mm, Dimensiones de profundidad máxima 44.00mm, Frecuencia de entrada 50/60 Hz, Tipo de enchufe NEMA L6-30P NEMA L6-30P, Longitud del cable 3.05 metros ; patch panel de 24 puertos con sus cables al switch ; con puerta y llave, permite acceso por frente, posterior y ambos lados desmontables garantia de 5 años. Distribución de aire para racks, Rack Air Distribution Unit 2U 120V 60HZ. La Unidad de distribución de aire para montaje en rack es una unidad de ventilación que ocupa 2 U y se conecta al piso elevado.  Toma el aire y lo envía directamente al gabinete. De este modo, se impide que el aire acondicionado se mezcle con el aire caliente que circula por la sala antes de llegar a los equipos. Como resultado, se minimizan las diferencias de temperatura entre la parte superior e inferior del gabinete y, al mismo tiempo, se impide la recirculación del aire caliente extraído hacia la entrada del gabinete. Este producto se recomienda para racks con cargas superiores a 1,5 kW; puede suministrar circulación de aire para cargas de hasta 3,5 kW. Además, es ideal para gabinetes instalados en entornos con piso elevado en los que la distribución de aire debajo del piso no es adecuada. Incluye: Brackets para Rack-mount, Manual del usuario. Tiempo entre planificación y puesta en marcha estándar: Suele haber existencias en inventario; Circulación de aire 237.38 litros por segundo; Cantidad de cables de alimentación 2; Entrada de voltaje 120; Energía de entrada 240 Vatios; Frecuencia de entrada 60 Hz +/- 1Hz; Altura del rack 2U; Tipo de enchufe C-13 NEMA 5-15P.Dimensiones de altura máxima 89.00 mm, Dimensiones de anchura máxima 422.00 mm, Dimensiones de profundidad máxima 737.00 mm. | | Garantía: 1 Años. | | **Justificación Técnica**: La mejor manera de proteger la inversión de los bienes informáticos y de la información, es proporcionar un entorno adecuado a su operatividad. | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  | |  |
| **1.-** | **Área de asignación del bien o servicio:** | | | | | | |
|  | CENTRO DE CÓMPUTO DEL DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DE OFICINAS GENERALES DEL ISSET. | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 2.- | **Diagnóstico Técnico del área de asignación:** | | | | | | |
|  | Personal adscrito al área: | | | 11 PERSONAS | | | |
| Nivel jerárquico: | | | JEFE DE DEPARTAMENTO, ANALISTAS DE SISTEMAS, TÉCNICOS Y ANALISTAS | | | |
| Perfil profesional: | | | MAESTRO, LICENCIATURA, INGENIERÍA Y TÉCNICOS. | | | |
|  |  | | | | | |
| 3.- | **Aplicaciones a utilizar en el bien Proteger equipamiento informático y de comunicaciones** | | | | | |
|  | Tipo de aplicación: | | | LAN; VPN. Cliente-servidor | | |
| Requerimiento mínimo: | | | **El especificado.** | | |
| 4.- | **En caso que el bien o servicio sea para sustitución, defina el destino del bien o**  **servicio reemplazado, de lo contrario llenar el campo con N/A:** | | | | | |
|  | **N/A** | | | | | |
| 5.- | **Anexar Proyecto Ejecutivo el cual deberá contener (antecedentes, Objetivo del proyecto, Descripción del Proyecto, Alcance, Beneficio y Costo):** | | | | | |
| 6.- | **Anexar copia de documento que avale la suficiencia presupuestal para la realización de la adquisición detallada en este anexo.** | | | | | |
| 7.- | **Indique el tiempo aproximado para la realización de su adquisición en días:**  **Menor a 30 menor a 60 menor a 90 menor a 120 menor a 150 menor a 180**  X | | | | | |

**NOTA: FAVOR DE LLENAR UN FORMATO POR LOTE;**

**ES REQUISITO ANEXAR EL ARCHIVO ELECTRÓNICO Y ENVIAR EL OFICIO EN SOBRE CERRADO;**

**LA VIGENCIA DEL DICTAMEN TÉCNICO SERÁ DE 6 MESES Y/O AL TERMINO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL;**

A fin de garantizar mayores niveles de calidad en la **adquisición de equipos de cómputo (PC´s)**, se recomienda solicitar al proveedor la siguiente documentación:

* Carta de distribuidor autorizado
* Carta de garantía de equipo
* Carta de centro de servicio autorizado en la ciudad

Para el caso de sistemas de información, los proveedores deberán de entregar el **Copyright a nombre del Gobierno del Estado**, así como los programas fuentes.

**CONSUMIBLES**

**F-DGTIT-06**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: | | | | | 01/10/2013 | | |
| Fecha de Recepción: | | | | |  | | |
| No. Oficio: | | | | |  | | |
| Dependencia: | Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco | | | | | | | | |
| No. Requisición: | VG 125 | | | No. Lote: | | 1 | | | |
| Responsable  de Solicitud: | Dr. Julio Alonso Manzano Rosas | | | | | | | | |
| Puesto: | Director de Prestaciones Médicas | | | | | | | | |
| Contacto técnico: | Lic. Juan Simbrón García [juansimbron@tabasco.gob.mx](mailto:juansimbron@tabasco.gob.mx) | | | | | | | | |
| Tel/Fax: | | 3-58-28-76 | | | Ext. | 3626 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proyecto** | **K9112 GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR MUNICIPALES** |
| **Partida** | **2941 REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES DE EQUIPO DE COMPUTO Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lote | Cantidad | Descripción | Costo Unitario | Importe |
| 1 | 48 | **Cable de red prefabricado de 1.5 metros.**  Categoría 5E, Cordón de parcheo UTP-plug modular™ pan con los enchufes en cada extremo; Color Negro; Largo (m) 1.5; Grado de combustibilidad CM; BOM de Precios/Descripción Cobre Cordón de parcheo, Tipo del conector 2 RJ45 8 (8); Esquema de cableado T568A; Nivel de desempeño Categoría 5E/clase d; Tipo del conector 1RJ45 8 (8); Color del cable Negro; Extremo 1 con terminación Plug Modular; Extremo 2 con terminación Plug Modular | $150.00 | $7,200.00 |

|  |
| --- |
| **Justificación**: Se utilizará en el panel de parcheo del switch de 48 puertos, ubicado en el Centro de Cómputo del Departamento de Informática de las Oficinas Centrales del ISSET. |

1.- Área de asignación del consumible:

|  |
| --- |
| En el Centro de Cómputo del Departamento de Informática de Oficinas Generales del ISSET. |

2.- Diagnóstico técnico del área de asignación:

|  |  |
| --- | --- |
| Personal adscrito al área: | 11 personas |
| Nivel Jerárquico: | Un Jefe, 4 Analistas de Sistemas, 4 Técnicos, un Jefe de Redes, Una Analista |
| Perfil profesional: | Maestría, Licenciatura, Ingeniero, Técnicos. |

**Notas:**

* Llenar un formato por lote.

Anexar en medios electrónico una relación de las refacciones y sus especificaciones técnicas.

**Equipo de Cómputo**

**F-DGTIC-01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: | | | | | 01/10/2013 | | |
| Fecha de Recepción: | | | | |  | | |
| No. Oficio: | | | | |  | | |
| Dependencia: | Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco | | | | | | | | |
| No. Requisición: | VG 129 | | | No. Lote: | | 1 | | | |
| Responsable  de Solicitud: | Dr. Julio Alonso Manzano Rosas / | | | | | | | | |
| Puesto: | Director de Prestaciones Médicas | | | | | | | | |
| Contacto técnico: | Lic. Juan Simbrón García [juansimbron@tabasco.gob.mx](mailto:juansimbron@tabasco.gob.mx) | | | | | | | | |
| Tel/Fax: | | 3-58-28-76 | | | Ext. | 3626 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proyecto** | **K9112 GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR MUNICIPALES.** |
| **Partida** | **5661 MAQUINARIA Y EQUIPO ELECTRICO Y ELECTRONICO.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lote | Cantidad | Descripción | Costo Unitario | Importe |
| 1 | 2 | UNIDAD DE RESPALDO DE ENERGIA Potencia 5000VA | $60,000.00 | $120,000.00 |
| TOTAL | | | | $120,000.00 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Cantidad** | **Costo Unitario** | **Costo Total** | | 2 | $ 60,000.00 | $ 120,000.00 | | DESCRIPCIÓN DEL BIEN: UNIDAD DE RESPALDO DE ENERGIA Potencia 5000 VA, con las siguientes características: 4000 Watts, 3U de altura, voltaje de entrada 208 Volts, voltaje de salida 120 Volts, 208 Volts, salidas: (4) NEMA 5-20R, (1) NEMA L14-30R, (1) NEMA L6-30R, garantía de 2 años directa del fabricante. Incluye instalación en el rack. | | | | Garantía: 2 años | | | | Justificación Técnica: Para protección de los servidores contra variaciones de voltaje. | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  | |  |
| **1.-** | **Área de asignación del bien o servicio:** | | | | | | |
|  | Uno en el Laboratorio de la Unidad de Medicina Familiar Centro | | | | | | |
|  | Uno en el Centro de Cómputo del Departamento de Informática de Oficinas Centrales del ISSET. | | | | | | |
| 2.- | **Diagnóstico Técnico del área de asignación:** | | | | | | |
|  | Personal adscrito al área: | | | 9 personas en Laboratorio; 11 personas en Informática | | | |
| Nivel jerárquico: | | | Jefes de Departamento, Personal de apoyo | | | |
| Perfil profesional: | | | Doctor, Licenciados, Ingenieros, Laboratoristas, Técnicos. | | | |
|  |  | | | | | |
| 3.- | **Aplicaciones a utilizar en el bien: Sistemas** Agenda Médica, Expediente Clínico, Farmacia | | | | | |
|  | Tipo de aplicación: | | | LAN, VPN, Cliente servidor / Respaldos. | | |
| Requerimiento mínimo: | | | El que se indica en la descripción del bien. | | |
| 4.- | **En caso que el bien o servicio sea para sustitución, defina el destino del bien o**  **servicio reemplazado, de lo contrario llenar el campo con N/A:** | | | | | |
|  | N/A | | | | | |
| 5.- | **Anexar Proyecto Ejecutivo el cual deberá contener (antecedentes, Objetivo del proyecto, Descripción del Proyecto, Alcance, Beneficio y Costo):** | | | | | |
| 6.- | **Anexar copia de documento que avale la suficiencia presupuestal para la realización de la adquisición detallada en este anexo.** | | | | | |
| 7.- | **Indique el tiempo aproximado para la realización de su adquisición en días:**  **Menor a 30 menor a 60 menor a 90 menor a 120 menor a 150 menor a 180** | | | | | |

**NOTA: FAVOR DE LLENAR UN FORMATO POR LOTE;**

**ES REQUISITO ANEXAR EL ARCHIVO ELECTRÓNICO Y ENVIAR EL OFICIO EN SOBRE CERRADO;**

**LA VIGENCIA DEL DICTAMEN TÉCNICO SERÁ DE 6 MESES Y/O AL TERMINO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL;**

A fin de garantizar mayores niveles de calidad en la **adquisición de equipos de cómputo (PC´s)**, se recomienda solicitar al proveedor la siguiente documentación:

* Carta de distribuidor autorizado
* Carta de garantía de equipo
* Carta de centro de servicio autorizado en la ciudad

Para el caso de sistemas de información, los proveedores deberán de entregar el **Copyright a nombre del Gobierno del Estado**, así como los programas fuentes.

**EQUIPO DE CÓMPUTO**

**F-DGTIC-01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencia:  INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE TABASCO | | | | | | | | | |  | | | Fecha de Recepción 02/10/2013 | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |  | No. Oficio: | |  | | | |
| Responsable de la solicitud: | | | | Dr. Julio Alonso Manzano Rosas | | | | | Puesto: | | | | DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS | | | | | |
| Contacto Técnico: | | | | LIC. JUAN SIMBRON GARCIA | | | | | Tel.: | | | | 358-28-76 | Ext. | | 3626 | | |
| Correo Electrónico: | | | **juansimbron@tabasco.gob.mx** | | | | | | | | | | | | |
| **Resumen**   |  |  | | --- | --- | | **Proyecto** | **K9112 GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR MUNICIPALES** | | **Partida** | **2113 UTILES Y EQUIPOS MENORES DE OFICINA** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | **Estimado** | | | **Lote** | **Cantidad** | **Descripción breve del bien o servicio** | **Costo Unitario** | **Costo Total** | | 1 | 112 | Sistema de energia ininterrumpida (No-break) potencia de 550 VA/330 Watts, salidas (4) NEMA 5-15R (Respaldo de batería), (4) NEMA 5-15R (Protección contra sobretensiones), garantía de 3 años directa del fabricante | $ 1,300.00 | $ 145,600.00 | |  |  |  | **Total** | $ 145,600.00 |   **Detalle** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Cantidad** | **Costo Unitario** | **Costo Total** | | 112 | $ 1,300.00 | $ 145,600.00 | | DESCRIPCIÓN DEL BIEN: Sistema de energia ininterrumpida (No-break) potencia de 550 VA/330 Watts, salidas (4) NEMA 5-15R (Respaldo de batería), (4) NEMA 5-15R (Protección contra sobretensiones), garantía de 3 años directa del fabricante. | | | | Garantía: 3 años | | | | Justificación Técnica: Para protección de los equipos de cómputo contra variaciones bruscas de voltaje. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| **1.-** | **Área de asignación del bien o servicio:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | En las Unidades de Medicina Familiar Municipales | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.- | **Diagnóstico Técnico del área de asignación:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Personal adscrito al área: | | | | | 4 por cada Unidad Médica Familiar Municipal | | | | | | | | | | | |
| Nivel jerárquico: | | | | | Jefe de la Unidad, Enfermera, Técnicos | | | | | | | | | | | |
| Perfil profesional: | | | | | Doctor, Licenciatura, Técnicos. | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.- | **Aplicaciones a utilizar en el bien: Sistemas** Agenda Médica, Expediente Clínico, Farmacia | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Tipo de aplicación: | | | | | LAN, VPN, Cliente servidor. | | | | | | | | | | |
| Requerimiento mínimo: | | | | | El que se indica en la descripción del bien. | | | | | | | | | | |
| 4.- | **En caso que el bien o servicio sea para sustitución, defina el destino del bien o**  **servicio reemplazado, de lo contrario llenar el campo con N/A:** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | N/A | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.- | **Anexar Proyecto Ejecutivo el cual deberá contener (antecedentes, Objetivo del proyecto, Descripción del Proyecto, Alcance, Beneficio y Costo):** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.- | **Anexar copia de documento que avale la suficiencia presupuestal para la realización de la adquisición detallada en este anexo.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.- | **Indique el tiempo aproximado para la realización de su adquisición en días:**  **Menor a 30 menor a 60 menor a 90 menor a 120 menor a 150 menor a 180** | | | | | | | | | | | | | | | |

**NOTA: FAVOR DE LLENAR UN FORMATO POR LOTE;**

**ES REQUISITO ANEXAR EL ARCHIVO ELECTRÓNICO Y ENVIAR EL OFICIO EN SOBRE CERRADO;**

**LA VIGENCIA DEL DICTAMEN TÉCNICO SERÁ DE 6 MESES Y/O AL TERMINO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL;**

A fin de garantizar mayores niveles de calidad en la **adquisición de equipos de cómputo (PC´s)**, se recomienda solicitar al proveedor la siguiente documentación:

* Carta de distribuidor autorizado
* Carta de garantía de equipo
* Carta de centro de servicio autorizado en la ciudad

Para el caso de sistemas de información, los proveedores deberán de entregar el **Copyright a nombre del Gobierno del Estado**, así como los programas fuentes.