

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339444                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                    |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                    |                                                      |                                                                                                | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b>      | BANCO DEL PICHINCHA                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                    |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b> marita_salazar@hmha.gob.ec                                          |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES



**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC         | Descripción                                    | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                  |
|-------------|------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|----------------------------------|
| 36990001117 | *PROTECTOR DE HOJAS DELGADO A-4 X 100 UNIDADES | 25 ( ) | 3,0000      | 0,0000    | 75,0000    | 12,0000      | 84,0000  | 90000000030005308041314001000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>MARCA:</b> FENIX OFFICE<br>SUPPLIES<br>- ANCHO: 23 CM<br>- MATERIAL: POLIPROPILENO<br>- ALTO: 30 CM<br>- COLOR: TRANSPARENTE<br>- ESPESOR: 35 MICRONES<br>- FABRICANTE: Cogecomsa S.A.<br>- MODELO: PROTECTOR DE<br>HOJA DELGADO A4 X 100<br>UNIDADES<br>- NÚMERO DE<br>PERFORACIONES: 11<br>PERFORACIONES CON<br>PROTECTOR<br>- PESO: 500 G<br>- UNIDAD: 1 PAQUETE DE 100<br>UNIDADES |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| <b>Subtotal</b>                             | 75,0000 |
| <b>Impuesto al valor agregado<br/>(12%)</b> | 9,0000  |
| <b>Total</b>                                | 84,0000 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 25      |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 84,0000 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:29:48

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339443                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                                                                                        | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      | zmandrade                                                                                                                                     | <b>Correo electrónico:</b> marita_salazar@hmha.gob.ec                              |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Observación: | LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS:<br>hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com.<br>FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del  
Proceso

Nombre: zmandrade



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE     |                                                                     |         |                |           |               |                 |             |                                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| CPC         | Descripción                                                         | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
| 36990001139 | *RESALTADORES VARIOS<br>COLORES<br>MARCA: CARIOCA<br>- ANCHO: 16 MM | 200 ( ) | 0,4200         | 0,0000    | 84,0000       | 12,0000         | 94,0800     | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- COLOR: CELESTE, AMARILLO, FUCSIA, NARANJA, VERDE</li> <li>- DISEÑO: PUNTA BISELADA PARA TRAZOS DE 2MM A 5MM</li> <li>- FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL</li> <li>- LARGO: 12.9 CM</li> <li>- MATERIAL CUERPO: POLIPROPILENO</li> <li>- MATERIAL FELPA: POLIESTER</li> <li>- MODELO: RESALTADOR VARIOS COLORES</li> <li>- PESO: 15.2 GR</li> <li>- TAPA: PLÁSTICA DE POLIETILENO LINEAL BAJA DENSIDAD</li> <li>- UNIDAD: 1 UNIDAD</li> <li>- MATERIAL TAPA: POLIETILENO</li> </ul> |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <b>Subtotal</b>                         | 84,0000 |
| <b>Impuesto al valor agregado (12%)</b> | 10,0800 |
| <b>Total</b>                            | 94,0800 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 200     |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 94,0800 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:30:01

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339442                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                      |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                             |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                                   |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                             |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358              |
|                                                                    |                                                      |                                                                                                |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                    |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                                  |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com          |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                                             |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                                       |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                         |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                                   |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                             |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                             |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: <a href="mailto:hospmhalcivar@gmail.com">hospmhalcivar@gmail.com</a>; <a href="mailto:mavanessa_mendoza@hotmail.com">mavanessa_mendoza@hotmail.com</a>; <a href="mailto:karenalcivarrisco@gmail.com">karenalcivarrisco@gmail.com</a>. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE     |                                                                        |        |             |           |            |              |          |                                  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|----------------------------------|
| CPC         | Descripción                                                            | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                  |
| 36990001100 | *MARCADOR PERMANENTE NEGRO PUNTA GRUESA MARCA: CARIOCA - LARGO: 129 MM | 20 ( ) | 0,3940      | 0,0000    | 7,8800     | 12,0000      | 8,8256   | 90000000030005308041314001000000 |



|                                         |        |
|-----------------------------------------|--------|
| <b>Subtotal</b>                         | 7,8800 |
| <b>Impuesto al valor agregado (12%)</b> | 0,9456 |
| <b>Total</b>                            | 8,8256 |

  

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| <b>Número de Items</b>   | 20     |
| <b>Flete</b>             | 0,0000 |
| <b>Total de la Orden</b> | 8,8256 |

23/2/2023, 9:30

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                  |       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339441                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                       |       |
| <b>Fecha de aceptación:</b>                       | 23-02-2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                |                                  |       |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | EDIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Razón social:</b>                                                                           | Jurado Villagomez Edison Ancizar |       |
| <b>RUC:</b>                                       | 1710059575001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | edison1jurado@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | edison1jurado@hotmail.com        |       |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 022 550 086 0999 782 710 02 2550 086 02 2524 732 098 751 7911 099 515 5788                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | --                               |       |
| <b>Código de la entidad financiera:</b>           | --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Institución financiera:</b>                                                                 | --                               |       |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                    |       |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 052690009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO             |       |
| <b>Correo electrónico:</b>                        | hospmhalcivar@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec       |       |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                   | SUCRE |
|                                                   | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                  |       |
|                                                   | <b>Calle:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                   | S/N   |
| <b>Intersección:</b>                              | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Edificio:</b>                                  | HOSPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Departamento:</b>                                                                           | DIRECCION                        |       |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 052690009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                  |       |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                  |       |
|                                                   | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                  |       |
| <b>Observación:</b>                               | LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO |                                                                                                |                                  |       |

DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS:  
 hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa\_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|----------------------------------|
| 3212920134 | *ARCHIVADORES TAMANO OFICIO LOMO 4 CMS<br>MARCA: BENE<br>- ANCHO: 28 CM<br>- LARGO: 33 CM<br>- MODELO: Archivador Tamaño Oficio Lomo 4 cms con Rado<br>- FABRICANTE: INDUSTRIAS UNIDAS CIA. LTDA.<br>- CALIBRE DEL CARTÓN: 1.75 MM<br>- COLOR: NEGRO<br>- DIMENSIÓN DEL LOMO: 4 CM | 100 ( ) | 1,3950      | 0.0000    | 139,5000   | 12,0000      | 156,2400 | 90000000030005308041314001000000 |

|                            |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| - MATERIAL: CARTÓN         |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL FONDO EXTERIOR: |  |  |  |  |  |  |  |
| PAPEL 120 G                |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL FONDO INTERIOR: |  |  |  |  |  |  |  |
| PAPEL 90 G                 |  |  |  |  |  |  |  |
| - MECANISMO Y PRESOR:      |  |  |  |  |  |  |  |
| METÁLICO RESISTENTE A LA   |  |  |  |  |  |  |  |
| CORROSIÓN                  |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 340 G              |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD         |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| Subtotal                         | 139,5000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 16,7400  |
| Total                            | 156,2400 |

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Número de Items   | 100      |
| Flete             | 0,0000   |
| Total de la Orden | 156,2400 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:30:33

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339440                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>DATOS DEL PROVEEDOR</b>                                         |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                    |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                    |                                                      | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                                    |                                              |                                                    |
| <b>DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE</b>                             |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b> marita_salazar@hmha.gob.ec                                          |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Validado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Validado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Validado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC       | Descripción                                                                                | Cant  | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|----------------------------------|
| 326000955 | *PIZARRA LIQUIDA PEDESTAL 200 CM X 120 CM<br>MARCA: COGECOMSA<br>- MODELO: PIZARRA LÍQUIDA | 3 ( ) | 113,0000    | 0,0000    | 339,0000   | 12,0000      | 379,6800 | 90000000030005308041314001000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| PEDESTAL 200 CM X 120 CM<br>- PORTATIZA: 50X8 CM<br>- LARGO: 200 CM<br>- MATERIAL LÁMINA: BLANCA<br>PORCELANIZADO TIPO FÓRMICA<br>- MATERIAL MARCOS:<br>ALUMINIO PLATEADO<br>- ALTO PEDESTAL: 1.92 METROS<br>- ANCHO: 120 CM<br>- BASE HORIZONTAL PEDESTAL:<br>55 CM<br>- BASES PEDESTAL: 2 BASES DE<br>HIERRO<br>- COLOR: BLANCO<br>- COLOR CARÁCTERISTICO DEL<br>PEDESTAL: BLANCO<br>- ESTRUCTURA PEDESTAL:<br>HIERRO DE TUBO CUADRADO DE<br>1.1/4 X 1<br>- FABRICANTE: Cogecomsa S.A.<br>- GARRUCHAS PEDESTAL: 4<br>GARRUCHAS DE PLÁSTICO<br>- MATERIAL: MADERA DE TIPO<br>AGLOMERADO DE 9 LÍNEAS<br>- MATERIAL ATRAPAPAPEL:<br>PERFIL DE ALUMINIO<br>- MATERIAL TORNILLOS: 18<br>TORNILLOS METÁLICOS<br>- PIZARRA EMPOTRADA: EN EL<br>PEDESTAL<br>- PORTATIZAS PEDESTAL:<br>ALUMINIO PLATEADO<br>- UNIDAD: 1 UNIDAD |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Subtotal                            | 339,0000 |
| Impuesto al valor agregado<br>(12%) | 40,6800  |
| Total                               | 379,6800 |

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Número de Items   | 3        |
| Flete             | 0,0000   |
| Total de la Orden | 379,6800 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:31:14

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339439                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b>      | BANCO DEL PICHINCHA                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |



| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339438                              | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                       |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>DATOS DEL PROVEEDOR</b>                                            |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     | cogecomsa@cogecomsa.ec                         | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                      | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                |                                                                                                | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b>      | BANCO DEL PICHINCHA                                |
| <b>DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE</b>                                |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                     | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                     | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                | zmandrade                                                                                      |                                              |                                                    |
|                                                                       |                                                | <b>Correo electrónico:</b> marita_salazar@hmha.gob.ec                                          |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                              | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                           | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                               | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                               | 052690009                                                                                      |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>     | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRÍGUEZ PAREDES



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                  |
|------------|------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|----------------------------------|
| 3692000127 | *CINTA DE EMBALAJE<br>TRANSPARENTE 2 PULGADAS X<br>40 YDAS | 180 ( ) | 0,3700         | 0,0000    | 66,6000       | 12,0000         | 74,5920     | 90000000030005308041314001000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| MARCA: FENIX OFFICE<br>SUPPLIES<br>- COLOR: TRANSPARENTE<br>- DIÁMETRO: MEDIDA 48 MM X<br>40 YD DIÁMETRO 9.5 CM<br>- ELONGACIÓN: MÉTODO DE<br>PRUEBA ESTÁNDAR ACTIVO<br>- ESPESOR DEL ADHESIVO: 15<br>MICRAS<br>- ESPESOR TOTAL: 38 MICRAS<br>- FABRICANTE: Cogecomsa S.A.<br>- MATERIAL ADHESIVO:<br>EMULSIÓN ACRÍLICA A BASE DE<br>AGUA DE PRESIÓN SENSIBLE<br>- MATERIAL RESPALDO:<br>POLIPROPILENO BIORIENTADO<br>- MODELO: CINTA DE EMBALAJE<br>TRANSPARENTE 2?X40 YD<br>- PESO: 90 G<br>- UNIDAD: 1 UNIDAD |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| Subtotal                            | 66,6000 |
| Impuesto al valor agregado<br>(12%) | 7,9920  |
| Total                               | 74,5920 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 180     |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 74,5920 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:31:52

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339437                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                    |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                    |                                                      |                                                                                                | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b>      | BANCO DEL PICHINCHA                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                    |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade



#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES



#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                           |        |             |           |            |              |          |                                   |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                               | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
| 3699000199 | *MARCADOR PERMANENTE AZUL PUNTA GRUESA<br>MARCA: CARIOCA<br>- FABRICANTE: | 20 ( ) | 0,3980      | 0,0000    | 7,9600     | 12,0000      | 8,9152   | 900000000300053080413140010000000 |

|                              |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| PLASTIUNIVERSAL              |  |  |  |  |  |  |  |
| - CANTIDAD DE TINTA: 4 G     |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR DE LA TINTA: AZUL    |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL FELPA: POLYESTER  |  |  |  |  |  |  |  |
| EN FIBRA                     |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL TAPA: POLIETILENO |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: MARCADOR           |  |  |  |  |  |  |  |
| PERMANENTE AZUL PUNTA        |  |  |  |  |  |  |  |
| GRUESA                       |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 15.2 G               |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD           |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR DEL CUERPO: AZUL     |  |  |  |  |  |  |  |
| - DIÁMETRO DEL CUERPO: 16    |  |  |  |  |  |  |  |
| MM                           |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO: 129 MM              |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL CUERPO Y TAPÓN:   |  |  |  |  |  |  |  |
| POLIPROPILENO                |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL PUNTA: POLYESTER  |  |  |  |  |  |  |  |
| EN FIBRA PUNTA BISELADA      |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Subtotal                         | 7,9600 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 0,9552 |
| Total                            | 8,9152 |

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Número de Items   | 20     |
| Flete             | 0,0000 |
| Total de la Orden | 8,9152 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:32:06

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339436                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                    |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                    |                                                      |                                                                                                | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b>      | BANCO DEL PICHINCHA                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                    |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b> marita_salazar@hmha.gob.ec                                          |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                    |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: <a href="mailto:hospmhalcivar@gmail.com">hospmhalcivar@gmail.com</a>; <a href="mailto:mavanessa_mendoza@hotmail.com">mavanessa_mendoza@hotmail.com</a>; <a href="mailto:karenalcivarrisco@gmail.com">karenalcivarrisco@gmail.com</a>. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Armado electrónicamente por:  
MARIA JANET  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Armado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Armado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                      |        |                |           |               |                 |             |                                   |
|------------|------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                          | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
| 3699000161 | *CARPETAS PLASTICAS DOS ANILLOS TAMAÑO OFICIO LOMO 5 | 20 ( ) | 1,9000         | 0,0000    | 38,0000       | 12,0000         | 42,5600     | 900000000300053080413140010000000 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| MARCA: FENIX OFFICE<br>SUPPLIES<br>- ADICIONAL: MATERIAL<br>TRANSPARENTE ALREDEDOR DE<br>TODA LA CARPETA PARA LA<br>COLOCACIÓN DE CARÁTULAS<br>- ALTO: 33.3 CM<br>- CALIBRE DEL PLÁSTICO: 180<br>MICRAS<br>- CAPACIDAD DEL ANILLO: 300<br>HOJAS<br>- COLOR: VARIOS COLORES<br>- DIMENSIÓN DEL LOMO: 5 CM<br>- DIÁMETRO: 2X38 R, 2X38 D<br>- ESPESOR DEL CARTÓN: 2 MM<br>- ESPESOR DEL PLÁSTICO: 180<br>MICRAS<br>- FABRICANTE: Cogecomsa S.A.<br>- MATERIAL: CARTÓN<br>- MATERIAL CUBIERTA: PLÁSTICO<br>- NÚMERO DE<br>COMPARTIMIENTOS: INCLUYE UN<br>BOLSILLO EXTERIOR/INTERIOR<br>- PESO: 407 G<br>- UNIDAD: 1 UNIDAD<br>- ANCHO: 27.5 CM<br>- ANILLO METÁLICO: 2 ARGOLLAS<br>- MODELO: CARPETA PLÁSTICA<br>DOS ANILLOS PORTA CARÁTULA<br>TAMAÑO OFICIO LOMO 5 CM |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| Subtotal                            | 38,0000 |
| Impuesto al valor agregado<br>(12%) | 4,5600  |
| Total                               | 42,5600 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 20      |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 42,5600 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:32:29

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                                      |                                                                                                |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339434                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b>             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                                      |                                                                                                |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b>                             | 1790732657001           |                          |                                                |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            | LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR                          |                                                                                                |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                         |                         |                          |                                                |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> | 210358                  |                          |                                                |
|                                                   |                                                      |                                                                                                |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> | BANCO DEL PICHINCHA     |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                                      |                                                                                                |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b>                        | 052690009               |                          |                                                |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b>              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                         |                         |                          |                                                |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                   | <b>Parroquia:</b>       | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                                   | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             |                                              | <b>Número:</b>                          | S/N                     | <b>Intersección:</b>     | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                               | <b>Teléfono:</b>        | 052690009                |                                                |
|                                                   |                                                      |                                                                                                |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                         |                         |                          |                                                |
|                                                   | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                         |                         |                          |                                                |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENEERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Almado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Almado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Almado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC       | Descripción                                             | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                    |
|-----------|---------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|------------------------------------|
| 429950018 | *CLIPS MARIPOSA CAJA 25 UNIDADES<br>MARCA: FENIX OFFICE | 80 ( ) | 0,4200         | 0,0000    | 33,6000       | 12,0000         | 37,6320     | 9000000000300053080413140010000000 |

|                           |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                  |  |  |  |  |  |  |  |
| - ANCHO DE CLIP: 40 MM    |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: FRAMECO S.A |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: PLATA            |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO DE CLIP: 30 MM    |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: CUERPO DE     |  |  |  |  |  |  |  |
| ACERO NIQUELADO           |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: CLIP MARIPOSA   |  |  |  |  |  |  |  |
| CAJA DE 25 UNIDADES       |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 70 G              |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 CAJA DE 25    |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIDADES                  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Subtotal                         | 33,6000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 4,0320  |
| Total                            | 37,6320 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 80      |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 37,6320 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:28:50

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339433                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                      |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                             |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                                   |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                             |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358              |
|                                                                    |                                                      |                                                                                                |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                    |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                                  |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com          |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                                             |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                                       |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                         |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                                   |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                             |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                             |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Empleado "electrónicamente" por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Empleado "electrónicamente" por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Empleado "electrónicamente" por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                 | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
|------------|-------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| 3212920144 | *NOTAS ADHESIVAS<br>TAMANO 3X5 PULG.<br>MARCA: FENIX OFFICE | 400 ( ) | 0,5900      | 0,0000    | 236,0000   | 12,0000      | 264,3200 | 900000000300053080413140010000000 |

|                             |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                    |  |  |  |  |  |  |  |
| - ANCHO: 3 PULGADAS         |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: JIANGYIN      |  |  |  |  |  |  |  |
| MERRY INTERNATIONAL TRADE   |  |  |  |  |  |  |  |
| CO.LTD.                     |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO: 5 PULGADAS         |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL ADHESIVO:        |  |  |  |  |  |  |  |
| EMULSIÓN ACRÍLICA A BASE DE |  |  |  |  |  |  |  |
| AGUA                        |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 70 G                |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD          |  |  |  |  |  |  |  |
| - CANTIDAD: 100 HOJAS POR   |  |  |  |  |  |  |  |
| NOTA                        |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: AMARILLO           |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: PAPEL           |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: NOTAS ADHESIVAS   |  |  |  |  |  |  |  |
| GRANDES 3X5" PULGADAS       |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| Subtotal                         | 236,0000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 28,3200  |
| Total                            | 264,3200 |

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Número de Items   | 400      |
| Flete             | 0,0000   |
| Total de la Orden | 264,3200 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:33:31

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339432                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |



|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLE, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Entidad «electrónica» por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Entidad «electrónica» por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Entidad «electrónica» por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                                    | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| 3891100178 | *ESFEROGRAFICO ROJO PUNTA<br>MEDIA<br>MARCA: BIC<br>- FABRICANTE: BIC AMAZONIA | 500 ( ) | 0,1600         | 0,0000    | 80,0000       | 12,0000         | 89,6000     | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| S.A.<br>- LARGO: 14.5 cm<br>- MATERIAL DEL CUERPO: Plástico<br>- TIPO DE TAPA: Antiasfixia<br>- COLOR DEL CUERPO: COLOR BLANCO<br>- DIÁMETRO DEL CUERPO: 8 mm<br>- TIPO DE TINTA: Líquida<br>- DIÁMETRO DE LA PUNTA: 1 mm<br>- MATERIAL: Libre de metales pesados<br>- COLOR DE LA TINTA: Roja<br>- MODELO: Esferográfico punta media roja<br>- ROTULADO O ETIQUETADO: Deberá cumplir con lo establecido en el Reglamento RTE-275.<br>- PRESENTACIÓN: 1 unidad<br>- REQUISITOS ESPECÍFICOS: Acorde lo establecido en el Reglamento Técnico Ecuatoriano RTE-INEN-275 de "Bolígrafos. Portaminas y minas de grafito" vigente.<br>- RENDIMIENTO: Al menos 1800 m de escritura continua<br>- MATERIAL DE LA PUNTA: Metálica |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Subtotal                         | 80,0000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 9,6000  |
| Total                            | 89,6000 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 500     |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 89,6000 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:33:46

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339431                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS:</p> <p>hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com.</p> <p>FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETE  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                 |             |             |           |            |              |            |                                   |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|------------|--------------|------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                     | Cant        | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total   | Partida Presup.                   |
| 3891100174 | *ESFEROGRAFICO AZUL<br>PUNTA MEDIA<br>MARCA: BIC<br>- TIPO DE TAPA: Antiasfixia | 6000<br>( ) | 0,1598      | 0,0000    | 958,8000   | 12,0000      | 1.073,8560 | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- FABRICANTE: BIC AMAZONIA S.A.</li> <li>- RENDIMIENTO: Al menos 1800 m de escritura continua</li> <li>- ROTULADO O ETIQUETADO: Deberá cumplir con lo establecido en el Reglamento RTE-275.</li> <li>- MATERIAL: Libre de metales pesados</li> <li>- MATERIAL DE LA PUNTA: Metálica</li> <li>- MODELO: Esferográfico punta media azul</li> <li>- COLOR DE LA TINTA: Azul</li> <li>- PRESENTACIÓN: 1 unidad</li> <li>- LARGO: 14,5 cm</li> <li>- MATERIAL CUERPO: Plástico</li> <li>- COLOR DEL CUERPO: COLOR BLANCO</li> <li>- DIÁMETRO DEL CUERPO: 8 mm</li> <li>- DIÁMETRO DE LA PUNTA: 1 mm</li> <li>- REQUISITOS ESPECÍFICOS: Acorde lo establecido en el Reglamento Técnico Ecuatoriano RTE-INEN-275 de "Bolígrafos. Portaminas y minas de grafito" vigente.</li> <li>- TIPO DE TINTA: Líquida</li> </ul> |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                         |            |
|-----------------------------------------|------------|
| <b>Subtotal</b>                         | 958,8000   |
| <b>Impuesto al valor agregado (12%)</b> | 115,0560   |
| <b>Total</b>                            | 1.073,8560 |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>Número de Items</b>   | 6000       |
| <b>Flete</b>             | 0,0000     |
| <b>Total de la Orden</b> | 1.073,8560 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:34:01

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339430                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                      |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                             |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                                   |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            | LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR                          |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                             |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358              |
|                                                   |                                                      |                                                                                                |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                                  |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com          |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                                             |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                                       |
|                                                   | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                             |
|                                                   | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                         |
|                                                   | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                             |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                                   |
|                                                   | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                             |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                             |
|                                                   | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                             |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                       |         |             |           |            |              |          |                                   |
|------------|-------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                           | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
| 4299500112 | *CLIPS STANDAR 32 MM METALICOS<br>MARCA: FENIX OFFICE | 200 ( ) | 0.1800      | 0.0000    | 36,0000    | 12,0000      | 40,3200  | 900000000300053080413140010000000 |

|                           |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                  |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: FRAMECO S.A |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: PLATA            |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: CUERPO DE     |  |  |  |  |  |  |  |
| ACERO NIQUELADO           |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: CLIP STANDARD   |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 MM METÁLICO            |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 40 G              |  |  |  |  |  |  |  |
| - TAMAÑO: 32 MM           |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 CAJA DE 100   |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIDADES                  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Subtotal                         | 36,0000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 4,3200  |
| Total                            | 40,3200 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 200     |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 40,3200 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:34:17



| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339429                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                                                                                        | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b>      | BANCO DEL PICHINCHA                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | zmandrade                                                                          |                                              |                                                    |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b> marita_salazar@hmha.gob.ec                              |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Atestado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Atestado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Atestado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                           | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
|------------|-------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| 4299500113 | *CLIPS STANDAR 43 MM METALICOS<br>MARCA: FENIX OFFICE | 30 ( ) | 0,4500         | 0,0000    | 13,5000       | 12,0000         | 15,1200     | 900000000300053080413140010000000 |

|                           |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                  |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: FRAMECO S.A |  |  |  |  |  |  |  |
| - TAMAÑO: 43 MM           |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 CAJA DE 100   |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIDADES                  |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: PLATA            |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: CUERPO DE     |  |  |  |  |  |  |  |
| ACERO NIQUELADO           |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: CLIP STANDARD   |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 MM METÁLICOS           |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 90 G              |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Subtotal                         | 13,5000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 1,6200  |
| Total                            | 15,1200 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 30      |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 15,1200 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:34:32

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339428                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                      |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>DATOS DEL PROVEEDOR</b>                                         |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                                   |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                             |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358              |
|                                                                    |                                                      |                                                                                                |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA |
| <b>DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE</b>                             |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                                  |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com          |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                                             |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                                       |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                         |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                                   |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                             |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                             |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                           | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
|------------|-------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| 3699000188 | *GRAPADORA NORMAL METALICA GRANDE MARCA: FENIX OFFICE | 20 ( ) | 2,9500      | 0,0000    | 59,0000    | 12,0000      | 66,0800  | 900000000300053080413140010000000 |

|                             |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                    |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: DONGGUAN      |  |  |  |  |  |  |  |
| ALLWIN STATIONERY CO.LTD    |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: GRAPADORA         |  |  |  |  |  |  |  |
| NORMAL METÁLICA GRANDE      |  |  |  |  |  |  |  |
| - PROFUNDIDAD DE GARGANTA:  |  |  |  |  |  |  |  |
| PARA TIPO DE GRAPA ESTÁNDAR |  |  |  |  |  |  |  |
| 26/6                        |  |  |  |  |  |  |  |
| - ALTO: 6.2 CM              |  |  |  |  |  |  |  |
| - ANCHO: 4 CM               |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: NEGRO              |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO: 19 CM              |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL BASE:            |  |  |  |  |  |  |  |
| ANTIDESLIZANTE              |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL PARTE SUPERIOR:  |  |  |  |  |  |  |  |
| METAL Y PLÁSTICO            |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 305 G               |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD          |  |  |  |  |  |  |  |

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| Subtotal                            | 59,0000 |
| Impuesto al valor agregado<br>(12%) | 7,0800  |
| Total                               | 66,0800 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 20      |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 66,0800 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:34:47

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                           |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                            | CE-20230002339427                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                      |
| <b>Estado de la orden:</b>                                         | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                             |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Nombre comercial:</b>                                           | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                                   |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                  | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                             |
| <b>Teléfono:</b>                                                   | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                             | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358              |
|                                                                    |                                                      |                                                                                                |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                    |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Entidad contratante:</b>                                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                                  |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com          |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                   | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                                             |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                       | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                                       |
|                                                                    | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                         |
|                                                                    | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                                   |
|                                                                    | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                             |
| <b>Datos de entrega:</b>                                           | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                             |
|                                                                    | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                             |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Ordenado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Ordenado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Ordenado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                 | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                    |
|------------|-------------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|------------------------------------|
| 4299500129 | *SACAPUNTAS PEQUENO METALICO I SERVICIO MARCA: FENIX OFFICE | 22 ( ) | 0,1180         | 0,0000    | 2,5960        | 12,0000         | 2,9075      | 9000000000300053080413140010000000 |



|                                           |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| - ALTO: 0.9 CM                            |  |  |  |  |  |  |  |
| - ANCHO: 1.4 CM                           |  |  |  |  |  |  |  |
| - CAPACIDAD: LÁPICES HASTA DE 7 MM        |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: PLATA                            |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: NINGBO                      |  |  |  |  |  |  |  |
| WELLCOME TRADING CO. LTD.                 |  |  |  |  |  |  |  |
| - FORMA: RECTANGULAR                      |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO: 2.5 CM                           |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: METAL                         |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: SACAPUNTAS                      |  |  |  |  |  |  |  |
| PEQUEÑO METÁLICO 1 SERVICIO               |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 3 G                               |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD                        |  |  |  |  |  |  |  |
| - USO: GRAN AFILADO DE LÁPICES DE GRAFITO |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Subtotal                         | 2,5960 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 0,3115 |
| Total                            | 2,9075 |

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Número de Items   | 22     |
| Flete             | 0,0000 |
| Total de la Orden | 2,9075 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:35:02

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339426                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES



OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES



OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC         | Descripción                                                                             | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| 36990001130 | *TIJERA GRANDE DE 8 PULG.<br>MARCA: FENIX OFFICE<br>SUPPLIES<br>- MATERIAL HOJAS: ACERO | 20 ( ) | 0,7900      | 0,0000    | 15,8000    | 12,0000      | 17,6960  | 900000000300053080413140010000000 |

|                         |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| INOXIDABLE              |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL MANGO:       |  |  |  |  |  |  |  |
| POLIPROPILENO           |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 60 G            |  |  |  |  |  |  |  |
| - TAMAÑO: 8 PULGADAS    |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: VARIOS COLORES |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: YANGJIANG |  |  |  |  |  |  |  |
| BONLY INDUSTRIES LTD    |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: TIJERA GRANDE |  |  |  |  |  |  |  |
| DE 8"                   |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD      |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Subtotal                         | 15,8000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 1,8960  |
| Total                            | 17,6960 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 20      |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 17,6960 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:35:19

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339425                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Atestado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Atestado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Atestado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                                    | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| 3212920151 | *SOBRE MANILA F5<br>MARCA: FENIX OFFICE<br>SUPPLIES<br>- MODELO: MANILA F5 CON | 500 ( ) | 0,0880         | 0,0000    | 44,0000       | 12,0000         | 49,2800     | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| FILM AUTOADHESIVO<br>- UNIDAD: 1 UNIDAD<br>- ANCHO: 42 CM<br>- COLOR: AMARILLO<br>- FABRICANTE: Cogecomsa S.A.<br>- GRAMAJE: 75 G/M2<br>- MATERIAL: PAPEL MANILA<br>- PESO: 17 G<br>- LARGO: 27.2 CM<br>- SOLAPA: TROQUELADO, CON<br>FILM AUTOADHESIVO |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| <b>Subtotal</b>                             | 44,0000 |
| <b>Impuesto al valor agregado<br/>(12%)</b> | 5,2800  |
| <b>Total</b>                                | 49,2800 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 500     |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 49,2800 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:35:31

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339424                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b>             | 23-02-2023              |                                                |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |
| <b>DATOS DEL PROVEEDOR</b>                                            |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b>                             | 1790732657001           |                                                |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                         |                         |                                                |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                         |                         |                                                |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> | 210358                  |                                                |
|                                                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> | BANCO DEL PICHINCHA     |                                                |
| <b>DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE</b>                                |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b>                        | 052690009               |                                                |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b>              | hospmhalcivar@gmail.com |                                                |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               |                                                                                    | <b>Correo electrónico:</b>                   |                                         |                         |                                                |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               |                                                                                    | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                         |                         |                                                |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                   | <b>Parroquia:</b>       | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                       |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                     | <b>Intersección:</b>    | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                               | <b>Teléfono:</b>        | 052690009                                      |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                         |                         |                                                |



|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                           | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|----------------------------------|
| 3212920150 | *SOBRE MANILA F4<br>MARCA: FENIX OFFICE<br>SUPPLIES<br>- ANCHO: 39 CM | 500 ( ) | 0,0590         | 0,0000    | 29,5000       | 12,0000         | 33,0400     | 90000000030005308041314001000000 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 500     |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 33,0400 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:35:46

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339423                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado "electrónicamente por":  
MARIA JANETE  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Firmado "electrónicamente por":  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Firmado "electrónicamente por":  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE   |                                                      |        |             |           |            |              |          |                                   |
|-----------|------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| CPC       | Descripción                                          | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
| 326000934 | *TINTA CORRECTORA TIPO ESFERO<br>MARCA: FENIX OFFICE | 50 ( ) | 0,8333      | 0,0000    | 41,6650    | 12,0000      | 46,6648  | 900000000300053080413140010000000 |

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                        |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR DEL CUERPO: BLANCO      |  |  |  |  |  |  |  |
| - ENVASE: CUERPO ERGONÓMICO     |  |  |  |  |  |  |  |
| DE MATERIAL PLÁSTICO CON        |  |  |  |  |  |  |  |
| VÁLVULA DOSIFICADORA            |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL TINTA: TINTA         |  |  |  |  |  |  |  |
| CORRECTORA COLOR BLANCO         |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: TINTA CORRECTORA      |  |  |  |  |  |  |  |
| TIPO ESFERO                     |  |  |  |  |  |  |  |
| - TAPA: TAPA CON CLIP DE CIERRE |  |  |  |  |  |  |  |
| PERFECTO                        |  |  |  |  |  |  |  |
| - TIPO DE PUNTA: PROVISTA DE    |  |  |  |  |  |  |  |
| UNA BOLILLA MEZCLADORA          |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD              |  |  |  |  |  |  |  |
| - CONTENIDO NETO: 7 ML          |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: JIANGSU           |  |  |  |  |  |  |  |
| DEHUANG STATIONERY CO.LTD.      |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO: 13 CM                  |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL ENVASE: PLÁSTICO     |  |  |  |  |  |  |  |

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| Subtotal                            | 41,6650 |
| Impuesto al valor agregado<br>(12%) | 4,9998  |
| Total                               | 46,6648 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 50      |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 46,6648 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:36:00

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339422                              | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                       |                                                                                                |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                      | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                |                                                                                                |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                     | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                     | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                                     |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                              | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                           | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                               | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                               | 052690009                                                                                      |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>     | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC         | Descripción                                                        | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                    |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|------------------------------------|
| 36990001105 | *MASKING DE 2 PULG. X 40<br>YARDAS MULTIUSO<br>MARCA: FENIX OFFICE | 80 ( ) | 1,0500         | 0,0000    | 84,0000       | 12,0000         | 94,0800     | 9000000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES<br>- ADHESIÓN AL ACERO: 400 G/CM<br>- ANCHO: 2 PULGADAS<br>- COLOR: CREMA<br>- EXTENSIÓN: 40 YARDAS<br>- FABRICANTE: Cogecomsa S.A.<br>- MATERIAL ADHESIVO: HULE NATURAL - RESINA<br>- MATERIAL SUSTRATO: PAPEL CREPÉ<br>- PEGAJOSIDAD: 5<br>- PESO: 146 G<br>- UNIDAD: 1 UNIDAD<br>- MODELO: MASKING DE 2" X 40 YARDAS MULTIUSO |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <b>Subtotal</b>                         | 84,0000 |
| <b>Impuesto al valor agregado (12%)</b> | 10,0800 |
| <b>Total</b>                            | 94,0800 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 80      |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 94,0800 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:36:20



| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339421                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: <a href="mailto:hospmhalcivar@gmail.com">hospmhalcivar@gmail.com</a>; <a href="mailto:mavanessa_mendoza@hotmail.com">mavanessa_mendoza@hotmail.com</a>; <a href="mailto:karenalcivarrisco@gmail.com">karenalcivarrisco@gmail.com</a>. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC       | Descripción                                                            | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| 389110736 | *LAPIZ HB CON GOMA CAJA 12 UNIDADES<br>MARCA: CARIOCA<br>- FABRICANTE: | 100 ( ) | 1,6400      | 0,0000    | 164,0000   | 12,0000      | 183,6800 | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| PLASTIUNIVERSAL<br>- COLOR: TURQUESA CON<br>LINEAS AZUL<br>- DIÁMETRO DE LA MINA: 2<br>MM<br>- DIÁMETRO DEL CUERPO: 7<br>MM<br>- FORMA DEL CUERPO:<br>TRIANGULAR<br>- LARGO: 18.98 CM<br>- MATERIAL: RESINA, MADERA<br>Y GRAFITO<br>- MODELO: LÁPIZ HB CON<br>GOMA CAJA 12 UNIDADES<br>- PESO: 90 G<br>- UNIDAD: 1 CAJA DE 12<br>UNIDADES<br>- MINA: TIPO HB |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                             |          |
|---------------------------------------------|----------|
| <b>Subtotal</b>                             | 164,0000 |
| <b>Impuesto al valor agregado<br/>(12%)</b> | 19,6800  |
| <b>Total</b>                                | 183,6800 |

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| <b>Número de Items</b>   | 100      |
| <b>Flete</b>             | 0,0000   |
| <b>Total de la Orden</b> | 183,6800 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:36:42

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339420                                    | <b>Fecha de emisión:</b>                                                                       | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                      |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                                             |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | COGECOMSA S. A.                                      | <b>Razón social:</b>                                                                           | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                                   |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            | LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR                          |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                                       | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                                             |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                            | <b>Número de cuenta:</b>                                                                       | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358              |
|                                                   |                                                      |                                                                                                |                                              | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                                      |                                                                                                |                                              |                                                             |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | <b>RUC:</b>                                                                                    | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                                  |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | <b>Cargo:</b>                                                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com          |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                            | <b>Correo electrónico:</b>                                                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                                             |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                                    | MANABI                                                                                         | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                                       |
|                                                   | <b>Parroquia:</b>                                    | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                                       |                                              |                                                             |
|                                                   | <b>Calle:</b>                                        | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | <b>Número:</b>                               | S/N                                                         |
|                                                   | <b>Intersección:</b>                                 | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                                 |                                              |                                                             |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                                     | HOSPITAL                                                                                       | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                                   |
|                                                   | <b>Teléfono:</b>                                     | 052690009                                                                                      |                                              |                                                             |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>           | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                                             |
|                                                   | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b>       | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                                             |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Armado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Armado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Armado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC         | Descripción                                              | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
|-------------|----------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| 36990001148 | *MARCADOR TIZA LIQUIDA<br>PUNTA GRUESA VARIOS<br>COLORES | 80 ( ) | 0,4850         | 0,0000    | 38,8000       | 12,0000         | 43,4560     | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>MARCA: CARIOCA</b><br>- FABRICANTE:<br>PLASTIUNIVERSAL<br>- DIÁMETRO DEL CUERPO: 16<br>MM<br>- CANTIDAD DE TINTA: 4 G<br>- COLOR: AZUL, ROJO, VERDE Y<br>NEGRO<br>- LARGO: 129 MM<br>- MATERIAL CUERPO Y TAPÓN:<br>POLIPROPILENO<br>- UNIDAD: 1 UNIDAD<br>- TIPO DE PUNTA: BISELADA ES<br>DECIR CORTADA EN ÁNGULO QUE<br>PERMITE DOS TIPOS DE TRAZOS<br>- PESO: 15.2 G<br>- MODELO: PUNTA GRUESA<br>- MATERIAL TAPA: POLIETILENO<br>- MATERIAL FELPA: POLYESTER<br>EN FIBRA<br>- MATERIAL PUNTA: POLYESTER<br>EN FIBRA |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| <b>Subtotal</b>                             | 38,8000 |
| <b>Impuesto al valor agregado<br/>(12%)</b> | 4,6560  |
| <b>Total</b>                                | 43,4560 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 80      |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 43,4560 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:36:57

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                              |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                               | CE-20230002339419                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                                            | Revisada                                                                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                                              | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                                               | COMPañIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | <b>RUC:</b> 1790732657001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b>                     |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                              |                                                    |
| cogecomsa@cogecomsa.ec                                                |                                                                                                                                               | cogecomsa@cogecomsa.ec                                                             |                                              |                                                    |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 3275716104                                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358     |
|                                                                       |                                                                                                                                               | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA                        |                                              |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                       |                                                                                                                                               |                                                                                    |                                              |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>                      |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                              |                                                    |
| zmandrade                                                             |                                                                                                                                               | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                              |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                          | <b>Provincia:</b>                                                                                                                             | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                               | SUCRE                                              |
|                                                                       | <b>Parroquia:</b>                                                                                                                             | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Calle:</b>                                                                                                                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                               | S/N                                                |
|                                                                       | <b>Intersección:</b>                                                                                                                          | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Edificio:</b>                                                                                                                              | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                         | DIRECCION                                          |
|                                                                       | <b>Teléfono:</b>                                                                                                                              | 052690009                                                                          |                                              |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                                              | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                                    |                                              |                                                    |
|                                                                       | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                    |                                              |                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                        |        |                |           |               |                 |             |                                  |
|------------|--------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                            | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                  |
| 3699000159 | *CARPETAS FOLDER DE CARTULINA MANILA (VINCHA INCLUIDA) | 80 ( ) | 0,1150         | 0,0000    | 9,2000        | 12,0000         | 10,3040     | 90000000030005308041314001000000 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>MARCA:</b> FENIX OFFICE<br><b>SUPPLIES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ANCHO: 23.6 CM</li><li>- COLOR: CREMA</li><li>- INCLUYE: VINCHA METÁLICA</li><li>- MODELO: FOLDER DE CARTULINA MANILA CON VINCHA METÁLICA</li><li>- UNIDAD: 1 UNIDAD</li><li>- ALTO: 33.5 CM</li><li>- GRAMAJE: 145 G/M2</li><li>- MATERIAL: CARTULINA MANILA</li></ul> <b>FABRICANTE:</b> Cogecomsa S.A.<br><b>PESO:</b> 26 G |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <b>Subtotal</b>                         | 9,2000  |
| <b>Impuesto al valor agregado (12%)</b> | 1,1040  |
| <b>Total</b>                            | 10,3040 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 80      |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 10,3040 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:37:13

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                       |                                         |                                                                                                |                                             |                                  |                         |                                                |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                                               | CE-20230002339418                       | Fecha de emisión:                                                                              | 17-02-2023                                  | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                                                |
| Estado de la orden:                                            | Revisada                                |                                                                                                |                                             |                                  |                         |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                            |                                         |                                                                                                |                                             |                                  |                         |                                                |
| Nombre comercial:                                              | COGECOMSA S. A.                         | Razón social:                                                                                  | COMPañA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | RUC:                             | 1790732657001           |                                                |
| Nombre del representante legal: LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR    |                                         |                                                                                                |                                             |                                  |                         |                                                |
| Correo electrónico el representante legal:                     | cogecomsa@cogecomsa.ec                  | Correo electrónico de la empresa:                                                              | cogecomsa@cogecomsa.ec                      |                                  |                         |                                                |
| Teléfono: 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                         |                                                                                                |                                             |                                  |                         |                                                |
| Tipo de cuenta:                                                | Corriente                               | Número de cuenta:                                                                              | 3275716104                                  | Código de la Entidad Financiera: | 210358                  |                                                |
|                                                                |                                         |                                                                                                |                                             | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO DEL PICHINCHA     |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                |                                         |                                                                                                |                                             |                                  |                         |                                                |
| Entidad contratante:                                           | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR              | RUC:                                                                                           | 1360007560001                               | Teléfono:                        | 052690009               |                                                |
| Persona que autoriza:                                          | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES              | Cargo:                                                                                         | GERENTE HOSPITALARIO                        | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:                      | zmandrade                               | Correo electrónico: marita_salazar@hmha.gob.ec                                                 |                                             |                                  |                         |                                                |
| Dirección de entrega:                                          | Provincia:                              | MANABI                                                                                         | Cantón:                                     | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                       |
|                                                                | Calle:                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | Número:                                     | S/N                              | Intersección:           | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                                                | Edificio:                               | HOSPITAL                                                                                       | Departamento:                               | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                                      |
| Datos de entrega:                                              | Horario de recepción de mercadería:     | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                             |                                  |                         |                                                |
|                                                                | Responsable de recepción de mercadería: | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                             |                                  |                         |                                                |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETE  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE   |                                                           |        |             |           |            |              |          |                                    |
|-----------|-----------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|------------------------------------|
| CPC       | Descripción                                               | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                    |
| 451300017 | *CALCULADORA TIPO SUMADORA 12 DIGITOS MARCA: FENIX OFFICE | 20 ( ) | 5,3907      | 0,0000    | 107,8140   | 12,0000      | 120,7517 | 9000000000300053080413140010000000 |

|                             |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                    |  |  |  |  |  |  |  |
| - ANCHO: 10 CM              |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: NEGRO              |  |  |  |  |  |  |  |
| - ESPESOR: 1.7 CM           |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: NINGBO        |  |  |  |  |  |  |  |
| WELLCOME TRADING CO. LTD.   |  |  |  |  |  |  |  |
| - FORMA DE                  |  |  |  |  |  |  |  |
| FUNCIONAMIENTO: SOLAR       |  |  |  |  |  |  |  |
| - INCLUYE: FUNCIONES        |  |  |  |  |  |  |  |
| BÁSICAS MATEMÁTICAS         |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO: 13.8 CM            |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: PLÁSTICO        |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: CALCULADORA       |  |  |  |  |  |  |  |
| TIPO SUMADORA DE 12 DÍGITOS |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 94 G                |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD          |  |  |  |  |  |  |  |
| - TIPO: 12 DÍGITOS          |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| Subtotal                         | 107,8140 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 12,9377  |
| Total                            | 120,7517 |

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Número de Items   | 20       |
| Flete             | 0,0000   |
| Total de la Orden | 120,7517 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:37:26

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339417                                    | Fecha de emisión:                                                                              | 17-02-2023                                   | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | COGECOMSA S. A.                                      | Razón social:                                                                                  | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | RUC:                             | 1790732657001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            | LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR                          |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | Correo electrónico de la empresa:                                                              | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                                            | Número de cuenta:                                                                              | 3275716104                                   | Código de la Entidad Financiera: | 210358                  |                          |                                                |
|                                            |                                                      |                                                                                                |                                              | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO DEL PICHINCHA     |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | RUC:                                                                                           | 1360007560001                                | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | Cargo:                                                                                         | GERENTE HOSPITALARIO                         | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                                            | Correo electrónico:                                                                            | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                                           | MANABI                                                                                         | Cantón:                                      | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                               | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             |                                              | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                                            | HOSPITAL                                                                                       | Departamento:                                | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
|                                            | Datos de entrega:                                    | Horario de recepción de mercadería:                                                            | 08h00 a 16h00                                |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería:              | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                  |                         |                          |                                                |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                   | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total | Partida Presup.                   |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|----------|-----------------------------------|
| 3212920135 | *ARCHIVADORES TAMAÑO OFICIO LOMO 8 CMS<br>MARCA: FENIX OFFICE | 90 ( ) | 1,2000      | 0,0000    | 108,0000   | 12,0000      | 120,9600 | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| - ANCHO: 27.5 CM                                         |  |  |  |  |  |  |  |
| - CALIBRE DEL CARTÓN: 1.75 MM                            |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: Cogecomsa S.A.                             |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL FONDO EXTERIOR: PAPEL DE 115 G                |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL FONDO INTERIOR: PAPEL DE 115 G                |  |  |  |  |  |  |  |
| - MECANISMO Y PRESOR: METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSION |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: TAMAÑO OFICIO, LOMO 8 CMS CON RADO             |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: NEGRO                                           |  |  |  |  |  |  |  |
| - DIMENSIÓN DEL LOMO: 8 CM                               |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO: 33.5 CM                                         |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: CARTÓN                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO: 385 G                                            |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| Subtotal                         | 108,0000 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 12,9600  |
| Total                            | 120,9600 |

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Número de Items   | 90       |
| Flete             | 0,0000   |
| Total de la Orden | 120,9600 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 09:50:24

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339416                                    | Fecha de emisión:                                                                              | 17-02-2023                                   | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                                                |
| Nombre comercial:                          | COGECOMSA S. A.                                      | Razón social:                                                                                  | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | RUC:                             | 1790732657001           |                                                |
| Nombre del representante legal:            | LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR                          |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | Correo electrónico de la empresa:                                                              | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                  |                         |                                                |
| Teléfono:                                  | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                                            | Número de cuenta:                                                                              | 3275716104                                   | Código de la Entidad Financiera: | 210358                  |                                                |
|                                            |                                                      |                                                                                                |                                              | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO DEL PICHINCHA     |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | RUC:                                                                                           | 1360007560001                                | Teléfono:                        | 052690009               |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | Cargo:                                                                                         | GERENTE HOSPITALARIO                         | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                                            | Correo electrónico:                                                                            | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                  |                         |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                                           | MANABI                                                                                         | Cantón:                                      | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                       |
|                                            | Calle:                                               | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             | Número:                                      | S/N                              | Intersección:           | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                                            | HOSPITAL                                                                                       | Departamento:                                | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                                      |
|                                            | Datos de entrega:                                    | Horario de recepción de mercadería:                                                            | 08h00 a 16h00                                |                                  |                         |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería:              | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                  |                         |                                                |



|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETE  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                           | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
|------------|-------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| 4299500126 | *GRAPAS 26/6 CAJA DE 1000<br>U<br>MARCA: FENIX OFFICE | 150 ( ) | 0,1345         | 0,0000    | 20,1750       | 12,0000         | 22,5960     | 900000000300053080413140010000000 |

|                            |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES                   |  |  |  |  |  |  |  |
| - ANCHO DE LA CAJA: 3,5 CM |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: PLATA             |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: ANHUI        |  |  |  |  |  |  |  |
| TIANHUI INDUSTRIAL         |  |  |  |  |  |  |  |
| - LARGO DE CAJA: 5,5 CM    |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: ACERO          |  |  |  |  |  |  |  |
| INOXIDABLE                 |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: GRAPAS 26/6      |  |  |  |  |  |  |  |
| CAJA 1000 U                |  |  |  |  |  |  |  |
| - TAMAÑO: 26/6             |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 CAJA DE 1000   |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIDADES                   |  |  |  |  |  |  |  |
| - PESO DE LA CAJA: 30 G    |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Subtotal                         | 20,1750 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 2,4210  |
| Total                            | 22,5960 |

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Número de Items   | 150     |
| Flete             | 0,0000  |
| Total de la Orden | 22,5960 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:37:57

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339415                                    | Fecha de emisión:                                                                              | 17-02-2023                                   | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                             |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | COGECOMSA S. A.                                      | Razón social:                                                                                  | COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A. | RUC:                             | 1790732657001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            | LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR                          |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | cogecomsa@cogecomsa.ec                               | Correo electrónico de la empresa:                                                              | cogecomsa@cogecomsa.ec                       |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  | 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361 |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                                            | Número de cuenta:                                                                              | 3275716104                                   | Código de la Entidad Financiera: | 210358                  |                          |                                                |
|                                            |                                                      |                                                                                                |                                              | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO DEL PICHINCHA     |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                                      |                                                                                                |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                           | RUC:                                                                                           | 1360007560001                                | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                           | Cargo:                                                                                         | GERENTE HOSPITALARIO                         | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                                            | Correo electrónico:                                                                            | marita_salazar@hmha.gob.ec                   |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                                           | MANABI                                                                                         | Cantón:                                      | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                               | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN             |                                              | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                                            | HOSPITAL                                                                                       | Departamento:                                | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:                  | 08h00 a 16h00                                                                                  |                                              |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería:              | ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                              |                                  |                         |                          |                                                |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: <a href="mailto:hospmhalcivar@gmail.com">hospmhalcivar@gmail.com</a>; <a href="mailto:mavanessa_mendoza@hotmail.com">mavanessa_mendoza@hotmail.com</a>; <a href="mailto:karenalcivarrisco@gmail.com">karenalcivarrisco@gmail.com</a>. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC       | Descripción                                                   | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
|-----------|---------------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| 351400019 | *TINTA PARA ALMOHADILLA Y SELLO AZUL / NEGRA / VIOLETA / ROJA | 25 ( ) | 0,2910         | 0,0000    | 7,2750        | 12,0000         | 8,1480      | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| MARCA: FENIX OFFICE SUPPLIES                   |  |  |  |  |  |  |  |
| - CAPACIDAD: 24 ML                             |  |  |  |  |  |  |  |
| - COLOR: AZUL / NEGRO / VIOLETA/ROJA           |  |  |  |  |  |  |  |
| - FABRICANTE: NINGBO WELLCOME TRADING CO. LTD. |  |  |  |  |  |  |  |
| - MODELO: TINTA PARA ALMOHADILLA               |  |  |  |  |  |  |  |
| - PRESENTACIÓN: FRASCO DISPENSADOR FLEXIBLE    |  |  |  |  |  |  |  |
| - UNIDAD: 1 UNIDAD                             |  |  |  |  |  |  |  |
| - MATERIAL: TINTA EN BASE DE AGUA              |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Subtotal                         | 7,2750 |
| Impuesto al valor agregado (12%) | 0,8730 |
| Total                            | 8,1480 |

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Número de Items   | 25     |
| Flete             | 0,0000 |
| Total de la Orden | 8,1480 |

Fecha de Impresión: jueves, 23 de febrero de 2023, 09:38:18

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                                 |                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                     |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                                                  | CE-20230002339414                                                                                                                             | <b>Fecha de emisión:</b>                                        | 17-02-2023                                                          | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                      |
| <b>Estado de la orden:</b>                                               | Revisada                                                                                                                                      |                                                                 |                                                                     |                                                             |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                      |                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                     |                                                             |
| <b>Nombre comercial:</b>                                                 | COGECOMSA S. A.                                                                                                                               | <b>Razón social:</b>                                            | COMPañA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.                         | <b>RUC:</b> 1790732657001                                   |
| <b>Nombre del representante legal:</b> LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR       |                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                     |                                                             |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> cogecomsa@cogecomsa.ec |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico de la empresa:</b> cogecomsa@cogecomsa.ec |                                                                     |                                                             |
| <b>Teléfono:</b> 0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361    |                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                     |                                                             |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                                   | Corriente                                                                                                                                     | <b>Número de cuenta:</b> 3275716104                             | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210358                      | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DEL PICHINCHA |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                          |                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                     |                                                             |
| <b>Entidad contratante:</b>                                              | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                    | <b>RUC:</b>                                                     | 1360007560001                                                       | <b>Teléfono:</b> 052690009                                  |
| <b>Persona que autoriza:</b>                                             | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                    | <b>Cargo:</b>                                                   | GERENTE HOSPITALARIO                                                | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com          |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b> zmandrade               |                                                                                                                                               | <b>Correo electrónico:</b> marita_salazar@hmha.gob.ec           |                                                                     |                                                             |
| <b>Dirección de entrega:</b>                                             | <b>Provincia:</b> MANABI                                                                                                                      | <b>Cantón:</b> SUCRE                                            | <b>Parroquia:</b> LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                          |                                                             |
|                                                                          | <b>Calle:</b> MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN                                              | <b>Número:</b> S/N                                              | <b>Intersección:</b> TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |                                                             |
|                                                                          | <b>Edificio:</b> HOSPITAL                                                                                                                     | <b>Departamento:</b> DIRECCION                                  | <b>Teléfono:</b> 052690009                                          |                                                             |
|                                                                          |                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                     |                                                             |
| <b>Datos de entrega:</b>                                                 | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                      |                                                                 |                                                                     |                                                             |
|                                                                          | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> ING. MARIUXI SOLORZANO ZAMBRANO, TÉCNICO AFÍN, ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                 |                                                                     |                                                             |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observación:</b> | <p>LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com;mavanessa_mendoza@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: AB. VANESSA MENDOZA GONZÁLEZ 0962072123; ING. KAREN ALCÍVAR RISCO: 0982814302, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC         | Descripción                                                         | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V.<br>Total | Partida Presup.                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|
| 36990001128 | *TABLA PARA APUNTES<br>(APOYAMANOS) PLASTICO<br>MARCA: FENIX OFFICE | 50 ( ) | 1,1000         | 0,0000    | 55,0000       | 12,0000         | 61,6000     | 900000000300053080413140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SUPPLIES<br>- ABERTURA PISA PAPEL: 2,5 CM<br>- ANCHO: 22.5 CM<br>- ANCHO PISA PAPEL: 3 CM<br>- CAPACIDAD: 100 HOJAS<br>- COLOR: NEGRO, VERDE, ROJO, AZUL, AMARILLO<br>- DIÁMETRO DE REMACHES: 0.06 CM<br>- ESPESOR: 2 MM<br>- FABRICANTE: Cogecomsa S.A.<br>- LARGO: 30.7 CM<br>- LARGO REMACHES: 0.07 CM<br>- LARGO PISA PAPEL: 12 CM<br>- MATERIAL: POLYESTIRENO CRISTAL<br>- MATERIAL ANILLO METÁLICO: METAL NIQUELADO<br>- MATERIAL PISA PAPEL: METAL NIQUELADO<br>- MODELO: APOYAMANOS PLÁSTICO<br>- NÚMERO DE REMACHES: 2<br>- PESO: 183 G<br>- PESO MECANISMO MÁS REMACHES: 20 G<br>- UNIDAD: 1 UNIDAD |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <b>Subtotal</b>                         | 55,0000 |
| <b>Impuesto al valor agregado (12%)</b> | 6,6000  |
| <b>Total</b>                            | 61,6000 |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <b>Número de Items</b>   | 50      |
| <b>Flete</b>             | 0,0000  |
| <b>Total de la Orden</b> | 61,6000 |

**Fecha de Impresión:** jueves, 23 de febrero de 2023, 09:38:40



| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                         |                                                                                      |                               |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339372                       | Fecha de emisión:                                                                    | 17-02-2023                    | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                |                                                                                      |                               |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                         |                                                                                      |                               |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | QUIFATEX S.A.                           | Razón social:                                                                        | QUIFATEX S.A.                 | RUC:                             | 1790371506001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            | RPH S.C.C.                              |                                                                                      |                               |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | instituciones.qx@quifatex.com           | Correo electrónico de la empresa:                                                    | instituciones.qx@quifatex.com |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  | 0995070027 023961900                    |                                                                                      |                               |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                               | Número de cuenta:                                                                    | 1723847                       | Código de la Entidad Financiera: | 210356                  |                          |                                                |
|                                            |                                         |                                                                                      |                               | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO DEL PACIFICO      |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                         |                                                                                      |                               |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR              | RUC:                                                                                 | 1360007560001                 | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES              | Cargo:                                                                               | GERENTE HOSPITALARIO          | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                               | Correo electrónico:                                                                  | marita_salazar@hmha.gob.ec    |                                  |                         |                          |                                                |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS         | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                              | juan_villegas@hmha.gob.ec     |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                              | MANABI                                                                               | Cantón:                       | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   |                               | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                               | HOSPITAL                                                                             | Departamento:                 | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:     | 08h00 a 16h00                                                                        |                               |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería: | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                               |                                  |                         |                          |                                                |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|------|
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 25/03/2023 | <b>Cantidad:</b> | 9990 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                  |      |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |            |                  |      |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Plumado "electronicamente" por:  
MARIA JANETE  
SALAZAR CEVALLOS



Plumado "electronicamente" por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Plumado "electronicamente" por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                |           |               |                 |               |                                   |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|-----------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cant        | V.<br>unitario | Descuento | Sub. Total    | Impuesto<br>(%) | V. Total      | Partida Presup.                   |
| 3525015281 | Tiotropio bromuro<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-26 23:59:00<br>- CUM: R03BB04SIH172X0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tiotropio bromuro<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES<br>- FORMA FARMACEUTICA: Sólido para inhalación<br>- CONCENTRACIÓN: 22.5 mcg (equivalente a 18 mcg de tiotropio base)<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SPIRIVA<br>CAPSULAS DURAS CON POLVO PARA INHALACIÓN<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: [001] Inhalatoria<br>- FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS<br>- CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: BROMURO DE TIOTROPIO MONOHIDRATADO (0.0225MG)<br>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 24.913-01-03<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-10-26 14:56:23<br>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA GMBH & CO KG.<br>- ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY<br>- PRECIO ADJUDICADO: 1.048700<br>- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVESE A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C.<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: COMBO CAJA x 1.3 BLISTERS x 10 CÁPSULAS + HANDIHALER<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE | 9990<br>( ) | 1,048700       | 0,000000  | 10.476,513000 | 0,000000        | 10.476,513000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Subtotal                        | 10.476,513000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000      |
| Total                           | 10.476,513000 |

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Número de Items   | 9990          |
| Flete             | 0,000000      |
| Total de la Orden | 10.476,513000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:05:43

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                                |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339371                              | <b>Fecha de emisión:</b>                                                             | 17-02-2023                               | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                                                                    |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                       |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                                |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A.       | <b>Razón social:</b>                                                                 | QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A. | <b>RUC:</b> 1792161886001                                                                                 |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            | BASTIDAS VINUEZA MARIA CARMEN                  |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | nataly.melo@qualiphamlab.com                   | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                             | nataly.melo@qualiphamlab.com             |                                                                                                           |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 2492319 2492870 2495934 2491680 0994018008     |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                      | <b>Número de cuenta:</b>                                                             | 0041246200                               | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210335 <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DE GUAYAQUIL |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                                |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                     | <b>RUC:</b>                                                                          | 1360007560001                            | <b>Teléfono:</b> 052690009                                                                                |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                     | <b>Cargo:</b>                                                                        | GERENTE HOSPITALARIO                     | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com                                                        |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                      | <b>Correo electrónico:</b>                                                           | marita_salazar@hmha.gob.ec               |                                                                                                           |
| <b>Administrador de la orden de compra:</b>       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                | <b>Correo electrónico administrador de la orden de compra:</b>                       | juan_villegas@hmha.gob.ec                |                                                                                                           |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                              | MANABI                                                                               | <b>Cantón:</b>                           | SUCRE                                                                                                     |
|                                                   | <b>Calle:</b>                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   |                                          | <b>Número:</b> S/N                                                                                        |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                               | HOSPITAL                                                                             | <b>Departamento:</b>                     | DIRECCION                                                                                                 |
| <b>Parroquia:</b>                                 | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                       |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| <b>Intersección:</b>                              | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 052690009                                      |                                                                                      |                                          |                                                                                                           |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>     | 08h00 a 16h00                                                                        |                                          |                                                                                                           |
|                                                   | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                          |                                                                                                           |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|------|
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 25/03/2023 | <b>Cantidad:</b> | 2100 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                  |      |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |            |                  |      |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETE  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

Funcionario Encargado del  
Proceso

Nombre: zmandrade

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ  
PAREDES

Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                |           |              |                 |              |                                   |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|-----------|--------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cant        | V.<br>unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto<br>(%) | V. Total     | Partida Presup.                   |
| 3525011307 | Ondansetrón<br>- CUM: A04AA01SOR286X0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI):<br>Ondansetrón<br>- FORMA FARMACEUTICA: Sólido<br>oral<br>- CONCENTRACIÓN: 4 mg<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL<br>MEDICAMENTO: ONDANSETRON 4<br>mg<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral<br>- FORMA FARMACÉUTICA<br>ESPECÍFICA: TABLETA<br>- CONCENTRACION ESPECÍFICA<br>DEL MEDICAMENTO: 4 MG<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 36<br>- CONDICIONES DE<br>ALMACENAMIENTO: NO MAYOR A 30<br>C<br>- NÚMERO DE REGISTRO<br>SANITARIO: 496-MEN-0815<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL<br>REGISTRO SANITARIO: 2015-08-12<br>09:35:28<br>- RAZON SOCIAL DEL<br>FABRICANTE: QUALIPHARM<br>LABORATORIO FARMACEUTICO S.A.<br>- ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR<br>- PRECIO ADJUDICADO: 0.750000<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO<br>REQUIERE<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL<br>MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X<br>10 TABLETAS NO ENVASE<br>HOSPITALARIO<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL<br>REGISTRO SANITARIO: 2025-08-12 | 2100<br>( ) | 0,750000       | 0,000000  | 1.575,000000 | 0,000000        | 1.575,000000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Subtotal                           | 1.575,000000 |
| Impuesto al valor agregado<br>(0%) | 0,000000     |
| Total                              | 1.575,000000 |

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Número de Items   | 2100         |
| Flete             | 0,000000     |
| Total de la Orden | 1.575,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:06:12

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                                |                                                                                      |                                                            |                                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339370                              | <b>Fecha de emisión:</b>                                                             | 17-02-2023                                                 | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023             |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                       |                                                                                      |                                                            |                                                    |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                                |                                                                                      |                                                            |                                                    |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A.       | <b>Razón social:</b>                                                                 | QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A.                   | <b>RUC:</b> 1792161886001                          |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            | BASTIDAS VINUEZA MARIA CARMEN                  |                                                                                      |                                                            |                                                    |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | nataly.melo@qualiphamlab.com                   | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                             | nataly.melo@qualiphamlab.com                               |                                                    |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 2492319 2492870 2495934 2491680 0994018008     |                                                                                      |                                                            |                                                    |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                      | <b>Número de cuenta:</b>                                                             | 0041246200                                                 | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210335     |
|                                                   |                                                |                                                                                      | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO DE GUAYAQUIL |                                                    |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                                |                                                                                      |                                                            |                                                    |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                     | <b>RUC:</b>                                                                          | 1360007560001                                              | <b>Teléfono:</b> 052690009                         |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                     | <b>Cargo:</b>                                                                        | GERENTE HOSPITALARIO                                       | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                      | <b>Correo electrónico:</b>                                                           | marita_salazar@hmha.gob.ec                                 |                                                    |
| <b>Administrador de la orden de compra:</b>       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                | <b>Correo electrónico administrador de la orden de compra:</b>                       | juan_villegas@hmha.gob.ec                                  |                                                    |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                              | MANABI                                                                               | <b>Cantón:</b>                                             | SUCRE                                              |
|                                                   | <b>Calle:</b>                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   | <b>Número:</b>                                             | S/N                                                |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                               | HOSPITAL                                                                             | <b>Departamento:</b>                                       | DIRECCION                                          |
|                                                   | <b>Parroquia:</b>                              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                             |                                                            |                                                    |
|                                                   | <b>Intersección:</b>                           | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                       |                                                            |                                                    |
|                                                   | <b>Teléfono:</b>                               | 052690009                                                                            |                                                            |                                                    |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>     | 08h00 a 16h00                                                                        |                                                            |                                                    |
|                                                   | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                            |                                                    |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |     |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|-----|
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 25/03/2023 | <b>Cantidad:</b> | 500 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                  |     |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcivar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |            |                  |     |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.





Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |             |           |              |              |              |                                   |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto (%) | V. Total     | Partida Presup.                   |
| 3525015271 | Sulfato de zinc<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-07 23:59:00<br>- ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR<br>- CUM: A12CB01LOR320X0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sulfato de zinc<br>- FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral<br>- CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO DE ZINC<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral<br>- FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ORAL<br>- CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5 mg/ml<br>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1269-MEN-1217<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-12-07 15:56:18<br>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A.<br>- PRECIO ADJUDICADO: 2.280000<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Frasco x 20 ml<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES<br>- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: No mayor a 30 °C<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE | 500 ( ) | 2.280000    | 0,000000  | 1.140,000000 | 0,000000     | 1.140,000000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Subtotal                        | 1.140,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000     |
| Total                           | 1.140,000000 |

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Número de Items   | 500          |
| Flete             | 0,000000     |
| Total de la Orden | 1.140,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:06:30

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                                |                                                                                    |                                                                                      |                                                          |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339369                              | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                                                                           | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                   |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                       |                                                                                    |                                                                                      |                                                          |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                                |                                                                                    |                                                                                      |                                                          |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | MEDICAMENTA ECUATORIANA S.A.                   | <b>Razón social:</b>                                                               | MEDICAMENTA ECUATORIANA S.A.                                                         | <b>RUC:</b> 1790775941001                                |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            |                                                |                                                                                    |                                                                                      |                                                          |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> |                                                | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           |                                                                                      |                                                          |
| ventas@medicamenta.com.ec                         |                                                | ventas@medicamenta.com.ec                                                          |                                                                                      |                                                          |
| <b>Teléfono:</b>                                  |                                                |                                                                                    |                                                                                      |                                                          |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                      | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 2056006450                                                                           | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210384           |
|                                                   |                                                |                                                                                    |                                                                                      | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO PRODUBANCO |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                                |                                                                                    |                                                                                      |                                                          |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                     | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001                                                                        | <b>Teléfono:</b> 052690009                               |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                     | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO                                                                 | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com       |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  |                                                | <b>Correo electrónico:</b>                                                         |                                                                                      |                                                          |
| zmandrade                                         |                                                | marita_salazar@hmha.gob.ec                                                         |                                                                                      |                                                          |
| <b>Administrador de la orden de compra:</b>       |                                                | <b>Correo electrónico administrador de la orden de compra:</b>                     |                                                                                      |                                                          |
| DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                   |                                                | juan_villegas@hmha.gob.ec                                                          |                                                                                      |                                                          |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                              | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>                                                                       | SUCRE                                                    |
|                                                   | <b>Parroquia:</b>                              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                                                                                      |                                                          |
|                                                   | <b>Calle:</b>                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>                                                                       | S/N                                                      |
|                                                   | <b>Intersección:</b>                           | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                                                                                      |                                                          |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                               | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>                                                                 | DIRECCION                                                |
|                                                   | <b>Teléfono:</b>                               | 052690009                                                                          |                                                                                      |                                                          |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b>     |                                                                                    | 08h00 a 16h00                                                                        |                                                          |
|                                                   | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> |                                                                                    | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                          |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b> 25/03/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Cantidad:</b> 500 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |                      |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado «MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS» por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado «OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES» por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado «OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES» por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |             |           |              |              |              |                                   |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto (%) | V. Total     | Partida Presup.                   |
| 3525011328 | Polietilenglicol (macrogol) en combinaciones<br>- ORIGEN FABRICANTE: MEXICO<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NULYTELY POLVO PARA PREPARAR SOLUCION ORAL<br>- CONCENTRACIÓN: 105.00 G<br>- CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: POLIETILENGLICOL 3350 ..... 105.00g<br>- FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL (GRANULADO)<br>- FORMA FARMACEUTICA ESPECÍFICA: POLVO GRANULAR DE COLOR BLANCO.<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): POLIETILENGLICOL (MACROGOL) EN COMBINACIONES<br>- PRECIO ADJUDICADO: 3.500000<br>- CUM: A06AD65SOG000X0<br>- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES<br>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 24.496-05-02<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-13<br>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EMIFARMA S.A. DE C.V.<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-13<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 4 SOBRES X 109,6 g + INSERTO | 500 ( ) | 3,500000    | 0,000000  | 1.750,000000 | 0,000000     | 1.750,000000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Subtotal                        | 1.750,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000     |
| Total                           | 1.750,000000 |

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Número de Items   | 500          |
| Flete             | 0,000000     |
| Total de la Orden | 1.750,000000 |

**Fecha de Impresión:** viernes, 24 de febrero de 2023, 10:06:48

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                            |                                                                                    |                            |                                                                     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339368                          | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                 | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                              |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                   |                                                                                    |                            |                                                                     |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                            |                                                                                    |                            |                                                                     |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | LETERAGO DEL ECUADOR                       | <b>Razón social:</b>                                                               | LETERAGO DEL ECUADOR S.A   | <b>RUC:</b> 0992262192001                                           |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            | LESZCZ WEINSTOCK DANIEL                    |                                                                                    |                            |                                                                     |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | mchicaiza@leterago.com.ec                  | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           | mchicaiza@leterago.com.ec  |                                                                     |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 022350255 0967742152 0993148387 022350255  |                                                                                    |                            |                                                                     |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                  | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 02005103068                | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210384                      |
|                                                   |                                            |                                                                                    |                            | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO PRODUBANCO            |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                            |                                                                                    |                            |                                                                     |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                 | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001              | <b>Teléfono:</b> 052690009                                          |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                 | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO       | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com                  |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                  | <b>Correo electrónico:</b>                                                         | marita_salazar@hmha.gob.ec |                                                                     |
| <b>Administrador de la orden de compra:</b>       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS            | <b>Correo electrónico administrador de la orden de compra:</b>                     | juan_villegas@hmha.gob.ec  |                                                                     |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                          | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>             | SUCRE                                                               |
|                                                   | <b>Calle:</b>                              | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN |                            | <b>Número:</b> S/N                                                  |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                           | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>       | DIRECCION                                                           |
|                                                   | <b>Parroquia:</b>                          | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                            | <b>Intersección:</b> TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> | 08h00 a 16h00                                                                      |                            |                                                                     |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |   |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|---|
|                                                                     | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                  |   |
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 25/03/2023 | <b>Cantidad:</b> | 8 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                  |   |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |            |                  |   |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade



### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES



### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cant  | V.<br>unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto<br>(%) | V. Total     | Partida Presup.                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|-----------|--------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|
| 3525015262 | Rituximab<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-02-22 23:59:00<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE<br>- CUM: L01XC02LPR097V4<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI):<br>Rituximab<br>- FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral<br>- CONCENTRACIÓN: 10 mg/mL<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TRUXIMA<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA<br>- FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION<br>- CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 10 mg/mL<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 VIAL CON 50 ML (500 MG)+ PROSPECTO<br>- PRECIO ADJUDICADO: 597.975000<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2018-02-22 11:38:18<br>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 123-MBE-0218<br>- ORIGEN FABRICANTE: COREA, REPUBLICA DE<br>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CELLTRION, INC.<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES<br>- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR EN REFRIGERACIÓN (ENTRE 2° C Y 8° C). CONSERVAR EL ENVASE EN EL EMBALAJE EXTERIOR PARA PROTEGERLO DE LA LUZ | 8 ( ) | 597,975000     | 0,000000  | 4.783,800000 | 0.000000        | 4.783.800000 | 900000000300053080913140010000000 |

Subtotal

4.783,800000



|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000     |
| Total                           | 4.783,800000 |

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Número de Items   | 8            |
| Flete             | 0,000000     |
| Total de la Orden | 4.783,800000 |

**Fecha de Impresión:** viernes, 24 de febrero de 2023, 10:07:47

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO          |                                            |                                                                                    |                            |                                                          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                           | CE-20230002339367                          | <b>Fecha de emisión:</b>                                                           | 17-02-2023                 | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                   |
| <b>Estado de la orden:</b>                        | Revisada                                   |                                                                                    |                            |                                                          |
| DATOS DEL PROVEEDOR                               |                                            |                                                                                    |                            |                                                          |
| <b>Nombre comercial:</b>                          | LETERAGO DEL ECUADOR                       | <b>Razón social:</b>                                                               | LETERAGO DEL ECUADOR S.A   | <b>RUC:</b> 0992262192001                                |
| <b>Nombre del representante legal:</b>            | LESZCZ WEINSTOCK DANIEL                    |                                                                                    |                            |                                                          |
| <b>Correo electrónico el representante legal:</b> | mchicaiza@leterago.com.ec                  | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                                           | mchicaiza@leterago.com.ec  |                                                          |
| <b>Teléfono:</b>                                  | 022350255 0967742152 0993148387 022350255  |                                                                                    |                            |                                                          |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                            | Corriente                                  | <b>Número de cuenta:</b>                                                           | 02005103068                | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210384           |
|                                                   |                                            |                                                                                    |                            | <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO PRODUBANCO |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                   |                                            |                                                                                    |                            |                                                          |
| <b>Entidad contratante:</b>                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                 | <b>RUC:</b>                                                                        | 1360007560001              | <b>Teléfono:</b> 052690009                               |
| <b>Persona que autoriza:</b>                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                 | <b>Cargo:</b>                                                                      | GERENTE HOSPITALARIO       | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com       |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>  | zmandrade                                  | <b>Correo electrónico:</b>                                                         | marita_salazar@hmha.gob.ec |                                                          |
| <b>Administrador de la orden de compra:</b>       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS            | <b>Correo electrónico administrador de la orden de compra:</b>                     | juan_villegas@hmha.gob.ec  |                                                          |
| <b>Dirección de entrega:</b>                      | <b>Provincia:</b>                          | MANABI                                                                             | <b>Cantón:</b>             | SUCRE                                                    |
|                                                   | <b>Parroquia:</b>                          | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                           |                            |                                                          |
|                                                   | <b>Calle:</b>                              | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN | <b>Número:</b>             | S/N                                                      |
|                                                   | <b>Intersección:</b>                       | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                     |                            |                                                          |
|                                                   | <b>Edificio:</b>                           | HOSPITAL                                                                           | <b>Departamento:</b>       | DIRECCION                                                |
|                                                   | <b>Teléfono:</b>                           | 052690009                                                                          |                            |                                                          |
| <b>Datos de entrega:</b>                          | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> | 08h00 a 16h00                                                                      |                            |                                                          |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |     |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|-----|
|                                                                     | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                  |     |
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 16/03/2023 | <b>Cantidad:</b> | 200 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                  |     |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |            |                  |     |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Platado electrónicamente por:  
MARIA JANET  
SALAZAR CEVALLOS



Platado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Platado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| Funcionario Encargado del Proceso | Persona que autoriza               | Máxima Autoridad                        |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre: zmandrade                 | Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES | Nombre: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES |

| DETALLE     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |             |           |              |              |              |                                    |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------------------------------|
| CPC         | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto (%) | V. Total     | Partida Presup.                    |
| 35200000842 | Dexametasona + Tobramicina / Suspensión oftálmica / 0.1% + 0.3%<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oftálmica<br>- ORIGEN: EXTRANJERO<br>- REGISTRO SANITARIO: 23.709-1-05-11<br>- CUM: S01CA013610X<br>- NOMBRE GENERICO: Dexametasona + Tobramicina<br>- VIGENCIA CSPM: 2014-06-21<br>- CERTIFICADO SANITARIO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS (CSPM): CSPM-047-2012<br>- PRESENTACIÓN: CAJA X 1 FCO. GOTERO X 5 ml<br>- FORMA: Suspensión oftálmica<br>- CONCENTRACIÓN: 0.1 % + 0.3 %<br>- NOMBRE COMERCIAL: POENTOBRAI PLUS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA<br>- FABRICANTE: LABORATORIOS POEN S.A.C.I.F.I. | 200 ( ) | 5.330000    | 0.000000  | 1.066,000000 | 0.000000     | 1.066,000000 | 9000000000300053080913140010000000 |

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Subtotal                        | 1.066,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000     |
| Total                           | 1.066,000000 |

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Número de Items   | 200          |
| Flete             | 0,000000     |
| Total de la Orden | 1.066,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:09:58

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                                   |                                                                                    |                            |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339366                                 | Fecha de emisión:                                                                  | 17-02-2023                 | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                          |                                                                                    |                            |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                                   |                                                                                    |                            |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | LETERAGO DEL ECUADOR                              | Razón social:                                                                      | LETERAGO DEL ECUADOR S.A   | RUC:                             | 0992262192001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            | LESZCZ WEINSTOCK DANIEL                           |                                                                                    |                            |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | mchicaiza@leterago.com.ec                         | Correo electrónico de la empresa:                                                  | mchicaiza@leterago.com.ec  |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  | 022350255 0967742152 0993148387 022350255         |                                                                                    |                            |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                                         | Número de cuenta:                                                                  | 02005103068                | Código de la Entidad Financiera: | 210384                  |                          |                                                |
|                                            |                                                   |                                                                                    |                            | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO PRODUBANCO        |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                                   |                                                                                    |                            |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                        | RUC:                                                                               | 1360007560001              | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                        | Cargo:                                                                             | GERENTE HOSPITALARIO       | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                                         | Correo electrónico:                                                                | marita_salazar@hmha.gob.ec |                                  |                         |                          |                                                |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                   | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                            | juan_villegas@hmha.gob.ec  |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                                        | MANABI                                                                             | Cantón:                    | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                            | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN |                            | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                                         | HOSPITAL                                                                           | Departamento:              | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería: 08h00 a 16h00 |                                                                                    |                            |                                  |                         |                          |                                                |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |    |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|----|
|                                                                     | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                  |    |
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 16/03/2023 | <b>Cantidad:</b> | 60 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                  |    |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |            |                  |    |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado «electrónicamente» por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado «electrónicamente» por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado «electrónicamente» por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |             |           |            |              |            |                                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|-----------|------------|--------------|------------|-----------------------------------|
| CPC         | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cant   | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total   | Partida Presup.                   |
| 35200000665 | Haloperidol decanoato / Solución inyectable / 50 mg/ml / 1 ml<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular<br>- REGISTRO SANITARIO: 5681-MAN-01-10<br>- CUM: N05AD014120<br>- NOMBRE GENÉRICO: Haloperidol decanoato<br>- NOMBRE COMERCIAL: DEP 50 mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE<br>- VIGENCIA CSPM: 2014-06-21<br>- CERTIFICADO SANITARIO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS (CSPM): CSPM-047-2012<br>- PRESENTACIÓN: CAJA X 1 AMP. X 1 ml<br>- FORMA: Solución inyectable<br>- CONCENTRACIÓN: 50 mg/ml<br>- FABRICANTE: ACROMAX LABORATORIO QUIMICO FARMACEUTICO S.A.<br>- ORIGEN: Ecuador | 60 ( ) | 7,500000    | 0,000000  | 450,000000 | 0,000000     | 450,000000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Subtotal                        | 450,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000   |
| Total                           | 450,000000 |

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Número de Items   | 60         |
| Flete             | 0,000000   |
| Total de la Orden | 450,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:10:11

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| Orden de compra:                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CE-20230002339365               |                                                                                     | Fecha de emisión:                                                                            | 17-02-2023                                     |           |
| Estado de la orden:                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Revisada                        |                                                                                     | Fecha de aceptación:                                                                         | 23-02-2023                                     |           |
| DATOS DEL PROVEEDOR                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
| Nombre comercial:                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Razón social:                   |                                                                                     | LABORATORIOS ACFARMA S.A.                                                                    | RUC: 20347268683                               |           |
| Nombre del representante legal: ARRIOLA UCEDA JORGE SEGUNDO SEGUNDO                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
| Correo electrónico el representante legal:                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | jorgearriola@acfarma.com        |                                                                                     | Correo electrónico de la empresa: jorgearriola@acfarma.com                                   |                                                |           |
| Teléfono: 0988073794 3480881 989246187 6184900                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
| Tipo de cuenta:                                                                                          | Corriente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Número de cuenta:               | 656164                                                                              | Código de la Entidad Financiera:                                                             | 210345                                         |           |
|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     | Nombre de la Entidad Financiera:                                                             | BANCO INTERNACIONAL                            |           |
| Nombres Razón Social del apoderado/representante domiciliado en Ecuador: OSCAR BIENVENIDO MUÑOZ ZAMBRANO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
| Ruc apoderado/representante domiciliado en Ecuador:                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1704406204                      |                                                                                     | Correo electrónico del apoderado/representante domiciliado en Ecuador: lacfarma@lacfarma.com |                                                |           |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
| Entidad contratante:                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR      |                                                                                     | RUC:                                                                                         | 1360007560001                                  |           |
| Persona que autoriza:                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES      |                                                                                     | Cargo:                                                                                       | GERENTE HOSPITALARIO                           |           |
| Nombre funcionario encargado del proceso:                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | zmandrade                       |                                                                                     | Correo electrónico:                                                                          | marita_salazar@hmha.gob.ec                     |           |
| Administrador de la orden de compra:                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS |                                                                                     | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                                      | juan_villegas@hmha.gob.ec                      |           |
| Dirección de entrega:                                                                                    | Provincia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 | MANABI                                                                              |                                                                                              | Cantón:                                        | SUCRE     |
|                                                                                                          | Calle:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN  |                                                                                              | Número:                                        | S/N       |
|                                                                                                          | Edificio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 | HOSPITAL                                                                            |                                                                                              | Departamento:                                  | DIRECCION |
|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     | Parroquia:                                                                                   | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                       |           |
|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     | Intersección:                                                                                | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |           |
|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     | Teléfono:                                                                                    | 052690009                                      |           |
| Datos de entrega:                                                                                        | Horario de recepción de mercadería:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 | 08h00 a 16h00                                                                       |                                                                                              |                                                |           |
|                                                                                                          | Responsable de recepción de mercadería:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 | BQF BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                                                              |                                                |           |
| Tipo de entrega requerido:                                                                               | Fecha máxima de entrega:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 | 25/03/2023                                                                          |                                                                                              | Cantidad:                                      | 500       |
| Entrega Definitiva (Total)                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
| Nota:                                                                                                    | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                     |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |
| Observación:                                                                                             | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta |                                 |                                                                                     |                                                                                              |                                                |           |



de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afin. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afin para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ  
PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total   | Partida Presup.                  |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|------------|--------------|------------|----------------------------------|
| 3525011132 | Clotrimazol<br>- CUM: G01AF02SVG339X0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clotrimazol<br>- FORMA FARMACEUTICA: Sólido vaginal<br>- CONCENTRACIÓN: 500 mg<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLOZOL 500mg<br>TABLETA VAGINAL<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Vaginal<br>- FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA VAGINAL<br>- CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: 500 MG<br>- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C<br>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2104-MEE-0516<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-12 14:14:59<br>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A.<br>- ORIGEN FABRICANTE: PERU<br>- PRECIO ADJUDICADO: 0.248000<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN X 100 TABLETAS VAGINALES + INSERTO<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-12 23:59:00 | 500 ( ) | 0.248000    | 0.000000  | 124.000000 | 0.000000     | 124.000000 | 90000000030005308091314001000000 |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Subtotal                        | 124,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000   |
| Total                           | 124,000000 |

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Número de Items   | 500        |
| Flete             | 0,000000   |
| Total de la Orden | 124,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:10:33

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339364                       | Fecha de emisión:                                                                    | 17-02-2023                       | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | HOSPIMEDIKKA CIA. LTDA.                 | Razón social:                                                                        | HOSPIMEDIKKA CIA. LTDA.          | RUC:                             | 1790750892001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | compraspublicas@hospimedikka.com        | Correo electrónico de la empresa:                                                    | compraspublicas@hospimedikka.com |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | --                                      | Número de cuenta:                                                                    | --                               | Código de la entidad financiera: | --                      |                          |                                                |
| Institución financiera: --                 |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR              | RUC:                                                                                 | 1360007560001                    | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES              | Cargo:                                                                               | GERENTE HOSPITALARIO             | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                               | Correo electrónico:                                                                  | marita_salazar@hmha.gob.ec       |                                  |                         |                          |                                                |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS         | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                              | juan_villegas@hmha.gob.ec        |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                              | MANABI                                                                               | Cantón:                          | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE                   |                                  | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                               | HOSPITAL                                                                             | Departamento:                    | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:     | 08h00 a 16h00                                                                        |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería: | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de entrega requerido:                 | Fecha máxima de entrega:                |                                                                                      | 25/03/2023                       | Cantidad:                        | 50                      |                          |                                                |
| Entrega Definitiva (Total)                 |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nota:</b>        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Observación:</b> | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afin. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afin para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ  
PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                       |        |                |           |               |                 |            |                                   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|---------------|-----------------|------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                           | Cant   | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V. Total   | Partida Presup.                   |
| 3525011262 | Lidocaina<br>- PRECIO ADJUDICADO: 6.581800<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE<br>- ORIGEN FABRICANTE: COLOMBIA | 50 ( ) | 6,581800       | 0.000000  | 329.090000    | 0.000000        | 329.090000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                       |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| - FORMA FARMACEUTICA: LIQUIDO         |  |  |  |  |
| CUTANEO                               |  |  |  |  |
| - CONCENTRACIÓN: 10%                  |  |  |  |  |
| - CUM: D04AB01LCT08SX0                |  |  |  |  |
| - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO:   |  |  |  |  |
| ROXICAINA ATOMIZADOR                  |  |  |  |  |
| - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL          |  |  |  |  |
| MEDICAMENTO: CAJA FRASCO POR 80 g     |  |  |  |  |
| - CONCENTRACION ESPECIFICA DEL        |  |  |  |  |
| MEDICAMENTO: LIDOCAINA BASE 10 %      |  |  |  |  |
| - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:      |  |  |  |  |
| CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 |  |  |  |  |
| GRADOS C                              |  |  |  |  |
| - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Tópica       |  |  |  |  |
| - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE:        |  |  |  |  |
| ROP SOHN LABORATORIOS S.A.S.          |  |  |  |  |
| - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO:       |  |  |  |  |
| 21.008-1-06-04                        |  |  |  |  |
| - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO       |  |  |  |  |
| SANITARIO: 2004-06-21                 |  |  |  |  |
| - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES      |  |  |  |  |
| - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): LIDOCAINA   |  |  |  |  |
| - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA:      |  |  |  |  |
| SOLUCION TRANSPARENTE LIGERAMENTE     |  |  |  |  |
| AZULADA CON OLOR A MENTOL             |  |  |  |  |
| - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO      |  |  |  |  |
| SANITARIO: 2024-06-21                 |  |  |  |  |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Subtotal                        | 329,090000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000   |
| Total                           | 329,090000 |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>Número de Items</b>   | 50         |
| <b>Flete</b>             | 0,000000   |
| <b>Total de la Orden</b> | 329,090000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:10:47

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339363                       | Fecha de emisión:                                                                    | 17-02-2023                       | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | HOSPIMEDIKKA CIA. LTDA.                 | Razón social:                                                                        | HOSPIMEDIKKA CIA. LTDA.          | RUC:                             | 1790750892001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | compraspublicas@hospimedikka.com        | Correo electrónico de la empresa:                                                    | compraspublicas@hospimedikka.com |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | --                                      | Número de cuenta:                                                                    | --                               | Código de la entidad financiera: | --                      |                          |                                                |
| Institución financiera: --                 |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR              | RUC:                                                                                 | 1360007560001                    | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES              | Cargo:                                                                               | GERENTE HOSPITALARIO             | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                               | Correo electrónico:                                                                  | marita_salazar@hmha.gob.ec       |                                  |                         |                          |                                                |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS         | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                              | juan_villegas@hmha.gob.ec        |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                              | MANABI                                                                               | Cantón:                          | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   |                                  | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                               | HOSPITAL                                                                             | Departamento:                    | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:     | 08h00 a 16h00                                                                        |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería: | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de entrega requerido:                 |                                         |                                                                                      |                                  |                                  |                         |                          |                                                |
| Entrega Definitiva (Total)                 | Fecha máxima de entrega:                | 25/03/2023                                                                           |                                  | Cantidad:                        | 4000                    |                          |                                                |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nota:</b>        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Observación:</b> | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ  
PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                           |          |                |           |               |                 |           |                                  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-----------|----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                               | Cant     | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V. Total  | Partida Presup.                  |
| 3525011162 | Dimenhidrinato<br>- CUM: N07CA00SOR329X0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dimenhidrinato<br>- FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral | 4000 ( ) | 0.018810       | 0.000000  | 75.240000     | 0.000000        | 75.240000 | 90000000030005308091314001000000 |

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Subtotal                        | 75,240000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000  |
| Total                           | 75,240000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:10:59



| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                         |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339362                       | Fecha de emisión:                                                                    | 17-02-2023                                              | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                         |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | HOSPIMEDIKKA CIA. LTDA.                 | Razón social:                                                                        | HOSPIMEDIKKA CIA. LTDA.                                 | RUC:                             | 1790750892001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            |                                         |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | compraspublicas@hospimedikka.com        | Correo electrónico de la empresa:                                                    | compraspublicas@hospimedikka.com                        |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  |                                         |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | --                                      | Número de cuenta:                                                                    | --                                                      | Código de la entidad financiera: | --                      |                          |                                                |
| Institución financiera: --                 |                                         |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                         |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR              | RUC:                                                                                 | 1360007560001                                           | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES              | Cargo:                                                                               | GERENTE HOSPITALARIO                                    | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                               | Correo electrónico:                                                                  | marita_salazar@hmha.gob.ec                              |                                  |                         |                          |                                                |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS         |                                                                                      | Correo electrónico administrador de la orden de compra: | juan_villegas@hmha.gob.ec        |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                              | MANABI                                                                               | Cantón:                                                 | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   |                                                         | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                               | HOSPITAL                                                                             | Departamento:                                           | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:     | 08h00 a 16h00                                                                        |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería: | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de entrega requerido:                 |                                         |                                                                                      |                                                         |                                  |                         |                          |                                                |
| Entrega Definitiva (Total)                 | Fecha máxima de entrega:                | 25/03/2023                                                                           |                                                         | Cantidad:                        | 744                     |                          |                                                |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nota:</b>        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Observación:</b> | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afin. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afin para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

#### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ  
PAREDES

#### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC        | Descripción                                                                                               | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto<br>(%) | V. Total     | Partida Presup.                   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|--------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|
| 3525011074 | Bupivacaina hiperbárica<br>- CUM: N01BB51LPR053A4<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Bupivacaina<br>hiperbárica | 744 ( ) | 2,530000       | 0,000000  | 1.882,320000 | 0,000000        | 1.882,320000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral</li> <li>- CONCENTRACIÓN: 0.75 %</li> <li>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BUPINEST 0.75% PESADO</li> <li>- FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE</li> <li>- CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 7.50 mg</li> <li>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 03388-MAE-12-04</li> <li>- FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-01 10:38:59</li> <li>- ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA</li> <li>- PRECIO ADJUDICADO: 2.530000</li> <li>- LICENCIA CONSEJ / SETED: NO REQUIERE</li> <li>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ROPSOHN LABORATORIOS S.A.S.</li> <li>- PERIODO DE VIDA UTIL: 36vidrio / 36plástico</li> <li>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Raquídea</li> <li>- FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-01</li> <li>- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a temperatura no mayor a 30° C protegido de la luz</li> <li>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 24 AMPOULEPACK (AMPOLLA PLASTICA) X 4 ML SOLUCION C/U</li> </ul> |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                        |              |
|----------------------------------------|--------------|
| <b>Subtotal</b>                        | 1.882,320000 |
| <b>Impuesto al valor agregado (0%)</b> | 0,000000     |
| <b>Total</b>                           | 1.882,320000 |

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <b>Número de Items</b>   | 744          |
| <b>Flete</b>             | 0,000000     |
| <b>Total de la Orden</b> | 1.882,320000 |

**Fecha de Impresión:** viernes, 24 de febrero de 2023, 10:11:17

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                                |                                                                                      |                                 |           |           |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339361                              | Fecha de emisión:                                                                    | 17-02-2023                      |           |           |
| Fecha de aceptación:                       | 23-02-2023                                     |                                                                                      |                                 |           |           |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                       |                                                                                      |                                 |           |           |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                                |                                                                                      |                                 |           |           |
| Nombre comercial:                          | GRUNENTHAL ECUATORIANA                         | Razón social:                                                                        | GRUNENTHAL ECUATORIANA CIA LTDA |           |           |
| RUC:                                       | 0990160422001                                  |                                                                                      |                                 |           |           |
| Nombre del representante legal:            | MENESES YEPEZ IVAN ALEJANDRO                   |                                                                                      |                                 |           |           |
| Correo electrónico el representante legal: | kenya.chang@grunenthal.com                     | Correo electrónico de la empresa:                                                    | kenya.chang@grunenthal.com      |           |           |
| Teléfono:                                  | 0999389202 0997519518                          |                                                                                      |                                 |           |           |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                                      | Número de cuenta:                                                                    | 00005075416                     |           |           |
| Código de la Entidad Financiera:           | 210384                                         | Nombre de la Entidad Financiera:                                                     | BANCO PRODUBANCO                |           |           |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                                |                                                                                      |                                 |           |           |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                     | RUC:                                                                                 | 1360007560001                   |           |           |
| Teléfono:                                  | 052690009                                      |                                                                                      |                                 |           |           |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                     | Cargo:                                                                               | GERENTE HOSPITALARIO            |           |           |
| Correo electrónico:                        | hospmhalcivar@gmail.com                        |                                                                                      |                                 |           |           |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                                      | Correo electrónico:                                                                  | marita_salazar@hmha.gob.ec      |           |           |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                              | juan_villegas@hmha.gob.ec       |           |           |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                                     | MANABI                                                                               | Cantón:                         | SUCRE     |           |
|                                            | Parroquia:                                     | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                             |                                 |           |           |
|                                            | Calle:                                         | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   | Número:                         | S/N       |           |
| Intersección:                              | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |                                                                                      |                                 |           |           |
| Edificio:                                  | HOSPITAL                                       | Departamento:                                                                        | DIRECCION                       | Teléfono: | 052690009 |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:            | 08h00 a 16h00                                                                        |                                 |           |           |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería:        | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                 |           |           |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b> 25/03/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Cantidad:</b> 1000 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |                       |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETTE  
SALAZAR CEVALLOS



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |             |           |              |              |              |                                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cant        | V. unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto (%) | V. Total     | Partida Presup.                   |
| 3525011347 | Risperidona<br>- CUM: N05AX08LOR081X0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI):<br>Risperidona<br>- FORMA FARMACEUTICA:<br>Líquido oral<br>- CONCENTRACIÓN: 1 mg/mL<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN:<br>[003] Oral<br>- FORMA FARMACÉUTICA<br>ESPECÍFICA: SOLUCION ORAL<br>- CONCENTRACION<br>ESPECÍFICA DEL<br>MEDICAMENTO: 1MG/1ML<br>(0.10G/100ML)<br>- PRECIO ADJUDICADO:<br>5.699000<br>- RAZON SOCIAL DEL<br>FABRICANTE: TECNANDINA S.A.<br>- LICENCIA CONSEP / SETED:<br>NO REQUIERE<br>- ORIGEN FABRICANTE:<br>Ecuador<br>- CONDICIONES DE<br>ALMACENAMIENTO:<br>CONSERVAR A TEMPERATURA<br>NO MAYOR A 30 °C<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL<br>REGISTRO SANITARIO:<br>21-01-2020<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 24<br>meses<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL<br>DEL MEDICAMENTO: Caja x frasco<br>gotero de 30 mL de solución +<br>prospecto<br>- NÚMERO DE REGISTRO<br>SANITARIO: 2560-MEN-0120<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL<br>REGISTRO SANITARIO:<br>21-01-2025<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL<br>MEDICAMENTO: Spiron 1mg/1ml<br>Solución oral para gotas | 1000<br>( ) | 5,699000    | 0,000000  | 5,699,000000 | 0,000000     | 5,699,000000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Subtotal                        | 5,699,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000     |
| Total                           | 5,699,000000 |

|                 |          |
|-----------------|----------|
| Número de Items | 1000     |
| Flete           | 0,000000 |

**Fecha de Impresión:** viernes, 24 de febrero de 2023, 10:11:32

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <b>Total de la Orden</b> | 5.699,000000 |
|--------------------------|--------------|

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                                       |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339360                                     | Fecha de emisión:                                                                    | 17-02-2023                  | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                              |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                                       |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          | GLAXOSMITHKLINE ECUADOR S A                           | Razón social:                                                                        | GLAXOSMITHKLINE ECUADOR S A | RUC:                             | 1790717658001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            | ARAOZ MORATO CARLOS EDUARDO                           |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | roberto.c.villegas@gsk.com                            | Correo electrónico de la empresa:                                                    | roberto.c.villegas@gsk.com  |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  | 0988111204 0995775257 0988294150 022994700 0998329981 |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                                             | Número de cuenta:                                                                    | 0078808004                  | Código de la Entidad Financiera: | 210331                  |                          |                                                |
|                                            |                                                       |                                                                                      |                             | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO CITIBANK          |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                                       |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                            | RUC:                                                                                 | 1360007560001               | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                            | Cargo:                                                                               | GERENTE HOSPITALARIO        | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                                             | Correo electrónico:                                                                  | marita_salazar@hmha.gob.ec  |                                  |                         |                          |                                                |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                       | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                              | juan_villegas@hmha.gob.ec   |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                                            | MANABI                                                                               | Cantón:                     | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                                | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   |                             | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                                             | HOSPITAL                                                                             | Departamento:               | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:                   | 08h00 a 16h00                                                                        |                             |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería:               | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de entrega requerido:                 | Fecha máxima de entrega:                              | 16/03/2023                                                                           | Cantidad:                   | 100                              |                         |                          |                                                |
| Entrega Definitiva (Total)                 |                                                       |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |



|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nota:</b>        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Observación:</b> | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

**Funcionario Encargado del Proceso**

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Persona que autoriza**

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ  
PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

**Máxima Autoridad**

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

#### DETALLE

| CPC         | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cant    | V.<br>unitario | Descuento | Sub.<br>Total | Impuesto<br>(%) | V. Total   | Partida Presup.                    |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|---------------|-----------------|------------|------------------------------------|
| 35200000727 | Salbutamol / Solución para nebulización / 5 mg/ml / 10 ml<br>- REGISTRO SANITARIO: 24.641-08-02<br>- ORIGEN: EXTRANJERO<br>- CUM: R03AC023410<br>- NOMBRE GENÉRICO: Salbutamol<br>- NOMBRE COMERCIAL: VENTOLIN<br>SOLUCIÓN PARA RESPIRADOR<br>- VIGENCIA CSPM: 2013-12-13<br>- CERTIFICADO SANITARIO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS (CSPM): CSPM141-2011<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Inhalatoria<br>- PRESENTACIÓN: CAJA X 1 FCO. X 10 ml<br>- FORMA: Solución para nebulización<br>- CONCENTRACIÓN: 5 mg/ml<br>- FABRICANTE: GLAXO OPERATIONS UK. LIMITED | 100 ( ) | 5,000000       | 0,000000  | 500,000000    | 0,000000        | 500,000000 | 9000000000300053080913140010000000 |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Subtotal                        | 500,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000   |
| Total                           | 500,000000 |

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Número de Items   | 100        |
| Flete             | 0,000000   |
| Total de la Orden | 500,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 15:33:01

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO           |                                                                                  |                                                                |                              |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Orden de compra:</b>                            | CE-20230002339359                                                                | <b>Fecha de emisión:</b>                                       | 17-02-2023                   | <b>Fecha de aceptación:</b> 23-02-2023                                                                   |
| <b>Estado de la orden:</b>                         | Revisada                                                                         |                                                                |                              |                                                                                                          |
| <b>DATOS DEL PROVEEDOR</b>                         |                                                                                  |                                                                |                              |                                                                                                          |
| <b>Nombre comercial:</b>                           | FRESENIUS KABI S.A                                                               | <b>Razón social:</b>                                           | FRESENIUS KABI S.A           | <b>RUC:</b> 0991312080001                                                                                |
| <b>Nombre del representante legal:</b>             | VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL                                          |                                                                |                              |                                                                                                          |
| <b>Correo electrónico del representante legal:</b> | tender-ec@fresenius-kabi.com                                                     | <b>Correo electrónico de la empresa:</b>                       | tender-ec@fresenius-kabi.com |                                                                                                          |
| <b>Teléfono:</b>                                   | 023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528                              |                                                                |                              |                                                                                                          |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                             | Corriente                                                                        | <b>Número de cuenta:</b>                                       | 0005038417                   | <b>Código de la Entidad Financiera:</b> 210315 <b>Nombre de la Entidad Financiera:</b> BANCO BOLIVARIANO |
| <b>DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE</b>             |                                                                                  |                                                                |                              |                                                                                                          |
| <b>Entidad contratante:</b>                        | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                       | <b>RUC:</b>                                                    | 1360007560001                | <b>Teléfono:</b> 052690009                                                                               |
| <b>Persona que autoriza:</b>                       | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                       | <b>Cargo:</b>                                                  | GERENTE HOSPITALARIO         | <b>Correo electrónico:</b> hospmhalcivar@gmail.com                                                       |
| <b>Nombre funcionario encargado del proceso:</b>   | zmandrade                                                                        | <b>Correo electrónico:</b>                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec   |                                                                                                          |
| <b>Administrador de la orden de compra:</b>        | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                                                  | <b>Correo electrónico administrador de la orden de compra:</b> | juan_villegas@hmha.gob.ec    |                                                                                                          |
| <b>Dirección de entrega:</b>                       | <b>Provincia:</b> MANABI                                                         | <b>Cantón:</b>                                                 | SUCRE                        | <b>Parroquia:</b> LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                               |
|                                                    | <b>Calle:</b> MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE | <b>Número:</b>                                                 | S/N                          | <b>Intersección:</b> TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA                                      |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----|
|                                                                     | DIAGONA SN<br>Y SN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |                            |     |
|                                                                     | <b>Edificio:</b> HOSPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Departamento:</b> DIRECCION | <b>Teléfono:</b> 052690009 |     |
| <b>Datos de entrega:</b>                                            | <b>Horario de recepción de mercadería:</b> 08h00 a 16h00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                            |     |
|                                                                     | <b>Responsable de recepción de mercadería:</b> BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |                            |     |
| <b>Tipo de entrega requerido:</b><br><br>Entrega Definitiva (Total) | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 25/03/2023                     | <b>Cantidad:</b>           | 100 |
| <b>Nota:</b>                                                        | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                |                            |     |
| <b>Observación:</b>                                                 | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |                                |                            |     |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

DETALLE

| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total  | Partida Presup.                   |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|------------|--------------|-----------|-----------------------------------|
| 3525011221 | Haloperidol<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN:<br>Intramuscular / Intravenosa<br>- CUM:<br>N05AD01LPR320A0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Haloperidol<br>- FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral<br>- CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HALOPERIDOL 5 mg/1ml SOLUCIÓN INYECTABLE<br>- FORMA FARMACEUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE<br>- CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5 MG / 1 ML<br>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-00133-1-04-07<br>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS SANDERSON S.A.<br>- PRECIO ADJUDICADO: 0.170000<br>- LICENCIA CONSEP / | 100 ( ) | 0,170000    | 0,000000  | 17,000000  | 0,000000     | 17,000000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| SETED: NO REQUIERE<br>- FECHA DE EMISIÓN<br>DEL REGISTRO SANITARIO:<br>2012-03-12<br>- CONDICIONES DE<br>ALMACENAMIENTO:<br>CONSERVAR A<br>TEMPERATURA NO MAYOR<br>A 30 °C<br>- ORIGEN FABRICANTE:<br>CHILE<br>- PERIODO DE VIDA<br>UTIL: 36<br>- FECHA DE VIGENCIA<br>DEL REGISTRO SANITARIO:<br>2027-03-12<br>- PRESENTACIÓN<br>COMERCIAL DEL<br>MEDICAMENTO: CAJA X<br>NIDO X 100 AMPOLLAS X<br>1ML CADA UNA |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| Subtotal                           | 17,000000 |
| Impuesto al valor agregado<br>(0%) | 0,000000  |
| Total                              | 17,000000 |

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| Número de Items   | 100       |
| Flete             | 0,000000  |
| Total de la Orden | 17,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:11:46

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                         |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339358                       | Fecha de emisión:                                                                    | 17-02-2023                  | Fecha de aceptación:             | 23-02-2023              |                          |                                                |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                         |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Nombre comercial:                          |                                         | Razón social:                                                                        | FARMALIGHT S.A.             | RUC:                             | 0992412755001           |                          |                                                |
| Nombre del representante legal:            | BEJARANO MANTUANO IVETH MARIELISA       |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | gerencial@grupolabovida.com             | Correo electrónico de la empresa:                                                    | gerencial@grupolabovida.com |                                  |                         |                          |                                                |
| Teléfono:                                  | 0990145776 2136702 2136701              |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                               | Número de cuenta:                                                                    | 0028174926                  | Código de la Entidad Financiera: | 210335                  |                          |                                                |
|                                            |                                         |                                                                                      |                             | Nombre de la Entidad Financiera: | BANCO DE GUAYAQUIL      |                          |                                                |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                         |                                                                                      |                             |                                  |                         |                          |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR              | RUC:                                                                                 | 1360007560001               | Teléfono:                        | 052690009               |                          |                                                |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES              | Cargo:                                                                               | GERENTE HOSPITALARIO        | Correo electrónico:              | hospmhalcivar@gmail.com |                          |                                                |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                               | Correo electrónico:                                                                  | marita_salazar@hmha.gob.ec  |                                  |                         |                          |                                                |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS         | Correo electrónico administrador de la orden de compra:                              | juan_villegas@hmha.gob.ec   |                                  |                         |                          |                                                |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                              | MANABI                                                                               | Cantón:                     | SUCRE                            | Parroquia:              | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ |                                                |
|                                            | Calle:                                  | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   |                             | Número:                          | S/N                     | Intersección:            | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
|                                            | Edificio:                               | HOSPITAL                                                                             | Departamento:               | DIRECCION                        | Teléfono:               | 052690009                |                                                |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:     | 08h00 a 16h00                                                                        |                             |                                  |                         |                          |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería: | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                             |                                  |                         |                          |                                                |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |       |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|-------|
| <b>Tipo de entrega requerido:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |       |
| Entrega Definitiva (Total)        | <b>Fecha máxima de entrega:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 25/03/2023 | <b>Cantidad:</b> | 12000 |
| <b>Nota:</b>                      | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                  |       |
| <b>Observación:</b>               | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afín. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afín para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |            |                  |       |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

#### APLICACIÓN DE MULTAS

Cuando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

#### APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.





firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES



firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

### Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

### Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR  
RODRÍGUEZ PAREDES

### Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |             |           |            |              |            |                                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|-----------|------------|--------------|------------|------------------------------------|
| CPC        | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cant         | V. unitario | Descuento | Sub. Total | Impuesto (%) | V. Total   | Partida Presup.                    |
| 3525011196 | Ferroso sulfato<br>- FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-02-28<br>- PRECIO ADJUDICADO: 0,050000<br>- FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL<br>- CONCENTRACIÓN: 50 MG (EQUIVALENTE A HIERRO ELEMENTAL)<br>- ORIGEN FABRICANTE: Ecuador<br>- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO FERROSO<br>TABLETAS 250 mg (50 mg DE HIERRO)<br>- CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: Hierro 50.00 mg<br>- FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA, BICONVEXA, RANURADA<br>- PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 20 Blísteres x 10 Tabletas c/u<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral<br>- RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA S.A. (LABOVIDA S.A.)<br>- NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02678-MAC-05-03<br>- PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES<br>- FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-02-28<br>- LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE<br>- CUM: B03AA07SOR329X0<br>- PRINCIPIO ACTIVO (DCI): FERROSO SULFATO<br>- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30° C | 12000<br>( ) | 0,050000    | 0,000000  | 600,000000 | 0,000000     | 600,000000 | 9000000000300053080913140010000000 |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Subtotal                        | 600,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000   |
| Total                           | 600,000000 |

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Número de Items   | 12000      |
| Flete             | 0,000000   |
| Total de la Orden | 600,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:12:05

| ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                         |                                                |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Orden de compra:                           | CE-20230002339357                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                      | Fecha de emisión:                                       | 17-02-2023                                     |
| Estado de la orden:                        | Revisada                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      | Fecha de aceptación:                                    | 23-02-2023                                     |
| DATOS DEL PROVEEDOR                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                         |                                                |
| Nombre comercial:                          | ALCONLAB ECUADOR S.A.                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      | Razón social:                                           | ALCONLAB ECUADOR S.A.                          |
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | RUC:                                                    | 1791405552001                                  |
| Nombre del representante legal:            | ISABEL CRISTINA ZULETA PABON                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |                                                         |                                                |
| Correo electrónico el representante legal: | catalina_pamela.flores_fabara@alcon.com                                                                                                                                                                                              |                                                                                      | Correo electrónico de la empresa:                       | catalina_pamela.flores_fabara@alcon.com        |
| Teléfono:                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                         |                                                |
| Tipo de cuenta:                            | Corriente                                                                                                                                                                                                                            | Número de cuenta:                                                                    | 0079361038                                              | Código de la Entidad Financiera:               |
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                         | 210331                                         |
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | Nombre de la Entidad Financiera:                        | BANCO CITIBANK                                 |
| DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE            |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                         |                                                |
| Entidad contratante:                       | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      | RUC:                                                    | 1360007560001                                  |
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | Teléfono:                                               | 052690009                                      |
| Persona que autoriza:                      | DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      | Cargo:                                                  | GERENTE HOSPITALARIO                           |
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | Correo electrónico:                                     | hospmhalcivar@gmail.com                        |
| Nombre funcionario encargado del proceso:  | zmandrade                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                      | Correo electrónico:                                     | marita_salazar@hmha.gob.ec                     |
| Administrador de la orden de compra:       | DR. JUAN CARLOS VILLEGAS SANTOS                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | Correo electrónico administrador de la orden de compra: | juan_villegas@hmha.gob.ec                      |
| Dirección de entrega:                      | Provincia:                                                                                                                                                                                                                           | MANABI                                                                               | Cantón:                                                 | SUCRE                                          |
|                                            | Calle:                                                                                                                                                                                                                               | MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN   | Número:                                                 | S/N                                            |
|                                            | Edificio:                                                                                                                                                                                                                            | HOSPITAL                                                                             | Departamento:                                           | DIRECCION                                      |
|                                            | Parroquia:                                                                                                                                                                                                                           | LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ                                                             | Intersección:                                           | TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA |
| Datos de entrega:                          | Horario de recepción de mercadería:                                                                                                                                                                                                  | 08h00 a 16h00                                                                        |                                                         |                                                |
|                                            | Responsable de recepción de mercadería:                                                                                                                                                                                              | BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN; ING. KAREN ALCIVAR RISCO, RESPONSABLE DE BODEGA |                                                         |                                                |
| Tipo de entrega requerido:                 | Fecha máxima de entrega:                                                                                                                                                                                                             | 16/03/2023                                                                           | Cantidad:                                               | 500                                            |
| Entrega Definitiva (Total)                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                         |                                                |
| Nota:                                      | Recuerde que en el caso de presentarse observaciones o inconformidades por parte del proveedor o la entidad contratante, respecto al tipo de entregas parciales requeridas, se podrá realizar la posterior suscripción de un acuerdo |                                                                                      |                                                         |                                                |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | complementario conforme lo estipula el convenio marco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Observación: | El Laboratorio deberá incluir en la factura comercial por cada medicamento, registro sanitario, Fecha de elaboración, fecha de expiración (debe ser como mínimo un año mayor a la fecha de generación de la factura), número de lote, además se debe incluir el porcentaje de descuento de ley aplicable a las Instituciones del Estado. Además enviar el acta de entrega recepción firmada electrónicamente en formato digital con las indicaciones anteriormente, nombre comercial, forma de presentación, concentración, precio debidamente suscrita por el representante legal del laboratorio o casa comercial detallando los nombres de los funcionarios del Hospital que cumplen funciones de Administrador de Orden, Responsable de Bodega y Técnico Afin. Enviar cada uno de los documentos habilitantes, certificado de registro sanitario, análisis de fijación de precios, certificado de buenas prácticas, y demás solicitados de acuerdo a la ley. No olvidar incluir la leyenda de medicamento gratuito prohibida su venta. Por contingencia del terremoto se deberá entregar la medicina en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Velasco Ibarra a 200 metros del Hospital Miguel H. Alcívar, en las instalaciones de la Cooperativa de Taxis. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Karen Alcívar Risco, Responsable de Bodega: 0982814302; Administrador de Orden de Compra: Dr. Juan Carlos Villegas Santos, contacto: 0997290017 y Técnico Afin para la Recepción: Q.F. Bryan Agila Celi, contacto: 0990254948. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vvachonlcontable80@hotmail.com; karenalcivarrisco@gmail.com |

Los pagos de la presente orden de compra se realizarán con cargo a los fondos propios provenientes del presupuesto de la Entidad Contratante, relacionados con la partida presupuestaria correspondiente. La partida presupuestaria deberá certificarse por la totalidad de la orden de compra incluyéndose el IVA., de ser el caso.

Es de exclusiva responsabilidad del proveedor registrar una cuenta que este a su nombre y en una entidad financiera que esté habilitada para recibir transferencias por parte del Estado.

APLICACIÓN DE MULTAS

Quando el proveedor entregue los bienes o servicios en fecha posterior al término ofertado y/o acordado, se aplicará la multa conforme lo establecido en el artículo 71 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y la normativa legal vigente. La aplicación de la multa estará a cargo de la entidad contratante que ha sido perjudicada con el retraso.

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

Esta orden de compra está sometida a todas las obligaciones contraídas por el proveedor en el Convenio Marco suscrito con el SERCOP y el respectivo pliego del procedimiento, los cuales forman parte integrante de la presente orden de compra.

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán las mismas disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento, relacionado a contratos, en lo que fuese aplicable.



Firmado electrónicamente por:  
MARIA JANETH  
SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ  
PAREDES



Firmado electrónicamente por:  
OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

Máxima Autoridad

Nombre: OMAR FABRICIO  
RODRIGUEZ PAREDES

| DETALLE     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |             |           |              |              |              |                                   |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| CPC         | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cant    | V. unitario | Descuento | Sub. Total   | Impuesto (%) | V. Total     | Partida Presup.                   |
| 35200000778 | Lágrimas artificiales / Gel oftálmico / 10g<br>- VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oftálmica<br>- ORIGEN: EXTRANJERO<br>- CUM: S01XA202200<br>- NOMBRE GENÉRICO: Lágrimas artificiales y otros preparados inertes<br>- NOMBRE COMERCIAL: LACRYVISC GEL OFTÁLMICO ESTÉRIL<br>- VIGENCIA CSPM: 2014-04-24<br>- CERTIFICADO SANITARIO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS (CSPM): CSPM-033-2012 | 500 ( ) | 4.300000    | 0.000000  | 2.150.000000 | 0.000000     | 2.150.000000 | 900000000300053080913140010000000 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- PRESENTACIÓN: CAJA X 1 TUBO X 10 g</li><li>- FORMA: Gel oftálmico</li><li>- FABRICANTE: S.A. ALCON COUVREUR N.V.</li><li>- REGISTRO SANITARIO: 1073-MEE-0615</li><li>- CONCENTRACIÓN: Cada tubo contiene: Carbómero 974P ..... 3.0 mg</li></ul> |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Subtotal                        | 2.150,000000 |
| Impuesto al valor agregado (0%) | 0,000000     |
| Total                           | 2.150,000000 |

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Número de Items   | 500          |
| Flete             | 0,000000     |
| Total de la Orden | 2.150,000000 |

Fecha de Impresión: viernes, 24 de febrero de 2023, 10:12:24