ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002430392	**Fecha de emisión:**	21-06-2023	**Fecha de aceptación:**	22-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	ASOCIACION DE SERVICIOS DE ALIMENTACION THAIS URETA ASOSERATHAU	**RUC:**	1391922027001
Nombre del representante legal:	URETA MURILLO JOSE LUIS				
Correo electrónico el representante legal:	asoserathau15@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	asoserathau15@hotmail.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		

Dirección Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDA. CARMEN ARTEAGA CEDEÑO, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	Mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2023-1754-M se designa como Administradora de la Orden de Compra a la Lcda. Carmen Moncerrate Arteaga Cedeño, Enfermera 3. El plazo de ejecución de la orden de compra para Pacientes será a partir del viernes 23 de Junio de 2023 y el plazo de ejecución de la orden de compra para el Personal Médico será a partir del 1 de Julio de 2023. Favor comunicarse al número de contacto: 0989588217.	

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
632300212	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PERSONAL MÉDICO DE HOSPITALES Y UNIDADES DE SALUD (COMPLEMENTARIA AL SERVICIO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I)) - UNIDAD DE MEDIDA: Una ración= desayuno o almuerzo o merienda. - PARAMETROS OBLIGATORIOS PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS: Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-070: La sal y azúcar se entregarán por separado en los diferentes tiempos de comida, de acuerdo a lo requerido por la entidad contratante quién se basará en las dietas asignadas a los pacientes por la nutricionista o médico tratante. En los casos que amerite el azúcar normal se reemplazará por edulcorante no calórico. - ROPA DE TRABAJO: *En todos los casos el personal contará con equipos de protección. *Todo el personal deberá contar con uniformes completos: gorro, malla para el cabello, delantal de protección y guantes para la manipulación de alimentos, zapatos antideslizantes. *El personal deberá guardar la presentación y asepsia de los uniformes en todo momento. *El personal deberá precautelar la higiene personal integral: manos limpias, uñas cortas, cabello recogido, no portar accesorios como anillos, pulseras, aretes u otros objetos que pudieran presentar un riesgo en la prestación del servicio. *El personal que realice la prestación del servicio no podrá tener heridas o infecciones cutáneas. El proveedor realizará anualmente exámenes médicos a todo su personal. Estos exámenes son los siguientes: Biometría hemática completa, Serología (VDRL), Elemental y microscópico de orina, coproparasitario, coprocultivo, examen médico general. - CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: *Los precios asignados para el servicio de alimentación para el personal de salud se rigen según el Acuerdo Ministerial No. MRL-2014-0114. Art. 3. Del Valor del servicio. *la información referente a los gastos de transporte están especificados en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I). *Durante todas las fases del servicio de alimentación, el contratista aplicarán las normas establecidas en los manuales: BPM´s (Buenas Prácticas de Manufactura), HACCP (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control), y POES (Practicas Operativas Estandarizadas Sanitarias) con la obligación de entregar informes, análisis y resultados al administrador del contrato de manera mensual. *El proveedor deberá cumplir con la Resolución ARCSA-DE-057-2015-GGG que señala la Norma técnica sanitaria sobre prácticas correctas de higiene para establecimientos procesadores de alimentos categorizados como artesanales y organizaciones del Sistema de Economía Popular y Solidaria además el proveedor garantizará la calidad del servicio de acuerdo a la Guía de usuario: Manual de Buenas Prácticas de Higiene y Manipulación de Alimentos en Restaurantes y Cafeterías del ARCSA. *Al menos una vez a la semana se realizará la desinfección profunda del menaje utilizado para la prestación del servicio (vajilla, ollas, etc.). *El lugar de preparación de alimentos parte de la prestación del servicio, deberá limpiarse antes y después de la prestación del mismo, asegurándose que este se encuentre en condiciones óptimas para garantizar la inocuidad de los alimentos. "Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-070 *La entidad contratante directamente o a través de terceros, de ser el caso, verificará el cumplimiento de las condiciones específicas del servicio señaladas en la presente ficha técnica, para lo cual el proveedor dará todas las facilidades y proporcionará la información que le sea requerida. "La entidad contratante se reserva el derecho de realizar, en cualquier instante, a través de laboratorios especializados, el análisis físico, químico y microbiológico a todos los insumos utilizados en la elaboración de alimentos, así como su	4500 (3 Meses)	2,5340	0,0000	34.209,0000	12,0000	38.314,0800	900000000300013142025302358888888

producto final, los gastos de estos análisis correrán por cuenta de la entidad contratante". Para el cumplimiento de este control, el proveedor deberá conservar muestras diarias de la alimentación que se haya brindado, estás muestras se almacenarán durante una semana. *Los menús deberán ser bajos en grasas y azucares. *Los alimentos procesados a utilizarse en la preparación de los menús, deberán tener registro sanitario o notificación sanitaria vigente, otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional, mantenerse en su recipiente comercial y cumplir con las condiciones de almacenamiento detallada en el mismo. El tiempo de consumo de los mismos, no puede ser posterior a la fecha de caducidad del producto establecido en el mismo. *Los alimentos perecibles deberán colocarse en un refrigerador o congelador para impedir su deterioro. *Los alimentos frescos y semiprocesados utilizados en el servicio de alimentación deberán mantener óptimas condiciones, para que no alteren la calidad e inocuidad de los mismos. El proveedor adjudicado deberá asegurar que los alimentos frescos que se utilicen en la preparación de alimentos sean adquiridos obligatoriamente a los proveedores catalogados en las fichas de canastas de productos alimenticios del SERCOP (el proveedor catalogado podrá solicitar al SERCOP el listado de los proveedores catalogados en las fichas de canastas de productos frescos para la adquisición de los mismos). *Los proveedores dentro de su cronograma mensual deberán incluir menús que contengan productos locales, utilizando productos (vegetales / frutas) de temporada incentivando los hábitos y costumbres propios de la localidad. *Se tomarán en cuenta las necesidades específicas de la entidad contratante para el diseño del menú mensual dentro de los parámetros señalados en el Atributo No. 2 de la presente ficha. *El proveedor tendrá que verificar las condiciones de las instalaciones para la preparación de alimentos en conjunto con la entidad contratante para garantizar que el agua para el lavado de los alimentos, lavado del equipamiento de cocina, y otros sea agua tratada (filtrada o clarificada) o potable, con la finalidad de evitar el aprovisionamiento de fuentes contaminadas o contaminación cruzada. *Los mesones, pisos, paredes, estanterías, refrigeradoras, congeladores y equipo en general que se utilice para este fin se mantendrán completamente limpios, antes, durante y después de ser entregado el servicio de alimentación. *El proveedor vigilará el cumplimiento del artículo 30 del Reglamento para el manejo adecuado de los desechos infecciosos generados en las instituciones de Salud en el Ecuador, así como las determinaciones señaladas para el manejo de alimentos en la Ley Orgánica de Salud del Ecuador y en el Manual del Modelo de Atención Integral de Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). *Lo referente a la limpieza y artículos de limpieza a utilizarse en el presente servicio se encuentra especificado en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I). *La entidad contratante capacitará al proveedor adjudicado acerca de los protocolos y/o procedimientos vigentes en la institución de higiene del personal, manejo de desechos, higiene y manipulación de alimentos, entre otros que se consideren necesarios para la prestación del servicio. Estos procedimientos serán cumplidos por el proveedor durante todo el tiempo que dure la prestación del servicio.

- DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: *La presente ficha tiene como rango referencial la atención de 50 a 100 usuarios por día, por tanto el incremento de equipos, herramientas y cualquier insumo adicional será directamente proporcional al número de usuarios diarios. -Este servicio consiste en la preparación, elaboración y el servicio de menús establecidos previamente. El servicio incluye la provisión de una (1) comida que puede ser: desayuno o almuerzo o merienda para el personal de salud. Por consiguiente una ración contiene: MENÚ REFERENCIAL DE 2000 KCAL DESAYUNO ALMUERZO MERIENDA -1 bebida (leche, aromática, colada) *Sopa (1 porción) *Sopa (1 porción) -1 porción de fruta fresca o en compota *Segundo plato: *Segundo plato: -1 vaso de jugo -2 opciones de proteína -2 opciones de proteína -1 opción del grupo de proteínas -2 opciones de ensalada -2 opciones de ensalada -1 opción de carbohidratos -1 opción de carbohidrato (arroz, papa, yuca, tallarín, verde, etc.) -1 opción de carbohidrato (arroz, papa, yuca, tallarín, verde, etc.) -1 guarnición -1 guarnición -1 vaso de jugo -1 vaso de jugo *Postre: fruta fresca o compota o gelatina o flan DETALLE REFERENCIAL DE PORCIONES POR INGESTA DESAYUNO CARBOHIDRATO PROTEÍNA LÁCTEO BEBIDA JUGO FRUTA PESO PESO VOL. VOL. PESO 60 gr 30-50 gr 200 ml 200 ml 60 gr DETALLE REFERENCIAL DE PORCIONES POR INGESTA ALMUERZO SOPA CARBOHIDRATO PROTEÍNA GUARNICIÓN ENSALADA JUGO POSTRE VOL. PESO PESO PESO PESO VOL. PESO 250 ml 70 gr 100 gr 50 gr 150 gr 200 ml 60 gr DETALLE REFERENCIAL DE PORCIONES POR INGESTA MERIENDA SOPA CARBOHIDRATO PROTEÍNA GUARNICIÓN ENSALADA JUGO VOL. PESO PESO PESO PESO VOL. 250 ml 70 gr 100 gr 50 gr 150 gr 200 ml La entidad contratante dotará al proveedor de un espacio físico que cumpla con las condiciones de salubridad e higiene para la adecuada prestación del servicio. Será obligatoria la preparación en estas instalaciones. Esta área permitirá la instalación o uso del equipamiento con la finalidad de mantener condiciones óptimas para la prestación del servicio. Estas instalaciones deberán contar con vías de evacuación para el agua, electricidad y zonas adecuadas para la disposición de residuos sólidos y el proveedor deberá acoplarse al sistema de reciclaje si existiere en la Entidad Contratante. Después de culminar con el servicio, el proveedor, procederá a realizar la limpieza y recolección de residuos. El proveedor es responsable por las condiciones de asepsia de todos los espacios relacionados con su trabajo, en especial el área de manipulación de alimentos. Esta área, su limpieza y mantenimiento deberán contemplar el protocolo de limpieza y desinfección para hospitales, así como el manejo específico de limpieza de estos espacios de acuerdo con la normativa vigente y normas de bioseguridad establecidas desde el Consejo Nacional de Salud. Se establece como obligatoria la limpieza profunda de carácter semanal, tomando en cuenta la limpieza de trampas de gas y agua. De la misma manera se contempla el uso de desinfectante de manos antes de iniciar el servicio de preparación de alimentos. El servicio de alimentación estará disponible todos los días de la semana (7) sin excepción. Será responsabilidad del proveedor garantizar la distribución del personal de manera que la comida pueda ser servida a la temperatura apropiada y acorde a su preparación, dentro de los horarios establecidos por la entidad contratante dentro del horario de atención de las 06h00 y 21h00 como máximo. La alimentación y transporte del personal contratado para la

ejecución del contrato correrá de cuenta del proveedor. Los proveedores interesados en ofertar para el presente servicio tendrán la libertad de asociarse dentro de los cánones de la Economía Popular y Solidaria, la Agricultura Familiar y todas las prácticas que permitan y promuevan la inclusión de los emprendimientos económicos con base social a los procesos de Contratación Estatal. - El proveedor que quiera adherirse a la prestación del presente servicio obligatoriamente deberá estar catalogado en el servicio de alimentación permanente con equipamiento - para pacientes hospitalizados (Tipo I).

- PRECIO DE ADHESIÓN: US$ 2,534 (No incluye IVA)
- INFRACCIONES, SANCIONES Y APLICACIÓN DE MULTAS:
- Se tomarán en cuenta las mismas infracciones y multas especificadas en la ficha técnica SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I).
- PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO: La ejecución de prestación del servicio, iniciará en el plazo mínimo de siete (7) días contados desde la formalización de la orden de compra, tiempo en el cual la entidad contratante y el proveedor deberán aprobar el menú y cronograma de entrega, salvo acuerdo expreso entre las partes, mismo que no podrá ser mayor a 15 días.
- GARANTÍAS: * La garantía de fiel cumplimiento de la orden de compra, si la cuantía de la misma generada es mayor al valor que resulte de multiplicar el coeficiente 0.000002 por el presupuesto inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico. Esta garantía se rendirá por un valor igual al 5% del monto total de la orden de compra. *La garantía de buen uso de anticipo, por un valor equivalente al 100% del valor recibido por este concepto de haber sido concedido por la entidad contratante. Las garantías contempladas en este numeral, serán entregadas a través de cualquier forma prevista en el artículo 73 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, y serán devueltas conforme lo dispuesto en el artículo 77 de la misma ley.
- HORARIO: Los horarios de alimentación se fraccionarán en tres tiempos de comida principales (desayuno - almuerzo - merienda). Estos horarios deberán ser acordados entre el proveedor y la entidad contratante, teniendo como condición que la jornada laboral inicie a las 06h00 como lo más temprano y no vaya más allá de las 21h00 como más tarde.
- FRECUENCIA Y FORMA DE PAGO: Los pagos se realizarán con cargo a la partida presupuestaria de cada entidad contratante, contra servicio prestado con frecuencia de pago mensual. Para liquidación de las órdenes de compra, se tomarán en cuenta los siguientes criterios: 1. Se realizará el pago por servicio prestado, es decir por el número efectivo de ingestas servidas. La entidad contratante deberá confirmar este número de ingestas dos veces al día, mañana y tarde, para que se guarde concordancia con el número de ingresos y egresos de los hospitales y unidades de salud. 2. Se generará la orden de compra por el número de usuarios y la liquidación se realizará según la cantidad de raciones consumidas y que han sido confirmadas previamente, contemplando el precio establecido para cada tiempo de comida.
- CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN:: La capacidad productiva se establece de la siguiente manera: Un grupo de trabajo compuesto por dos (2) jefes de cocina y cinco (5) ayudantes de cocina para atender a un grupo de hasta 100 usuarios diarios (considerando que 1 usuario = 1 tiempo de comida: desayuno o almuerzo o merienda), en dos turnos cumplimiento con (06h00 a 13h00 / 13h00 a 21h00) con 1 jefe de cocina y dos ayudantes para cada turno. Se consideran turnos con 7 personas debido a que estos horarios aplicarán para los 7 días de la semana sin excepción. A partir de ello se considerará dos (2) ayudantes de cocina adicionales por cada 50 usuarios y dos (2) jefes de cocina por cada 100 usuarios adicionales. El proveedor deberá dividir su capacidad máxima de prestación de servicio, entre todas las ingestas solicitadas dentro del horario determinado, según el número de jefes de cocinas y auxiliares que declare en su oferta. El grupo de trabajo, que incluye la presencia de: nutricionistas, bodegueros y supervisor se establece en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I).
- EQUIPO MÍNIMO REQUERIDO: *La presente ficha tiene como rango referencial la atención de 50 a 100 usuarios por día, por tanto el incremento de equipos, herramientas y cualquier insumo adicional será directamente proporcional al número de usuarios diarios. Equipo necesario: El equipo a utilizarse en la prestación del presente servicio se encuentra detallado en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I). Adicional a este equipo el proveedor contará con: *1 cafetera *1 juguera de dos tanques, mínimo 18 litros de capacidad *1 línea de samovares con todos los aditamentos necesarios para su uso o una estación de "self service" *3 carritos para la recolección de bandejas (20 bandejas) Menaje: El menaje a utilizarse en la prestación del presente servicio se encuentra detallado en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I). Adicional a este equipo el proveedor contará con: *Vajilla de porcelana, no porosa y fácil de limpiar. (La calidad de la vajilla será adecuada para garantizar que por deterioro o rotura no lastime a ningún usuario ni operario, además el material de elaboración no deberá interferir en la calidad de los alimentos). *Cubertería de acero inoxidable. *Mesas y sillas: Para el cálculo del número de mobiliario requerido se utilizará el siguiente coeficiente: Mayor número de ingestas en el día (desayuno o almuerzo o merienda)

El número de turnos* dentro de un tiempo de comida -En el caso de la presente ficha se considera el almuerzo como la ingesta con mayor número de usuarios y que el personal se distribuye en tres turnos* diferentes durante un tiempo de comida. Las herramientas y maquinaria para la prestación del presente servicio se encuentran detalladas en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I). Nota: *El proveedor proporcionara las herramientas, utensilios y todos los insumos que se requieran para la elaboración de los alimentos. *Los utensilios no deben ser utilizados al mismo tiempo para la preparación de dos tipos de alimentos diferentes, para evitar la contaminación cruzada. *Los utensilios de cocina deben ser isotérmicos de acero inoxidable u otro material no tóxico, deben ser correctamente limpiados y desinfectados. El

	proveedor como requisito para catalogarse deberá presentar documentos que respalden la disponibilidad del equipo mínimo (facturas, títulos de propiedad, contratos de compra-venta, declaraciones juramentadas de propiedad, o de arrendamiento). - PRECIOS REFERENCIALES PARA LA LIQUIDACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA: Se utilizarán los siguientes precios para la liquidación de la orden de pago por parte de la entidad contratante: INGESTA (PRECIO SIN IVA) Desayuno US$ 2,36 c/u Almuerzo US$ 2,63 c/u Merienda US$ 2,50 c/u * Estos precios son referenciales para la liquidación de la orden de compra de acuerdo con el número de ingestas solicitadas en la misma y su concordancia con el número de ingestas servidas de manera efectiva por el proveedor. Adicionalmente, el proveedor presentará un informe de servicios prestados con el número de ingestas servidas o confirmadas. La entidad contratante acogerá este informe como insumo para la elaboración de su informe de satisfacción previo al pago mensual de la orden. - REQUISITOS DE PAGO: El pago se realizará previo a la presentación de los siguientes documentos: -Factura. -Informe mensual de conformidad del servicio realizado por el personal designado para el efecto en el cual conste el detalle del cuadro de control de ingestas, uno por parte de la entidad contratante y otro por parte del proveedor. -Presentación ante la entidad contratante de credenciales de el/la nutricionista encargado de la validación del menú, así como sus datos de contacto (nombre, número de teléfono celular y correo electrónico). -Acta de entrega recepción del servicio e informe del administrador de la orden de compra. -Planilla de pago mensual de afiliaciones al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en los casos que corresponda. - Copias de las facturas de compra de alimentos frescos y semiprocesados a los proveedores catalogados en las fichas de canastas de productos alimenticios del SERCOP (detallado en el atributo No. 8). - NORMATIVA APLICABLE: * Manual de Manipulación de Alimentos vigente, emitido por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) *Manual de Buenas Prácticas de Higiene y Manipulación de Alimentos en Restaurantes y Cafeterías de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA). * Normas INEN vinculadas. *Reglamento para el manejo adecuado de los desechos infecciosos generados en las instituciones de Salud en el Ecuador. *Ley Orgánica de Salud del Ecuador. *Manual del Modelo de Atención Integral de Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). *Se considerarán otros protocolos y o procedimientos específicos que la Institución establezca con el proveedor para la prestación del servicio. Nota: De existir, se tomará en cuenta también las actualizaciones y/o modificaciones a las normas enunciadas. - FUNCIONES DEL PERSONAL: Cocinero o Jefe de Cocina: *Ejecuta las disposiciones del chef para el trabajo en la cocina. *Preparar los alimentos. Ayudante de cocina: *Asistir en la preparación de alimentos, transporte y entrega de alimentos. *Cumple con la programación señalada por el jefe de cocina o cocinero para la preparación de alimentos en todas las instancias, dentro y fuera del área de cocina. *Realizar el transporte de los alimentos e insumos requeridos para la prestación del servicio. *Realizar la entrega de los alimentos al personal. *Colaborar con la limpieza de los utensilios y del área a su cargo, tanto de preparación como de servicio alimentos. Funciones de personal de apoyo: Las funciones del personal de apoyo se encuentran detallados en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I). Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-070: Personal de limpieza: el personal designado para la limpieza general de la zona de manipulación de alimentos y comedor deberá cumplir con la normativa vigente y normas de bioseguridad establecidas desde el Consejo Nacional de Salud, además de protocolos y/o procedimientos de limpieza vigentes en la entidad contratante y que se consideren necesarios para la prestación del servicio. - PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO / FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN: Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-019 "Dos (2) Chefs o Líder de cocina *Título de instrucción superior en la rama de Gastronomía; o, certificación artesanal; o, Certificado que acredite formación o capacitación en gastronomía y/o preparación de alimentos, o, experiencia de mínimo 3 años. Certificado que acredite haber cursado y aprobado cursos de higiene y manipulación de alimentos o buenas prácticas de manufactura. *Certificado que acredite experiencia de al menos un año en servicios de preparación de alimentos, de preferencia en servicios para unidades de salud. *Certificado de salud otorgado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o por un centro de salud autorizado." Cinco (5) Ayudantes de cocina: *Certificado que acredite haber cursado y aprobado modulos de higiene y manipulación de alimentos o buenas prácticas de manufactura. *Certificado que acredite capacitación o experiencia de al menos seis meses en servicios de preparación de alimentos, de preferencia en servicios de para unidades de salud. *Certificado de salud otorgado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o por un centro de salud autorizado. Personal de apoyo: El personal de apoyo se encuentra detallado en la ficha SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I). Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-070: De igual manera, el proveedor designará a una o varias personas de los miembros del personal de trabajo, según se requiera, para que se encarguen exclusivamente de funciones relacionadas con la limpieza general de la zona de manipulación de alimentos y comedor.								

Subtotal	34.209,0000
Impuesto al valor agregado (12%)	4.105,0800
Total	38.314,0800

Número de Items	4500
Total de la Orden	38.314,0800

Fecha de Impresión: jueves, 22 de junio de 2023, 16:01:15

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002430391	**Fecha de emisión:**	21-06-2023	**Fecha de aceptación:**	22-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	ASOCIACION DE SERVICIOS DE ALIMENTACION LOS CARAS ASOLOSCARAS	**RUC:**	1391877846001
Nombre del representante legal:	BERMUDEZ ESPINOZA LIGIA ELENA				
Correo electrónico el representante legal:	mfcc1980@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mfcc1980@hotmail.com		
Teléfono:	052398156 0994061756				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3001335428	**Código de la Entidad Financiera:**	230206	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANECUADOR

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 Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDA. CARMEN ARTEAGA CEDEÑO, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	Mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2023-1754-M se designa como Administradora de la Orden de Compra a la Lcda. Carmen Moncerrate Arteaga Cedeño, Enfermera 3. El plazo de ejecución de la orden de compra para Pacientes será a partir del viernes 23 de Junio de 2023 y el plazo de ejecución de la orden de compra para el Personal Médico será a partir del 1 de Julio de 2023. Favor comunicarse al número de contacto: 0989588217.	

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
632300212	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERMANENTE CON EQUIPAMIENTO - PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (TIPO I) - UNIDAD DE MEDIDA: Una ración= tres (3) comidas: desayuno, almuerzo y merienda, más dos (2) colaciones. - HORARIO: Los horarios de alimentación se fraccionarán en tres comidas principales (desayuno, almuerzo y merienda) y dos colaciones (para los pacientes que se requiera o el número de colaciones indicadas por el médico tratante y/o nutricionista de la entidad contratante). Estos horarios deberán ser acordados entre el proveedor y la entidad contratante, teniendo como condición que la jornada laboral inicie a las 06h00 como lo más temprano y no vaya más allá de las 21h00 como más tarde. - ROPA DE TRABAJO: *En todos los casos el personal contará con equipos de protección. *Todo el personal deberá contar con uniformes completos: gorro, malla para el cabello, delantal de protección y guantes para la manipulación de alimentos, zapatos antideslizantes. *El personal deberá guardar la presentación y asepsia de los uniformes en todo momento. *El personal deberá precautelar la higiene personal integral: manos limpias, uñas cortas, cabello recogido, no portar accesorios como anillos, pulseras, aretes u otros objetos que pudieran presentar un riesgo en la prestación del servicio. *El personal que realice la prestación del servicio no podrá tener heridas o infecciones cutáneas. El proveedor realizará anualmente exámenes médicos a todo su personal. Estos exámenes son los siguientes: Biometría hemática completa, Serología (VDRL), Elemental y microscópico de orina, coproparasitario, coprocultivo, examen médico general. - CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: *Todos los gastos relativos al transporte de alimentos, productos y otras actividades relacionadas a la provisión del servicio incurrirán por parte del proveedor. *Durante todas las fases del servicio de alimentación, el contratista aplicará las normas establecidas en los manuales: BPM´s (Buenas Prácticas de Manufactura), HACCP (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control), y POES	1300 (4 Meses)	12,3400	0,0000	64.168,0000	12,0000	71.868,1600	900000000300013142025302358888888888

	(Practicas Operativas Estandarizadas Sanitarias) con la obligación de entregar informes, análisis y resultados al administrador del contrato de manera mensual. *El proveedor deberá cumplir con la Resolución ARCSA-DE-057-2015-GGG que señala la Norma técnica sanitaria sobre prácticas correctas de higiene para establecimientos procesadores de alimentos categorizados como artesanales y organizaciones del Sistema de Economía Popular y Solidaria además el proveedor garantizará la calidad del servicio de acuerdo a la Guía de usuario: Manual de Buenas Prácticas de Higiene y Manipulación de Alimentos en Restaurantes y Cafeterías del ARCSA. *Al menos una vez a la semana se realizará la desinfección profunda del menaje utilizado para la prestación del servicio (vajilla, ollas, etc.). *El lugar de preparación de alimentos parte de la prestación del servicio, deberá limpiarse antes y después de la prestación del mismo, asegurándose que este se encuentre en condiciones óptimas para garantizar la inocuidad de los alimentos. Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-070: *La entidad contratante directamente o a través de terceros, de ser el caso, verificará el cumplimiento de las condiciones específicas del servicio señaladas en la presente ficha técnica, para lo cual el proveedor dará todas las facilidades y proporcionará la información que le sea requerida. "La entidad contratante se reserva el derecho de realizar, en cualquier instante, a través de laboratorios especializados, el análisis físico, químico y microbiológico a todos los insumos utilizados en la elaboración de alimentos, así como su producto final, los gastos de estos análisis correrán por cuenta de la entidad contratante". Para el cumplimiento de este control, el proveedor deberá conservar muestras diarias de la alimentación que se haya brindado, estás muestras se almacenarán durante una semana. *Los alimentos procesados a utilizarse en la preparación de los menús, deberán tener registro sanitario o notificación sanitaria vigente, otorgado por la autoridad sanitaria nacional, mantenerse en su recipiente comercial y cumplir con las condiciones de almacenamiento detallada en el mismo. El tiempo de consumo de los mismos, no puede ser posterior a la fecha de caducidad del producto establecido en el mismo. *Los alimentos perecibles deberán colocarse en un refrigerador o congelador para impedir su deterioro. * Los alimentos								

	frescos y semiprocesados utilizados en el servicio de alimentación deberán mantener óptimas condiciones, para que no alteren la calidad e inocuidad de los mismos. El proveedor adjudicado deberá asegurar que los alimentos frescos que se utilicen en la preparación de alimentos sean adquiridos obligatoriamente a los proveedores catalogados en las fichas de canastas de productos alimenticios del SERCOP (el proveedor catalogado podrá solicitar al SERCOP el listado de los proveedores catalogados en las fichas de canastas de productos frescos para la adquisición de los mismos). *Los proveedores dentro de su cronograma mensual deberán incluir menús que contengan productos locales, utilizando productos (vegetales / frutas) de temporada incentivando los hábitos y costumbres propios de la localidad. *Se tomarán en cuenta las necesidades específicas de la entidad contratante para el diseño del menú mensual de dietas dentro de los parámetros señalados en el Atributo No. 2; a partir del cual se derivarán dietas especiales señaladas por el médico y/o nutricionista de la entidad contratante. Con este fin, el nutricionista (contratado como personal de apoyo del proveedor) tendrá una jornada laboral de 40 horas semanales distribuidas de 6 días: 3 horas en la mañana y 3 horas en la tarde, mientras que el último se contempla la presencia del nutricionista 2 horas en la mañana y 2 horas en la tarde. Estos horarios obligatoriamente comprenderán la revisión del menú diario en cada hospital o unidad de salud (alrededor de las 07h00 y 16h00 sujeto a confirmación con la entidad contratante). *El proveedor tendrá que verificar las condiciones de las instalaciones para la preparación de alimentos en conjunto con la entidad contratante para garantizar que el agua para el lavado de los alimentos, lavado del equipamiento de cocina, y otros sea agua tratada (filtrada o clarificada) o potable, con la finalidad de evitar el aprovisionamiento de fuentes contaminadas o contaminación cruzada. *Los mesones, pisos, paredes, estanterías, refrigeradoras, congeladores y equipo en general que se utilice en la prestación del servicio se mantendrán completamente limpios, antes, durante y después de ser entregado el servicio de alimentación. *El proveedor vigilará el cumplimiento del artículo 30 del Reglamento para el manejo adecuado de los desechos infecciosos generados en las instituciones de Salud en el Ecuador, así como las									

	determinaciones señaladas para el manejo de alimentos en la Ley Orgánica de Salud del Ecuador y en el Manual del Modelo de Atención Integral de Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). *Los artículos de limpieza deberán considerar las normas señaladas en estos reglamentos. Adicionalmente el proveedor desarrollará un cronograma de limpieza, desinfección, desratización y eliminación de insectos rastreros y voladores aprobada por la entidad contratante, la adquisición de los insumos es de su absoluta responsabilidad. *La entidad contratante capacitará al proveedor adjudicado acerca de los protocolos y/o procedimientos vigentes en la institución de higiene del personal, manejo de desechos, higiene y manipulación de alimentos, entre otros que se consideren necesarios para la prestación del servicio. Estos procedimientos serán cumplidos por el proveedor durante todo el tiempo que dure la prestación del servicio. - FRECUENCIA Y FORMA DE PAGO: Los pagos se realizarán con cargo a la partida presupuestaria de cada entidad contratante, contra servicio prestado con frecuencia de pago mensual. Para liquidación de las órdenes de compra, se tomarán en cuenta los siguientes criterios: 1. Se realizará el pago por servicio prestado, es decir por el número efectivo de ingestas servidas. La entidad contratante deberá confirmar este número de ingestas dos veces al día, mañana y tarde, para que se guarde concordancia con el número de ingresos y egresos de los hospitales y unidades de salud. 2. Se generará la orden de compra por el número de usuarios y la liquidación se realizará según la cantidad de raciones consumidas y que han sido confirmadas previamente, contemplando el precio establecido para cada tiempo de comida. - FUNCIONES DEL PERSONAL: Chefs: *Planificar y organizar diariamente el trabajo en la cocina, para ello coordinará la labor con el nutricionista (o responsable designado) de la entidad contratante, además tomará en cuenta requerimientos específicos de los médicos tratantes de ser el caso. *Preparar los alimentos. *Establecer procedimientos y normas específicas para la preparación de alimentos de acuerdo con la programación acordada entre la entidad contratante y el proveedor. *Supervisar el control de calidad del servicio. *Realizar la coordinación de la prestación							

	del servicio. *Verificar la limpieza de las áreas de preparación de alimentos, equipos e insumos para su elaboración. *Garantizar la entrega oportuna del servicio de alimentación. Cocinero o Jefe de Cocina: *Ejecuta las disposiciones del chef para el trabajo en la cocina. *Preparar los alimentos. Ayudante de cocina: *Asistir en la preparación de alimentos, transporte y entrega de alimentos. *Cumple con la programación señalada por el chef para la preparación de alimentos en todas las instancias, dentro y fuera del área de cocina. *Realizar el transporte de los alimentos e insumos requeridos para la prestación del servicio. *Realizar la entrega y retiro de alimentos hacia los pacientes para lo cual deberá contar con la bitácora de entrega asignada por la entidad contratante. *Colaborar en la entrega de los alimentos en la cama a los pacientes. *Colaborar con la limpieza de los utensilios y del área a su cargo, tanto de preparación como de servicio alimentos. Funciones del Personal de Apoyo: (el personal de apoyo no se considerará para la catalogación del proveedor. Este personal será contratado por el proveedor, de acuerdo a los requerimientos de la entidad contratante, una vez que se haya generado la orden de compra). Nutricionista: *Diseñar los menús de manera diaria para la aprobación y validación por el nutricionista o médico tratante de la entidad contratante de acuerdo con sus requerimientos pero limitado a los parámetros señalados en el Atributo 2. *Verificar que los menús para pacientes sean entregados de manera adecuada y precisa, según lo señale la entidad contratante. *Coordinar con el cocinero o jefe de cocina la preparación de los menús. *Verifica el cumplimiento de los menús solicitados por la unidad contratante. *Los turnos para el Nutricionista serán de 3 horas en las mañanas y 3 horas en la tarde todos los días excepto uno que serán de 2 horas, con lo que se cumplirán las 40 horas semanales en 7 días, acordando con la entidad Contratante los horarios de los turnos dentro de los rangos establecidos. Bodegueros: *Mantener los registros de ingreso y salida de insumos que se encuentren en las bodegas del Servicio, actualizados. Manejo de kardex. *Despachar y controlar los alimentos que se requieran para la preparación de los menús. *Manejar el sistema PEPS (primero en entrar primero en salir). Supervisor: el proveedor designará a una persona de su equipo para cumplir con este cargo y con las									

	funciones descritas a continuación: *Verificar el cumplimiento de los menús solicitados por la unidad contratante. *Realizar el control general de la prestación del servicio. *Controlar el cumplimiento de los protocolos y/o procedimientos vigentes en la institución de higiene del personal, manejo de desechos, higiene y manipulación de alimentos, entre otros que se consideren necesarios para la prestación del servicio. Estos protocolos y/o procedimientos serán impartidos por la entidad contratante al proveedor previa prestación del servicio. *Controlar la calidad y características organolépticas de los alimentos, así como los gramajes y presentación de los mismos. *Verificar el número de ingestas entregadas. Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-070: Personal de limpieza: el personal designado para la limpieza general de la zona de manipulación de alimentos y comedor deberá cumplir con la normativa vigente y normas de bioseguridad establecidas desde el Consejo Nacional de Salud, además de protocolos y/o procedimientos de limpieza vigentes en la entidad contratante y que se consideren necesarios para la prestación del servicio. - GARANTÍAS: * La garantía de fiel cumplimiento de la orden de compra, si la cuantía de la misma generada es mayor al valor que resulte de multiplicar el coeficiente 0.000002 por el presupuesto inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico. Esta garantía se rendirá por un valor igual al 5% del monto total de la orden de compra. *La garantía de buen uso de anticipo, por un valor equivalente al 100% del valor recibido por este concepto de haber sido concedido por la entidad contratante. Las garantías contempladas en este numeral, serán entregadas a través de cualquier forma prevista en el artículo 73 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, y serán devueltas conforme lo dispuesto en el artículo 77 de la misma ley. - DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: *La presente ficha tiene como rango referencial la atención de 50 a 100 pacientes por día, por tanto el incremento de equipos, herramientas y cualquier insumo adicional será directamente proporcional al número de usuarios diarios. -Este servicio consiste en la preparación, elaboración y el servicio de menús establecidos previamente. El servicio incluye la provisión de tres (3) comidas: desayuno, almuerzo, y merienda. Se incluirán dos								

	colaciones para ser servidas a los usuarios de hospitalización o pacientes de hospitales y unidades de salud, las cuales contemplan la entrega en cama a los/as pacientes según lo disponga el nutricionista y/o médico tratante de la entidad contratante. EL proveedor proporcionará, dentro del servicio, jarras de agua aromática de 1 litro por cada ración (por cada 3 comidas: desayuno, almuerzo, merienda, más dos colaciones). Nota: Las calorías y las porciones establecidas en las tablas son referenciales. Estás se modificarán de acuerdo a las especificaciones del personal designado (nutricionista y/o médico tratante) por la entidad contratante previo acuerdo con el proveedor, para las derivaciones diarias del menú preestablecido. Por consiguiente una ración contiene: MENÚ REFERENCIAL DE 2000 KCAL DESAYUNO ALMUERZO MERIENDA COLACIÓN -1 bebida (leche, aromática, colada) *Sopa (1 porción) *Sopa (1 porción) *Fruta (fresca o en -1 porción de fruta fresca o en compota *Segundo plato: *Segundo plato: compota o en -1 vaso de jugo -2 opciones de proteína -2 opciones de proteína colada) o lácteos (avena o yogurt)** -1 opción del grupo de proteínas -2 opciones de ensalada -2 opciones de ensalada -1 opción de carbohidratos -1 opción de carbohidrato (arroz, papa, yuca, tallarín, verde, etc.) -1 opción de carbohidrato (arroz, papa, yuca, tallarín, verde, etc.) -1 guarnición -1 guarnición -1 vaso de jugo -1 vaso de jugo *Postre: fruta fresca o compota o gelatina o flan ** El lácteo que se entregue debe estar en envase Tetrapack. DETALLE REFERENCIAL DE PORCIONES POR INGESTA DESAYUNO CARBOHIDRATO PROTEÍNA LÁCTEO/BEBIDA JUGO FRUTA PESO PESO VOL. VOL. PESO 60 gr 30-50 gr 200 ml 200 ml 60 gr DETALLE REFERENCIAL DE PORCIONES POR INGESTA ALMUERZO SOPA CARBOHIDRATO PROTEÍNA GUARNICIÓN ENSALADA JUGO POSTRE VOL. PESO PESO PESO PESO VOL. PESO 250 ml 70 gr 100 gr 50 gr 150 gr 200 ml 60 gr DETALLE REFERENCIAL DE PORCIONES POR INGESTA MERIENDA SOPA CARBOHIDRATO PROTEÍNA GUARNICIÓN ENSALADA JUGO VOL. PESO PESO PESO PESO VOL. 250 ml 70 gr 100 gr 50 gr 150 gr 200 ml DETALLE REFERENCIAL DE PORCIONES POR INGESTA								

	COLACIÓN OPCIÓN 1: FRUTA OPCIÓN 2: LÁCTEO JUGO/COLADA FRESCA AVENA YOGURT VOL. PESO VOL. VOL. 200 ml 60 gr 200 ml 200 El proveedor contará con el personal suficiente para completar en el menor tiempo posible la entrega de dietas en cama a los pacientes, el tiempo de entrega no podrá superar los 60 minutos. La entidad contratante dotará al proveedor de un espacio físico que cumpla con las condiciones de salubridad e higiene para la adecuada prestación del servicio. Será obligatoria la preparación en estas instalaciones. Esta área permitirá la instalación o uso del equipamiento con la finalidad de mantener condiciones óptimas para la prestación del servicio. Estas instalaciones deberán contar con vías de evacuación para el agua, electricidad y zonas adecuadas para la disposición de residuos sólidos y el proveedor deberá acoplarse al sistema de reciclaje si existiere en la Entidad Contratante. Después de culminar con el servicio, el proveedor, procederá a realizar la limpieza y recolección de residuos. El proveedor es responsable por las condiciones de asepsia de todos los espacios relacionados con su trabajo, en especial el área de manipulación de alimentos. Esta área, su limpieza y mantenimiento deberán contemplar el protocolo de limpieza y desinfección para hospitales, así como el manejo específico de limpieza de estos espacios de acuerdo con la normativa vigente y normas de bioseguridad establecidas desde el Consejo Nacional de Salud. Se establece como obligatoria la limpieza profunda de carácter semanal, tomando en cuenta la limpieza de trampas de gas y agua. De la misma manera se contempla el uso de desinfectante de manos antes de iniciar el servicio de preparación de alimentos. El servicio de alimentación estará disponible todos los días de la semana (7) sin excepción. Será responsabilidad del proveedor garantizar la distribución del personal de manera que la comida pueda ser servida a la temperatura apropiada y acorde a su preparación, dentro de los horarios establecidos por la entidad contratante dentro del horario de atención de las 06h00 y 21h00. La alimentación y transporte del personal contratado para la ejecución del contrato correrá por cuenta del proveedor. Los proveedores interesados en ofertar para el presente servicio tendrán la libertad de asociarse dentro de los cánones de la Economía Popular y Solidaria, la Agricultura Familiar y todas las							

	prácticas que permitan y promuevan la inclusión de los emprendimientos económicos con base social a los procesos de Contratación Estatal. - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN:: La capacidad productiva se establece de la siguiente manera: Un grupo de trabajo compuesto por la presencia de un (1) chef (en cada turno), dos (2) jefes de cocina y cinco (5) ayudantes de cocina para atender a un grupo de hasta 100 pacientes diarios (considerando que 1 usuario = una ración: 3 comidas + 2 colaciones), en dos turnos cumplimiento con (06h00 a 13h00 / 13h00 a 21h00) con un jefe de cocina y dos ayudantes para cada turno. Se consideran turnos con 7 personas debido a que estos horarios aplicarán para los 7 días de la semana sin excepción. A partir de ello se considerará dos (2) ayudantes de cocina adicionales por cada 50 pacientes y dos (2) jefes de cocina por cada 100 pacientes adicionales. Se contará con la presencia de un chef en cada turno y se considerará un chef adicional en cada turno pasadas las 500 ingestas. El proveedor deberá dividir su capacidad máxima de prestación de servicio, entre todas las ingestas solicitadas dentro del horario determinado, según el número de jefes de cocinas y auxiliares que declare en su oferta. El grupo de trabajo incluye la presencia de dos (2) nutricionistas para suplir los requerimientos de personal de apoyo en la modalidad de contrato por medio tiempo. Cada uno/a de los/las nutricionistas deberá estar presente en los momentos de confirmación diaria del número de ingestas en la entidad contratante (mañana y tarde). Además se incluye en el grupo de trabajo dos (2) bodegueros, uno para cada turno de trabajo. *La jornada laboral contemplada deberá garantizar la atención del servicio los siete (7) días de la semana. Entre las 06h00 y 21h00 de acuerdo con el horario de servicio para cada ingesta determinado por la entidad contratante. En ningún caso el servicio de una ingesta a la cama para los beneficiarios podrá quedar fuera de este horario acordado o ser servido más allá de los 30 minutos desde el inicio de distribución de las ingestas. Se recalca como 60 minutos el tiempo máximo de servicio para cada ingesta por piso. - PARAMETROS OBLIGATORIOS PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS DIETAS Valor calórico total (VCT): dependerá del tipo de									

	dieta y en casos determinados, de los requerimientos de los pacientes. Calidad: características organolépticas adecuadas (sabor suave, sin condimentos irritantes o estimulantes, consistencia y color variados, temperatura apropiada, alimentos de fácil digestión) alimentos frescos, nutritivos e inocuos. Cantidad: de acuerdo a las porciones establecidas para cubrir las necesidades calóricas y nutricionales de los pacientes. La entidad contratante, a través del médico y/o nutricionista, deberá definir los requerimientos para la elaboración de las distintas dietas alimenticias y todas sus derivaciones. De ser requerido, se realizarán modificaciones diarias a las dietas establecidas de acuerdo con las necesidades de los usuarios según lo disponga la entidad contratante, previa notificación al proveedor. "La sal y azúcar se entregarán por separado en los diferentes tiempos de comida, de acuerdo a lo requerido por la entidad contratante quién se basará en las dietas asignadas a los pacientes por la nutricionista o médico tratante. En los casos que amerite el azúcar normal se reemplazará por edulcorante no calórico. *Los menús deberán ser bajos en grasas, azucares y sal. *Las frutas y hortalizas utilizadas en la preparación de los alimentos deberán estar frescas, en buen estado para el consumidor, deben ser de muy buena calidad en sus características organolépticas (olor, color, sabor, textura, consistencia). *En caso de no disponer de algún alimento, sustituir por otro del mismo valor nutricional y costo. *Los alimentos deberán ser preparados el mismo día del consumo para garantizar la ingesta de alimentos frescos. *Los insumos a ser utilizados (alimentos) deberán ser de producción nacional, priorizando la compra de los mismos a la Economía Popular y Solidaria y sus emprendimientos disponibles en la localidad donde será prestado el servicio así como de las organizaciones de la Agricultura Familiar Campesina e Indígena, deberán aplicar con criterios de pertinencia territorial de acuerdo con la zona en donde se presta el servicio para el cumplimiento de las resoluciones RE-SERCOP-2015-0032 y RE-SERCOP-2015-0034. La proporción de estos productos no será menor al 70% del total de los productos utilizados en la elaboración del menú para el servicio de alimentación. - PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO: La ejecución de prestación del servicio, iniciará en el plazo mínimo de								

	siete (7) días contados desde la formalización de la orden de compra, tiempo en el cual la entidad contratante y el proveedor deberán aprobar el menú y cronograma de entrega, salvo acuerdo expreso entre las partes, mismo que no podrá ser mayor a 15 días. - INFRACCIONES, SANCIONES Y APLICACIÓN DE MULTAS: Infracciones Multa Por la no prestación del servicio. 1 x 1000 del valor de la factura mensual por cada día de servicio no prestado. Por falta de asepsia, inocuidad y por la mala calidad de los alimentos y servicios. Multa del 0.25 x 1000 del valor de la factura mensual cuando exista un 50% de malas calificaciones del servicio en un mismo día, (Se llevará a cabo una calificación de los parámetros antes mencionados, esta se hará en base al número de ingestas servidas y la satisfacción de los beneficiarios/as. La modalidad de calificación y evaluación será responsabilidad de la entidad contratante a través del administrador de la orden de compra; el proveedor debe ser informado previo al inicio de la ejecución del contrato de este sistema de evaluación, el cuál debe estar estrictamente relacionado con el servicio de alimentación prestado, la cual no está sujeta a modificaciones). Multa del 0.05 x 1000 del valor de la factura mensual cuando exista un 20% de malas calificaciones en un mismo día, con base en el número de ingestas servidas y la satisfacción de los beneficiarios/as. Por el cambio en los menús preestablecidos y aprobados por el administrador de la orden de compra sin la debida autorización. 0.25 x 1000 del valor de la factura mensual por cada cambio Por incumplimiento en el aprovisionamiento de utensilios y equipos mínimos requeridos en la presente ficha. 0.05 x 1000 del valor de la factura mensual por cada día de incumplimiento. Por incumplimiento del horario de entrega de las ingestas, señalado por la entidad contratante. Por el incumplimiento en las condiciones establecidas para el uniforme requerido del personal. La primera vez se hará un llamado de atención por escrito. Si existe reincidencia se aplicará una multa del 1x 1000 del valor de la factura mensual. Ante la recurrencia del incumplimiento en las condiciones de asepsia, inocuidad y calidad de cualquiera de los productos e insumos relacionados con el servicio, debidamente reportados por el administrador de contrato. La entidad contratante solicitará al SERCOP que se declare al									

	proveedor como contratista incumplido. - NORMATIVA APLICABLE: * Manual de Manipulación de Alimentos vigente, emitido por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) *Manual de Buenas Prácticas de Higiene y Manipulación de Alimentos en Restaurantes y Cafeterías de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA). * Normas INEN vinculadas. *Reglamento para el manejo adecuado de los desechos infecciosos generados en las instituciones de Salud en el Ecuador. *Ley Orgánica de Salud del Ecuador. *Manual del Modelo de Atención Integral de Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). *Se considerarán otros protocolos y/o procedimientos específicos que la Institución establezca con el proveedor para la prestación del servicio. Nota: De existir, se tomará en cuenta también las actualizaciones y/o modificaciones a las normas enunciadas. - PRECIO DE ADHESIÓN: US$ 12,34 Por ración (No incluye IVA) - EQUIPO MINIMO REQUERIDO: *La presente ficha tiene como rango referencial la atención de 50 a 100 pacientes por día, por tanto el incremento de equipos, herramientas y cualquier insumo adicional será directamente proporcional al número de usuarios diarios. Equipo necesario: *1 cocina industrial eléctrica de 4 quemadores *2 congeladores de carnes *2 congeladores para verduras *1 horno semi industrial *1 horno microondas *1 plancha industrial *1 batidora industrial *3 mesones metálicos de trabajo *1 fregadero de 2 pozos con trampa de grasa *2 baños maría *2 coches térmicos como mínimo, para distribución. Con capacidad de 30 bandejas. La cantidad adicional de estos coches se determinará dependiendo de las necesidades logísticas de la institución y del número de pacientes a ser atendidos en los tiempos establecidos. *Ollas y sartenes. *Juego de cucharas medidoras. *Software para el registro y emisión de reportes del servicio de comidas. Menaje: *Vajilla de policarbonato de material liso, no poroso y fácil de limpiar. *Vajilla desechable para pacientes en aislamiento (contenedor de plato fuerte térmico, tarrina térmica de capacidad medio litro, tenedor plato fuerte, cuchara de sopa, cucharita de postre y cuchillo) *Unidades de cubiertos desechables (cuchara sopera,								

	cuchara de postre, cuchillo y tenedor). *Utensilios de cocina de acero inoxidable. *Servilletas desechables de papel. *Otros equipos, utensilios y demás implementos que sean necesarios y estén enmarcados en la normativa de buenas prácticas de manipulación de alimentos y que aseguren la inocuidad de los alimentos. Muebles: *Estanterías: el proveedor garantizará la cantidad suficiente de este mobiliario de acuerdo a las necesidades de la entidad contratante. Herramientas: *1 balanza gramera digital con capacidad mínima de 10 kg. *1 balanza de plataforma con capacidad mínima de 200 kg. Maquinaria: *1 Lavadora de platos para mínimo 70 piezas. Nota: *El proveedor proporcionará las herramientas, utensilios y todos los insumos que se requieran para la elaboración de los alimentos. *Los utensilios no deben ser utilizados al mismo tiempo para la preparación de dos tipos de alimentos diferentes, para evitar la contaminación cruzada. *Los utensilios de cocina deben ser isotérmicos de acero inoxidable u otro material no toxico, deben ser correctamente limpiados y desinfectados. El proveedor como requisito para catalogarse deberá presentar documentos que respalden la disponibilidad del equipo mínimo (facturas, títulos de propiedad, contratos de compra-venta, declaraciones juramentadas de propiedad, o de arrendamiento). - PRECIOS REFERENCIALES PARA LA LIQUIDACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA: Se utilizarán los siguientes precios para la liquidación de la orden de pago por parte de la entidad contratante: INGESTA (PRECIO SIN IVA) Desayuno US$ 2,27 c/u Almuerzo US$ 3,94 c/u Merienda US$ 3,96 c/u Colación 1 US$ 0,21 c/u Colación 2 US$ 0,36 c/u Jarra de agua aromática (1 litro) US$ 0,17 c/u Dieta líquida estricta US$ 1,43 c/u * Estos precios son referenciales para la liquidación de la orden de compra de acuerdo con el número de ingestas solicitadas en la misma y su concordancia con el número de ingestas servidas de manera efectiva por el proveedor. Adicionalmente, el proveedor presentará un informe de servicios prestados con el número de ingestas servidas o confirmadas. La entidad contratante acogerá este informe como insumo para la elaboración de su informe de satisfacción previo al pago mensual de la orden. - REQUISITOS DE PAGO: El pago se realizará previo a la presentación de los siguientes documentos: -Factura. -Informe									

	mensual de conformidad del servicio realizado por el personal designado para el efecto en el cual conste el detalle del cuadro de control de ingestas, uno por parte de la entidad contratante y otro por parte del proveedor. -Presentación ante la entidad contratante de credenciales de el/la nutricionista encargado de la validación del menú, así como sus datos de contacto (nombre, número de teléfono celular y correo electrónico). -Acta de entrega recepción del servicio e informe del administrador de la orden de compra. -Planilla de pago mensual de afiliaciones al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en los casos que corresponda. - Copias de las facturas de compra de alimentos frescos y semiprocesados a los proveedores catalogados en las fichas de canastas de productos alimenticios del SERCOP (detallado en el atributo No. 8). - PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO / FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN: Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-019 "Dos (2) Chefs o Líder de cocina *Título de instrucción superior en la rama de Gastronomía; o, certificación artesanal; o, Certificado que acredite formación o capacitación en gastronomía y/o preparación de alimentos, o, experiencia de mínimo 3 años. Certificado que acredite haber cursado y aprobado cursos de higiene y manipulación de alimentos o buenas prácticas de manufactura. *Certificado que acredite experiencia de al menos un año en servicios de preparación de alimentos, de preferencia en servicios para unidades de salud. *Certificado de salud otorgado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o por un centro de salud autorizado." Dos (2) Jefes de cocina o cocineros: *Certificado que acredite formación o capacitación en gastronomía y/o preparación de alimentos de mínimo 40 horas o título o certificación artesanal en las áreas antes mencionadas. *Certificado que acredite haber cursado y aprobado módulos de higiene y manipulación de alimentos o buenas prácticas de manufactura. *Certificado que acredite experiencia de al menos un año en servicios de preparación de alimentos, de preferencia en servicios para unidades de salud. *Certificado de salud otorgado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o por un centro de salud autorizado. Cinco (5) Ayudantes de cocina: *Certificado que acredite haber cursado y aprobado módulos de higiene y manipulación de alimentos o buenas prácticas de manufactura. *Certificado que								

	acredite capacitación o experiencia de al menos seis meses en servicios de preparación de alimentos, de preferencia en servicios de para unidades de salud. *Certificado de salud otorgado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o por un centro de salud autorizado. Personal de apoyo: (el personal de apoyo no se considerará para la catalogación del proveedor. Este personal será contratado por el proveedor, de acuerdo a los requerimientos de la entidad contratante, una vez que se haya generado la orden de compra). Nutricionistas: El proveedor con la finalidad de validar los menús establecidos con la entidad contratante, deberá contar con el aval y firma de un nutricionista que garantice el cumplimiento del menú con los requerimientos nutricionales señalados por la entidad contratante. El mismo deberá tener un título profesional de tercer nivel registrado en Senescyt que acredite formación en Nutrición Humana, Dietética o equivalente. El proveedor deberá contar con mínimo de nutricionistas que cumplan los turnos de trabajo diurno y vespertino que completen las 40 horas semanales en los 7 días asignados. Dos (2) Bodegueros: *Certificado que acredite haber cursado y aprobado módulos de higiene y manipulación de alimentos o buenas prácticas de manufactura. * Certificado que acredite capacitación o experiencia de al menos seis meses en manejo de bodegas de alimentos en servicios de preparación de alimentos. *Certificado de salud otorgado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o por un centro de salud autorizado. Supervisor: el proveedor designará a una persona de su equipo para que cumpla con las funciones de supervisión/administración. Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-070 De igual manera, el proveedor designará a una o varias personas de los miembros del personal de trabajo, según se requiera, para que se encarguen exclusivamente de funciones relacionadas con la limpieza general de la zona de manipulación de alimentos y comedor.							

Subtotal	64.168,0000
Impuesto al valor agregado (12%)	7.700,1600
Total	71.868,1600

Número de Items	1300
Total de la Orden	71.868,1600

Fecha de Impresión: jueves, 22 de junio de 2023, 16:00:33

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002430768	**Fecha de emisión:**	21-06-2023	**Fecha de aceptación:**	23-06-2023
Estado de la orden:	Pendiente				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	ESCOLTA	**Razón social:**	FULL ESCOLTAS ESCUDOS & VIGILANTES FULLSCOLT CIA.LTDA.	**RUC:**	1792714001001
Nombre del representante legal:	RODRIGUEZ ESPINOZA MAHATMA GANDHI				
Correo electrónico el representante legal:	mahatmar@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mahatmar@hotmail.com		
Teléfono:	0995266422 2432332				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	32210422	**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		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIAN CEDEÑO MEZA, ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA
Observación:	El plazo de ejecución es de 1 MES contado a partir del 01 de Julio del 2023. Favor comunicarse con el Administrador de la Orden de Compra al número 0983248697.	

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
852500061	Punto de Servicio Institucional de 24 Horas de Lunes a Domingo Permanente Mensual sin Arma **MARCA:** NO APLICA - EQUIPAMIENTO:	9 (1 Meses)	3.540,6312	0,0000	31.865,6807	12,0000	35.689,5624	900000000300013142025302088888888

	*Cinturón. *Radio Handy (certificado de homologación de la Agencia de Regulación y Control de las Telecomunicaciones -ARCOTEL) *Sistema de comunicación manos libres (En caso de requerirlo) *Chaleco antibalas IIA (mínimo), o en puestos de alto riesgo IIIA las especificaciones técnicas de los chalecos se sujetará a alguna de las normas internacionales: NTMD-0028-A3, NOM-166-SCFI, MA.01-A1, NIJ-0101, ASTM E2902 y sus equivalentes, en cuanto a los componentes del Chaleco: Parte Frontal, Parte Trasera, 2 Paneles Balísticos, Placa reductora de Trauma, Cierres y/o adhesivos *Linterna *Impermeable *Tolete (PR24) *Detector de Metales (En caso de requerirlo) *Calzado adecuado para prestar el servicio. - ARMAMENTO: *Autorización de tenencia vigente emitido por Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas - CAPACITACIÓN: Capacitación nivel I y reentrenamiento con certificado vigente De conformidad con el Acuerdo Ministerial 195 Art. 23 - FACTOR HOMBRE: 3,75 guardias - FABRICANTE: PROVEEDOR DEL SERVICIO - MOVILIZACIÓN: Incluye Movilización - CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL: La empresa de seguridad deberá garantizar que las personas encargadas para prestar el servicio de seguridad deben estar en condiciones óptimas. - OBLIGACIONES DEL PATRONO: *Presentar cada mes pago de aportes al IESS *Presentar cada mes acreditación a las cuentas individuales de cada Guardia de Seguridad. *Presentar cada mes el pago de pólizas de responsabilidad civil y de accidentes personales. - SUPERVISIÓN: Incluye supervisión - MATERIALES: *Material de escritorio, para los puestos de seguridad: libro de anotaciones, esferográficos, regla, etc. *Formularios para el control de acceso y salida de los diversos tipos de vehículos - TAREAS BÁSICAS DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD: Garantizar la seguridad de las personas y los bienes en el punto contratado - JORNADA: Diurna y Nocturna								

	- UNIFORMES: *Se utilizará exclusivamente el autorizado por el Departamento de Control y Supervisión de Empresas de Seguridad Privadas de la Policía Nacional COSP. *El uniforme deberá estar en buenas condiciones de uso, mismo que será sujeto de inspección por la entidad contratante. *Como parte del uniforme, el guardia de seguridad debe portar la credencial de identificación personal en un lugar visible, ésta incluirá el logotipo y nombre de la compañía de seguridad, los datos personales del portador nombres completos, número de cédula de identidad, función asignada y su fotografía. *El uniforme deberá adecuarse al clima de la localidad. *Deberá contar con el permiso de uniformes otorgado por el Departamento de Control de Organizaciones de Seguridad Privada COSP.							

Subtotal	31.865,6807
Impuesto al valor agregado (12%)	3.823,8817
Total	35.689,5624

Número de Items	9
Flete	0,0000
Total de la Orden	35.689,5624

Fecha de Impresión: jueves, 22 de junio de 2023, 17:54:23

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002430165	**Fecha de emisión:**	21-06-2023	**Fecha de aceptación:**	22-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	MANASERVICIOS S.A.	**Razón social:**	MANABI SERVICIOS MANASERVICIOS S.A	**RUC:**	1391736835001
Nombre del representante legal:	ORMAZA TORRES LUIS ANTONIO				
Correo electrónico el representante legal:	luisormaza@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	luisormaza@hotmail.com		
Teléfono:	0999198732 0999198732 0982266220 052565499				

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

Dirección Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. SILVIA CEDEÑO ZAMBRANO, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA

Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION
Observación:	Mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2023-1755-M se designa como Administradora de la Orden de Compra a la Ing. Silvia Elizabeth Cedeño Zambrano, Analista de Recaudación El plazo de ejecución de la presente orden de compra comenzará a partir del 1 de Julio de2023. Favor comunicarse al número de contacto: 0960459532

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
853300012	LIMPIEZA DE INTERIORES Y EXTERIORES TIPO III - MAQUINARIA: Abrillantadoras 1 por cada 6000 m². Aspiradora Industriales 1 por cada 10.000 m². Bombas Fumigadoras a motor 1 por cada 10.000 m². Hidrolavadoras 1 por cada 10.000 m². Bombas de Succión 1 por cada 10.000 m². Podadora 1 por cada 20.000 m². en	19035 (2 Meses)	1,2900	0,0000	49.110,3000	12,0000	55.003,5360	900000000300013142025302098888888

	caso de que existan jardines - EQUIPAMIENTO: *Uniforme *Credencial de la empresa con foto y datos personales en letra legible y grande *Mascarillas desechables especiales para limpieza *Guantes de caucho. - MATERIALES: Alcohol antiséptico, aromatizante, ambiental , desinfectante aromaterapia, cloro liquido 5.5%, atomizador, mano de oso, bomba para baños, detergente, escoba de pluma, escoba de coco, estropajo reforzado color verde, paño microfibra, fundas de basura negras 23x28 medianas, fundas de basura negras industriales 30x36, fundas de basura blancas pequeñas 18x24, guantes bicolor calibre 25, insecticida de 600 ml, lavavajilla de 450 gr, aceite rojo para limpiar muebles, tela repuesto de mopa para barrido 40cm, estructura de mopa 40 cm, tela repuesto de mopa para trapeo 40cm, squash y extensión, recogedores de basura, trapeadores jumbo, guantes de nitrilo, lija de agua, balde de 12 lt., jabón líquido para dispensador, papel higiénico jumbo de 250 mtrs doble hoja blanco, papel toalla de mano, insecticida, abono orgánico, mopas para limpieza de vidrio de 35 cm. - TAREAS BÁSICAS DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE LIMPIEZA DE OFICINAS: Limpieza de oficinas y espacios interiores amoblados. Limpieza de áreas operativas. Limpieza de Baterías Sanitarias. Limpieza de áreas de circulación. Limpieza de áreas exteriores. Limpieza de áreas restringidas. Limpieza de parqueadero y patios. Limpieza de parques y jardines. Limpieza de vidrios externos. Limpieza de áreas de atención al público. - UNIFORMES: *Indumentaria adecuada para realizar trabajos de Limpieza *La indumentaria deberá estar en buenas condiciones de uso, mismo que será sujeto de inspección por la entidad contratante. *La indumentaria deberá adecuarse al clima. - JORNADA: La entidad contratante generadora de la orden de compra, establecerá el cronograma en base a turnos, tomando en cuenta un horario de trabajo por persona de hasta 40 horas a la semana - NRO. DE PERSONAS: El número de personas asignadas al servicio de limpieza de oficinas depende de área total del lugar donde se realizará la limpieza, (dependerá del número de trabajadores, tomando en consideración un rendimiento de hasta 900 metros cuadrados por persona) - HERRAMIENTAS: * HERRAMIENTAS CANTIDAD Coche escurridor 1 por cada 3000 m². Coche utilitario 1 por cada 5000 m². Escalera telescópica de 7 m 1 por cada 5000 m². Escalera pata de gallo (tipo tijera) 1 por cada 10.000 m². Rastrillos 1 por cada 4000 m² en caso de que existan jardines. Palas 1 por cada 4000 m² en caso de que existan jardines.										

	Azadón 1 por cada 4000 m² en caso de que existan jardines. Tijeras de jardín 1 por cada 4000 m². Costales 1 por cada 1000 m². Carretilla 1 por cada 10.000 m² en caso de que existan jardines. Bastón telescópico 3x150 cm. (para limpieza de vidrio) 1 por cada 1.600 m². Escurridor de vidrio con aplicador químico con extensiones 1 por cada 2.000 m². Escurridor de vidrio 35 cm con extensiones 1 por cada 500 m². Señalización de prevención de piso mojado 1 por cada 1.000 m². - HABILIDADES Y CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE LIMPIEZA: *Responsable *Conocimiento y experiencia *Honestidad y rectitud *Atento y amable, y mostrar buenas habilidades de comunicación *Excelente atención al cliente *Capacidad de trabajar en equipo *Concentración en el trabajo *Puntualidad y cumplimiento de fechas y parámetros. - SUPERVISIÓN: Existirá un Supervisor por Edificio o el Administrador del Contrato, quien se encargara de recorrer las inmediaciones de inmueble cuando crea correspondiente o necesario. - TIEMPO MINIMO DE CONTRATO: Oficio Circular No. SERCOP-CDI-2017-0020 En los productos de servicio de limpieza las entidades contratantes emitirán las órdenes de compra por un periodo mínimo de 6 .En caso de que las entidades contratantes emitan órdenes de compra por menor tiempo, el proveedor de considerarlo pertinente podrá solicitar a la entidad contratante dejar sin efecto la orden de compra.meses, para efectos de garantizar la estabilidad laboral de los trabajadores.							

Subtotal	49.110,3000
Impuesto al valor agregado (12%)	5.893,2360
Total	55.003,5360

Número de Items	19035
Total de la Orden	55.003,5360

Fecha de Impresión: jueves, 22 de junio de 2023, 15:08:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002423558	**Fecha de emisión:**	13-06-2023	**Fecha de aceptación:**	15-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	OFTALVIS S.A.	**Razón social:**	OFTALVIS S.A.	**RUC:**	1791434501001
Nombre del representante legal:	TOMALA ESPAÑA ANGELA ISABEL				
Correo electrónico el representante legal:	angela.tomala@oftalvis.com	**Correo electrónico de la empresa:**	angela.tomala@oftalvis.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005309007	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 30/06/2023 / 1380 002 / 31/07/2023 / 1380 003 / 31/08/2023 / 1380 004 / 29/09/2023 / 1380 005 / 31/10/2023 / 1380 006 / 30/11/2023 / 1080 **Total** / **7980**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260347026	Ácido valpróico (sal sódica) - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA-FRASCO X 30 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.160000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AR] ARGENTINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-01-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2003-05-14 15:20:23 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 25.139-05-03 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR ATEMPERATURA NO MAYOR A 30C - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: DIVALPROATO DE SODIO 269.06 MG EQUIVALENTE A 250.00 MG DE ACIDO VALPRÓICO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VALCOTE 250 mg TABLETAS RECUBIERTAS - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido valpróico (sal sódica) - A. CUM: N03AG01SOR165X0	7980	0,160000	0,000000	1.276,800000	0,000000	1.276,800000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.276,800000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.276,800000

Número de Items	7980
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.276,800000

Fecha de Impresión: lunes, 19 de junio de 2023, 08:27:05

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002423510	**Fecha de emisión:**	13-06-2023	**Fecha de aceptación:**	15-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	TOTALCARE PHARMA S.A.	**Razón social:**	TOTALCARE PHARMA S.A.	**RUC:**	0992893028001
Nombre del representante legal:	PAREDES ALAVA PABLO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	mparedes@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	mparedes@grupocare.ec		
Teléfono:	0989625084				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005299579	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN			

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	30/06/2023	3720
002	31/07/2023	3240
003	31/08/2023	3240
004	29/09/2023	3240
005	30/10/2023	3240
006	30/11/2023	3240
Total		**19920**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260510574	Metoclopramida - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.065000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ACULIFE HEALTHCARE PRIVATE LIMITED - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-17 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-17 13:58:33 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2150-MEE-0516 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30?C. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 120 AMPOLLAS DE 2 ML C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 2	19920	0,065000	0,000000	1.294,800000	0,000000	1.294,800000	900000000153080913140010000000

	ML CONTIENE: CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA EQUIVALENTE A CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA ANHIDRA BP 10 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INCOLORA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: MECLONIR - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Metoclopramida - A. CUM: A03FA01LPR225A4							

Subtotal	1.294,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.294,800000

Número de Items	19920
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.294,800000

Fecha de Impresión: lunes, 19 de junio de 2023, 08:26:35

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002423509	**Fecha de emisión:**	13-06-2023	**Fecha de aceptación:**	15-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 30/06/2023 / 360 002 / 31/07/2023 / 360 003 / 30/08/2023 / 360 004 / 29/09/2023 / 360 005 / 30/10/2023 / 360 006 / 30/11/2023 / 210 **Total** / **2010**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260762767	Terbinafina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: D01BA02SOR165X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Terbinafina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FUNGISTAT - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE. TERBINAFINA CLORHIDRATO 281.300 MG EQUIVALENTE A TERBINAFINA BASE 250.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERS X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 770-MEN-0416 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-04-13 12:00:45 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.060000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	2010	0,060000	0,000000	120,600000	0,000000	120,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	120,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	120,600000

Número de Items	2010
Flete	0,000000
Total de la Orden	120,600000

Fecha de Impresión: lunes, 19 de junio de 2023, 08:26:03

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO

Orden de compra:	CE-20230002423508	**Fecha de emisión:**	13-06-2023	**Fecha de aceptación:**	15-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre comercial:	LABORATORIOS ANYUPA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS ANYUPA S.A.	**RUC:**	0993030961001
Nombre del representante legal:	VARGAS CABRERA ALBERTO ANDRES				
Correo electrónico el representante legal:	laboratoriosanyupasa@outlook.com	**Correo electrónico de la empresa:**	laboratoriosanyupasa@outlook.com		
Teléfono:	0996573624 0990145776 0999019672				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100152049	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	30/06/2023	70
002	31/07/2023	70
003	30/08/2023	70

	004	29/09/2023	70
	005	30/10/2023	70
	006	30/11/2023	50
	Total		**400**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.**
35260095165	Cefuroxima - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 50 G DE POLVO PARA RECONSTITUIR 70 ML DE SUSPENSIÓN + VASO DOSIFICADOR +INSERTO. - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 G DE POLVO PARA 140 ML DE SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA CONTIENEN: CEFUROXIMA AXETILO 8,42 G + 3,1% DE EXCESO PARA MEJORAR ESTABILIDAD DEL PRODUCTO EQUIVALENTE A 7,0 G DE CEFUROXIMA BASE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA RECONSTITUIR SUSPENSIÓN ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEFUROXIMA 250 MG / 5 ML POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 3,400000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: Laboratorio Vida Labovida S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-05-15 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-05-15 14:30:08 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GN1350513 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30 C - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg/5 mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cefuroxima - A. CUM: J01DC02SOP168X0	400	3,400000	0,000000	1.360,000000	0,000000	1.360,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.360,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.360,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.360,000000

Fecha de Impresión: lunes, 19 de junio de 2023, 08:25:04

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002422266	**Fecha de emisión:**	09-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PALACIOS SALTOS ALBA DEL CARMEN	**RUC:**	1303987109001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	albypa961@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	albypa961@hotmail.com		
Teléfono:	0986529792 0985831138 0986529792 0959985334 052634762				

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	0040307428	**Código de la Entidad Financiera:**	230206	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANECUADOR

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 Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR	

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
881220013	CONJUNTO DE VESTIR PARA AUXILIARES DE SERVICIOS DE SALUD - ÁREA DE INTERVENCIÓN: El área de intervención para la prestación del servicio será determinada por el domicilio legal del proveedor, registrado en el RUP. | La participación de los proveedores es a nivel nacional, excepto para la Provincia de Galápagos. Para la emisión de la orden de compra se regirá la contratación de proveedores locales, de no existir oferta local se podrá contratar proveedores de provincias adyacentes al lugar donde se demanda el bien previo acuerdo entre entidad contratante y proveedor. - ADMINISTRACIÓN: La entidad contratante deberá: / • Suministrar al proveedor catalogado el cronograma de recepción de las prendas y entregar el Acta al proveedor. | • Verificar que el producto sea de calidad y en el caso de que existieran productos defectuosos solicitar los cambios necesarios. | • Verificar que las tallas de las prendas entregadas cumplan con las tallas de cada funcionario acorde al registro detallado en el Acta de control suscrito por el proveedor, el administrador y el funcionario en la toma de tallas. La entrega de prendas se limitará a las tallas registradas en dicha Acta. | • La administración de la orden de compra, se realizará por parte de un delegado-técnico designado por la entidad contratante, quien realizará el monitoreo, verificación y control del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas para la entrega del bien. | • El Administrador del Contrato dará el informe de fiel cumplimiento del mismo. - FORMA Y REQUISITOS PARA EL PAGO: FORMA DE PAGO: *Será facultad de cada entidad contratante, establecer la forma de pago, de cualquiera de las siguientes formas: • Contra Entrega: La entidad contratante podrá realizar el pago por la totalidad de la orden de compra, siempre y cuando no exista un anticipo. Si se establecen entregas parciales, el pago será contra entrega parcial del bien, según cronograma establecido por el proveedor y la entidad contratante, de conformidad con la capacidad productiva declarada por el proveedor, o determinada como máxima en la ficha del producto específico. | • Anticipo: La entidad contratante podrá otorgar anticipos de hasta el 70% del valor total de la orden de compra. El proveedor adjudicado para recibir el anticipo, deberá rendir previamente la garantía por igual valor del anticipo, el cual se amortizará a medida que se vaya entregando el bien, en el caso que existan entregas parciales.| CONDICIONES DE PAGO: Los pagos se realizarán con cargo a la partida presupuestaria de la entidad generadora de la orden de compra y se efectuará en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica previo a la presentación de los siguientes documentos: • Factura emitida por el proveedor.| • Copia de factura (s) de compra de tela nacional (Peso, cantidad, tipo de tela) | • Acta de entrega-recepción definitiva a satisfacción de la entidad contratante. | • Copia de la orden de compra. | • Documentos de respaldo referente al cumplimiento de la afiliación a la seguridad social en la modalidad que correspondiere según la naturaleza del proveedor. La cantidad del personal, debe ser considerada en función a la capacidad productiva de la ficha técnica del producto. El tiempo mínimo de afiliación que se verificará será desde la fecha de la	3	20,6700	0,0000	62,0100	12,0000	69,4512	900000000353080213140010000000

	generación de la orden de compra hasta la fecha del acta de entrega recepción. - CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN: MATERIALES: Tipo de tela: Gabardina, | Peso: 200 a 230 gr/m2, | Ancho del útil: 150 cm, | Rendimiento: 2.89 m/kg, | Selección de colorantes: Dispersos - Tinas, | Composición: 35% algodón y 65% Poliéster, | Acabado: Anticloro, antimanchas, antibacterial, antiestática antifluido, tacto suave. - CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL BIEN: • Los materiales empleados en la confección deben reunir las condiciones de durabilidad, |confort, resistencia, solidez de color y calidad. • Los oferentes garantizarán que los materiales empleados no contengan sustancias tóxicas. | • La materia prima será exclusivamente de origen nacional. | • El proveedor catalogado está obligado a mantener la garantía técnica de confección de las prendas por el lapso de un (1) año, según el Artículo 76 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. - COLOR: El color principal de las prendas, así como los colores de contrastes o vivos, la ubicación y diseño de los mismos, serán determinados por la entidad contratante. - CONDICIONES DE ENTREGA DEL BIEN: • Empaquetado de cada prenda en fundas termoplásticas, transparentes, selladas. | • El embalaje se hará en sacos o fundas (resistentes). - TRANSPORTE: El proveedor catalogado asumirá el costo de transporte hasta la dirección establecida por la entidad contratante para la entrega de los bienes dentro de la localidad en la que se hubiese catalogado, de acuerdo a lo establecido en la orden de compra, salvo acuerdo entre proveedor – entidad. | La entrega del bien incluye el estibaje al interior de las instalaciones de la entidad contratante - TIEMPO DE ENTREGA DEL BIEN: • El plazo para la entrega de las prendas será de hasta treinta días (30), contados a partir de la formalización de la orden de compra (estado revisado). | • Los tiempos de entrega podrán modificarse, previo acuerdo expreso entre entidad contratante y proveedor. | • Se podrán realizar entregas parciales o totales, antes del plazo estipulado, conforme al cronograma de entrega previamente establecido de mutuo acuerdo entre el proveedor y la entidad contratante generadora de la orden de compra. | • En caso de que la orden de compra sea inferior a la capacidad de producción mensual del proveedor, el plazo de entrega podría ser anticipado a lo establecido, previo mutuo acuerdo entre la entidad contratante y el proveedor. - GARANTÍAS: Las Entidades Contratantes deberán exigir la presentación de garantías dependiendo de los siguientes casos: Garantía de Fiel Cumplimiento.- Para seguridad del cumplimiento del contrato y para responder por las obligaciones que contrajeren a favor de terceros, relacionadas con el contrato, el adjudicatario, antes o al momento de la firma del contrato, rendirá garantías por un monto equivalente al cinco (5%) por ciento del valor de la orden de compra, siempre que el monto del contrato sea mayor a multiplicar el coeficiente 0,000002 por el Presupuesto Inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico. | Garantía por Anticipo.- El proveedor deberá rendir, previamente, garantías por igual valor del anticipo.| Garantía técnica.- Cubrirá el 100% de los bienes con daños o alteraciones ocasionados por: fábrica, embalaje, manipulación, mala calidad de los materiales o componentes empleados en su fabricación/								

	confección. - MAQUINARIA: Los proveedores deberán contar con la siguiente maquinaria mínima: 1 De costura recta, | 1 Overlock de 4 o 5 hilos, | 1 Ojaladora industrial, | 1 Cortadora tela industrial, | 1 Plancha industrial, | 1 Elasticadora, | Los proveedores deberán adjuntar la documentación que respalde la disponibilidad de la maquinaria mínima requerida (contrato de compra-venta, factura, títulos de propiedad, contrato o compromiso de alquiler o arrendamiento, declaración suscrita por el proveedor). | El SERCOP directamente o a través de terceros, verificará la disponibilidad de la maquinaria declarada conforme se establece en el formulario "TABLA DE EQUIPAMIENTO Y HERRAMIENTAS", que consta en el pliego. - LOGOTIPO / BORDADO: La entidad contratante en coordinación con el proveedor definirá el diseño del logotipo y ubicación en la prenda; así como el material a utilizar. | La prenda incluye dos bordados de alta calidad de hasta 10 hilos. - ACTUALIZACIONES: Mediante Oficio Circular SERCOP-CDI-2018-007 de 28 de diciembre de 2018, se actualizan los atributos de "Formación/Capacitación/Experiencia" y "Requisitos para el Pago", se homologan los textos concernientes a la afiliación de la seguridad social en las fichas técnicas. - ANTECEDENTES / OBJETIVO: El Ministerio de Salud Pública – MSP mediante Oficio Nro. MSP-CGAF-2017-0444-O requiere realizar la adquisición de ropa de trabajo "uniformes" para las/los trabajadores correspondientes al año 2017, mediante Oficio MSP-CGAF-2017-0521-O, el MSP solicita al SERCOP la inclusión de las fichas técnicas aprobadas en el catálogo dinámico inclusivo. | El SERCOP en base a sus atribuciones puede elaborar y actualizar fichas técnicas con el objetivo de normalizar bienes y servicios conforme lo establece el artículo 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (LOSNCP) en su numeral 2. "Bienes y Servicios Normalizados: Objeto de contratación cuyas características o especificaciones técnicas que se hallen homologados y catalogados." y numeral 3: "Catálogo Electrónico: Registro de bienes y servicios normalizados publicados en el portal institucional para su contratación directa como resultante de la aplicación de convenios marco". | De esta manera, una de las características fundamentales en este proceso de normalización es la determinación del precio unitario del bien o servicio, a partir del cual se formalizará la compra de determinado producto, como se hace referencia en la Resolución No. 025 del SERCOP, Capítulo 1, artículo 3, numeral 3.7 "Orden de Compra.- Es el acuerdo de voluntades por el cual se formaliza la adquisición de bienes o servicios normalizados a través de Catálogo Dinámico Inclusivo, mediante la cual la entidad contratante establece los bienes o servicios objeto de la contratación y su entrega; y, el proveedor seleccionado se obliga a su cumplimiento conforme el precio, plazo, forma y condiciones previstas en el Acuerdo de Compromiso". | Observando lo dispuesto en el Art. 252 de la Codificación de Resoluciones SERCOP de 31 de agosto de 2016, que se refiere a Incorporación de nuevos productos en categorías existentes, el Servicio Nacional de Contratación Pública en el caso de requerir la incorporación de nuevos productos en una categoría existente del Catálogo Dinámico Inclusivo, publicará en el Portal Institucional del Servicio Nacional de Contratación Pública las fichas técnicas, y notificará a los proveedores catalogados la										

	inclusión del nuevo producto. De igual manera el Art. 253 de la codificación mencionada anteriormente estipula la adhesión de proveedores a nuevos productos que permite a los proveedores catalogados que consten dentro de un procedimiento en el cual se incorpore un nuevo producto y tengan interés en adherirse al mismo, deberán presentar su manifestación de interés, demostrando que cumple con las condiciones requeridas en la ficha técnica, mediante los medios físicos o electrónicos que para ello disponga el Servicio Nacional de Contratación Pública. | OBJETIVO: Normalizar productos de confección textil, con la finalidad de propiciar la compra inclusiva que beneficie a los actores de la Economía Popular y Solidaria; micro y pequeñas empresas, artesanos y unidades económicas populares dentro del Catálogo Dinámico Inclusivo. - ETIQUETA: La etiqueta deberá estar colocada en la parte interior de cada prenda, según lo determine la entidad contratante, constando en ella la talla de la prenda, nombre del fabricante, RUC y teléfono de contacto. | Adicionalmente, se debe incluir en la etiqueta, recomendaciones breves de lavado para conservación adecuada de la prenda. Cumplir con la norma INEN-13 e INEN-1875:2012. - TALLAS: Una vez generada la orden de compra, la entidad contratante podrá solicitar muestras de la prenda y/o toma de tallas. (Cumplir con la norma NTE INEN 0257). Las tallas de las prendas deberán estar en el siguiente rango: *32,| *34, | *36, | *38, | *40, | *42, | *44, | *46, | *48 | Con el fin de llevar un registro adecuado de tallas y evitar inconvenientes al momento de la entrega de prendas, el Administrador del contrato de la entidad contratante conjuntamente con el proveedor levantarán un acta de control con la toma de tallas de cada funcionario, registrando los nombres y apellidos de cada servidor así como las tallas correspondientes, la misma debe ser suscrita por el funcionario, el administrador y el proveedor; otorgando una copia del Acta a cada uno. | El proveedor, de ser requerido por la entidad, deberá presentar con la entrega de muestras, las fichas técnicas de las telas empleadas para la confección, proporcionadas por el proveedor nacional de telas. - DISEÑO: La descripción del diseño y la imagen es referencial, puede variar (sujeto al precio establecido). El precio de la presente ficha incluye - Una camisa con un pantalón; o - Una blusa con un pantalón./ ---DISEÑO HOMBRE: *CAMISA: Cuello en V, cerrado con cierre de nylon, manga corta, un bolsillo ubicado en el lado izquierdo y dos bolsillos inferiores ubicados a la altura de la cintura. | *PANTALÓN: Diseño masculino, con elástico y cordón ajustable, dos bolsillos internos diagonales a la altura de la cintura, dos bolsillos laterales pequeños a la altura del muslo en cada pierna, dos bolsillos laterales grandes que irán sobrepuestos en los bolsillos pequeños en total el pantalón llevara 6 bolsillos.| ---DISEÑO MUJER: *BLUSA: Cuello corazón, manga corta cierre con ceja, un bolsillo en el pecho ubicado en el lado izquierdo con vivos 2cm bajo el borde del bolsillo en forma recta, dos bolsillos a la altura de la cintura en forma de corazón con vivos, tres pespuntes diagonales de 0.25cm ubicados en la parte superior de los bolsillos inferiores y tres pespuntes diagonales de 0.25 cm ubicados en los bolsillos inferiores: 2 pinzas frontales que inician en la unión de la manga-pecho y termina en el borde inferior de la blusa, en la parte posterior tendrá dos pinzas desde la espalda hasta la cintura. Los vivos deben ser colocados en el cuello y en el								

	filo de los bolsillos.| PANTALÓN Diseño femenino, con elástico y cordón ajustable, dos bolsillos internos diagonales a la altura de la cintura, dos bolsillos laterales pequeños a la altura del muslo en cada pierna, dos bolsillos laterales grandes que irán sobrepuestos en los bolsillos pequeños en total el pantalón llevara 6 bolsillos. | ACABADO: El proveedor deberá revisar el acabado de cada prenda a detalle, las prendas serán entregadas en óptimas condiciones. La entidad contratante podrá someter a las prendas a un control de calidad. - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN / PERSONAL MÍNIMO: Los proveedores podrán ofertar como capacidad máxima de producción hasta lo detallado a continuación: Personas Naturales o Jurídicas (Micro empresas) de 1 hasta 9 trabajadores, 176 prendas por cada trabajador , | Personas Naturales o Jurídicas (Pequeñas empresas) de 10 hasta 49 trabajadores, 176 prendas por cada trabajador, | Organizaciones de la Economía Popular y Solidaria (Sector cooperativo, asociativo y comunitario), 178 prendas por cada socio, De acuerdo al número de socios, | Artesanos, Gremios de artesanos legalmente reconocidos, 178 prendas por cada agremiado, De acuerdo al número de agremiados reconocidos (mínimo 2 personas), | Nota 1: Los proveedores que presenten en la oferta socios, agremiados o trabajadores con carnet del CONADIS, obtendrán por cada persona con discapacidad 100 prendas adicionales a la capacidad productiva declarada en total por todo el grupo. | Nota 2: Si un solo proveedor no abastece el requerimiento de la entidad contratante, la entidad podrá generar una o más órdenes de compra; en este caso la entidad deberá coordinar con todos los proveedores que cubrirán su requerimiento los detalles y especificaciones mínimas, color, tonalidades y otros tanto de las telas como de otros insumos, con el fin de obtener prendas totalmente homogéneas. - FORMACIÓN, CAPACITACIÓN/ EXPERIENCIA: Las personas naturales, cada socio o trabajador deben presentar cualquiera de la siguiente documentación: • Copias de certificado(s) de aprobación de capacitación en la elaboración de prendas de confección textil, de al menos 60 horas, los certificados deben ser emitidos por una entidad acreditada por los organismos públicos competentes; o, • Copias de certificado(s) laboral(es) que respalde experiencia mínimo de 2 años en la confección de prendas de vestir; o, • Copia título profesional; o, técnico o tecnólogo; o, bachilleratos en la rama de la industria de la confección textil debidamente refrendados, o: • Copia de carné de calificación de artesano vigente en la rama de confección textil, emitido por la Junta Nacional de Defensa del Artesano; o, • Copia de certificación de competencias en la rama de confección textil vigente, otorgado por las entidades públicas competentes. | Los oferentes que presenten en su oferta trabajadores bajo relación de dependencia, deberán presentar el Pago de Aportes al IESS mínimo de 3 meses, al momento de entregar la oferta o manifestación de interés. | Los documentos deberán ser legibles y podrán acumularse para cumplir con el número de años u horas requeridas.| Los certificados serán objeto de verificación de su autenticidad y veracidad tanto en la presentación y posteriormente. En caso de detectarse que la persona que certifica no firmó o no tiene el conocimiento de la emisión de este certificado, el SERCOP procederá a descalificar la oferta o terminar unilateralmente el convenio marco o adenda, sin perjuicio del resto de acciones legales que										

	correspondan. - INFRACCIONES Y SANCIONES: 1. INFRACCIÓN: Por incumplimiento en las condiciones específicas de elaboración de la prenda.- SANCIÓN: El proveedor deberá sustituir el bien garantizando el cumplimiento de la presente ficha técnica. El tiempo de entrega de dichas prendas será determinado por la Entidad Contratante. | 2. INFRACCIÓN: Por incumplimiento en el plazo de entregas parciales.- SANCIÓN: Se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor correspondiente a la cantidad de prendas no entregadas, según lo acordado. | 3. INFRACCIÓN: Por incumplimiento en el plazo de entregas totales.- SANCIONES: * En los casos en que exista incumplimiento de entrega de los bienes adquiridos por caso fortuito o fuerza mayor, debidamente comprobados por el administrador de la orden de compra, la entrega se podrá realizar en un plazo máximo adicional de hasta 10 días término, sin que durante dicho tiempo sea aplicable multa alguna, caso contrario se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor de la orden de compra. * Cuando el retraso supere los 10 días término contados a partir de la fecha límite de entrega del requerimiento efectuado a través de la orden de compra, se aplicará una multa del 1,5 por mil diario del valor de la orden de compra, contado desde el décimo primer día de retraso en la entrega de los bienes materia del requerimiento hasta que se realice la entrega de los mismos; es decir, que el valor por la multa podrá acumularse hasta la entrega de los bienes. *En caso de que el incumplimiento de plazo establecido para la entrega del bien, supere los 29 días término, se realizará la declaratoria de contratista incumplido, salvo acuerdo expreso entre las partes.							

Subtotal	62,0100
Impuesto al valor agregado (12%)	7,4412
Total	69,4512

Número de Items	3
Total de la Orden	69,4512

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:16:03

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002422265	**Fecha de emisión:**	09-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	LOPEZ GUEVARA LUIS RODRIGO	**RUC:**	1802604833001
Nombre del representante legal:	LOPEZ GUEVARA LUIS RODRIGO				
Correo electrónico el representante legal:	lorefer_tj@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	lorefer_tj@hotmail.com		
Teléfono:	0994222791 032580005 0983514222				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100074206	**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 Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR	

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260602018	Ácido fusídico - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.890000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: AUROCHEM LABORATORIES I PVT. LDT. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-20 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-04-20 11:15:37 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2029-MEE-0416 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 oC - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 15 G + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 20 MG - F. FORMA	1600	0,890000	0,000000	1.424,000000	0,000000	1.424,000000	900000000153080913140010000000

	FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA BLANCA A BLANQUECINA SUAVE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ÁCIDO FUSÍDICO CREMA 2 % p/p - D. CONCENTRACIÓN: 2 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido fusídico - A. CUM: D06AX01SSC123X0							

Subtotal	1.424,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.424,000000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.424,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:41:23

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
293300027	BOTÍN DE TRABAJO DE CAMPO DE CUERO HOMBRE - MUJER **MARCA:** MARCA - PLANTILLA: Removible de textil o tejido recubierto o cuero tafilete. - TALLAS: 34-42 [EUR] ETE INEN-ISO /TS 19407. Tallas extremas se realizarán por mutuo acuerdo, para lo cual la suela deberá cumplir con la norma solicitada. - HILOS: De nylon, apropiado para aparado. - CAPACIDAD PRODUCTIVA: PARÁMETRO BASE DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA:1 trabajador elabora [fabrica] 88 pares de zapatos mensuales. CAPACIDAD PRODUCTIVA:Declaración de Capacidad Productiva: El oferente declarará la capacidad productiva realizando el cálculo del parámetro base de la capacidad productiva por el número de personal que fabrique el bien, mismo que será declarado por el oferente en el formulario "LISTADO DE SOCIOS O EMPLEADOS" de la oferta o en la manifestación de interés. INCREMENTO DE CAPACIDAD PRODUCTIVA: El incremento de la capacidad productiva será en relación al aumento de personal en el proceso productivo del producto, el oferente deberá demostrar mediante la documentación solicitada el aumento de capacidad productiva, de acuerdo a las directrices establecidas por el SERCOP. - PEGA PARA CAPELLADA: De base acuosa o solvente. - CORDONES: De 125 +/- 5 cm de longitud, de alta resistencia que presente cabeteado o herretes en las puntas, presenta en ojalillera 4 o más ojales con remache. - PROCESO PRODUCTIVO: Proceso Productivo: En fabricación de calzado se identifica el proceso productivo de cortado, aparado y plantado. Maquinaria y Equipo: La maquinaria identificada en el proceso productivo, se encuentra determinada en el anexo a la ficha técnica. El proveedor deberá declarar la maquinaria y herramientas [formulario en el pliego], utilizada en el proceso de fabricación de calzado, para lo cual debe adjuntar la documentación que certifique su propiedad. El SERCOP podrá realizar la actualización del anexo de maquinaria cuando crea conveniente y realizará la notificación a los proveedores. - CAPELLADA: Cuero vacuno liso o corrugado en plena flor o flor corregida. - ETIQUETA: En la cara interior plantilla o en el forro de la lengüeta del calzado se deberá colocar una etiqueta, la cual debe contener los datos, contacto del proveedor y lo que se establece en el RTE INEN 080 vigente. - CUERO - MATERIAL: Cuero vacuno liso o corrugado en plena flor o flor corregida calibre 1.6 a 2.0 mm. - FORRO INTERIOR: Textil o tejido recubierto o cuero tafilete. - CUERO - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Todos los requisitos químicos, físicos y mecánicos. Norma de requisito: NTE INEN 1810. - CONTRAFUERTE: Polímero de 1.4 a 1.6 mm. - SUELA - MATERIAL: De caucho o poliuretano con huella antideslizante según	2	45,4900	0,0000	90,9800	12,0000	101,8976	900000000353080213140010000000

	requerimiento solicitado por la entidad contratante de acuerdo a su uso. - CORTE: Aspecto Técnico: Resistencia a las costuras de unión de piezas de corte al calzado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 20879. Valor de especificación: ≥ 8. Unidad: N/mm. Norma de referencia: ISO 17697. - EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD: Es el mecanismo por el cual la entidad contratante generadora de la orden de compra evaluará el cumplimiento de los requisitos mínimos de normativa de calidad del bien catalogado a través de: 1. Copia de ensayo tipo de calzado completo verificable contra original del documento 2. Copia de ensayo tipo de corte verificable contra original del documento. Nota: 1. Los ensayos de calzado completo y corte, determinado en la presente ficha tendrán una vigencia de 2 años. 2. Los ensayos deben coincidir con el nombre y las características del calzado determinado en la presente ficha. - SUELA - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Resistencia a la abrasión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 250. Unidad: mm3. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20871. Aspecto Técnico: Resistencia a la flexión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 6. Unidad: mm/ 30000 ciclos. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17707. Aspecto Técnico: Dureza. Norma de requisito: NTE INEN 1921. Valor de especificación: 65 ± 5. Unidad: Shore A. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 7619-1. Aspecto Técnico: Tipo de Labrado - Antideslizante. - PUNTERAS Y CONTRAFUERTES: Aspecto Técnico: Aptitud al pegado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: seco ≥ 0,5 húmedo ≥ 0,3. Unidad: N/mm. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20863. Aspecto Técnico: Características mecánicas. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: Retención de forma 70 después de 1 deformación 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. Valor de especificación: Carga de hundimiento 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. - PLANTILLA DE ARMADO: Odena, salpa, celulosa, descarne o no tejido de poliéster con recuño de 2.5 mm de espesor o preformada con cambrión de acero o plástico. - DISEÑO: Cuero vacuno liso o corrugado en plena flor o flor corregida calibre 1.6 a 2.0 mm. - FABRICANTE: FABRICANTE - PUNTERA: Polímero de 0.8 a 1.2 mm. - VAE: Umbral del VAE 40% [declarativo en el Formulario de la Oferta]. - COLOR: Negro o café. - CALZADO COMPLETO *: Aspecto Técnico: Resistencia de la unión corte/piso [suela]. Norma de requisito, Valor de especificación, Unidad: De acuerdo a la normativa vigente. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17708. *En caso de que la norma sea actualizada el proveedor deberá cumplir en lo que se refiera a unidad y valor.							

Subtotal	90,9800
Impuesto al valor agregado (12%)	10,9176
Total	101,8976

Número de Items	2
Total de la Orden	101,8976

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:17:02

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421366	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	12000
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525015281	Tiotropio bromuro - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-26 23:59:00 - CUM: R03BB04SIH172X0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tiotropio bromuro - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - FORMA FARMACEUTICA: Sólido para inhalación - CONCENTRACIÓN: 22,5 mcg (equivalente a 18 mcg de tiotropio base) - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SPIRIVA CAPSULAS DURAS CON POLVO PARA INHALACIÓN - VIA DE ADMINISTRACIÓN: [001] Inhalatoria - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: BROMURO DE TIOTROPIO MONOHIDRATADO (0.0225MG) - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 24.913-01-03 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-10-26 14:56:23 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA GMBH & CO KG. - ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - PRECIO ADJUDICADO: 1.048700 - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVESE A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C. - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: COMBO CAJA x 1.3 BLISTERS x 10 CÁPSULAS + HANDIHALER - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	12000	1,048700	0,000000	12.584,400000	0,000000	12.584,400000	90000000015308091314001000000000

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421365	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A.	**Razón social:**	QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A.	**RUC:**	1792161886001
Nombre del representante legal:	BASTIDAS VINUEZA MARIA CARMEN				
Correo electrónico el representante legal:	nataly.melo@qualiphamlab.com	**Correo electrónico de la empresa:**	nataly.melo@qualiphamlab.com		
Teléfono:	2492319 2492870 2495934 2491680 0994018008				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0041246200	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	2400
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525015271	Sulfato de zinc - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-07 23:59:00 - ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - CUM: A12CB01LOR320X0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sulfato de zinc - FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO DE ZINC - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - FORMA FARMACEUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ORAL - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5 mg/ml - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1269-MEN-1217 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-12-07 15:56:18 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A. - PRECIO ADJUDICADO: 2.280000 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Frasco x 20 ml - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: No mayor a 30 °C - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	2400	2,280000	0,000000	5.472,000000	0,000000	5.472,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	5.472,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	5.472,000000

Número de Items	2400
Flete	0,000000
Total de la Orden	5.472,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:28:32

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421364	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NOVARTIS ECUADOR S.A.	**Razón social:**	NOVARTIS ECUADOR S.A.	**RUC:**	1790233332001
Nombre del representante legal:	GABELA BAQUERO FRANCISCO JAVIER				
Correo electrónico el representante legal:	instituciones.clientes@novartis.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones.clientes@novartis.com		
Teléfono:					
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0012585047	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	20040
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

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.
3525015205	Micofenolato - CUM: L04AA06SOR173X0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Micofenolato - FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - CONCENTRACIÓN: 180 mg - VIA DE ADMINISTRACIÓN: [003] Oral - CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: 180mg - PRECIO ADJUDICADO: 1.045000 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: NOVARTIS PHARMA PRODUKTIONS GMBH - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: MYFORTIC 180 MG COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4626-MEE-0319 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 12 blísteres x 10 comprimidos gastrorresistentes c/u + inserto. - ORIGEN FABRICANTE: ALEMANIA - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2019-03-15 - FORMA FARMACÉUTICA ESPECIFICA: COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: NO CONSERVAR A TEMPERATURA SUPERIOR A 30°C - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-03-15	20040	1.045000	0,000000	20.941,800000	0,000000	20.941,800000	900000000153080913140010000000

Subtotal	20.941,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	20.941,800000

Número de Items	20040
Flete	0,000000
Total de la Orden	20.941,800000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:28:47

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421363	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	MERCK C.A.	**Razón social:**	MERCK C.A.	**RUC:**	1790001024001
Nombre del representante legal:	RODRIGUEZ GUERRERO LUISA MARLENE				
Correo electrónico el representante legal:	angel.heredia@merckgroup.com	**Correo electrónico de la empresa:**	angel.heredia@merckgroup.com		
Teléfono:	0980431712 022981677				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	01005011300	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				
Tipo de entrega requerido:	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	30000		

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

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.
3525011258	Levotiroxina sódica - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: Merk S.A. de C.V. Naucalpan de Juarez Edo de México - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): LEVOTIROXINA SODICA - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - CONCENTRACIÓN: 0.100MG - CUM: 1103AA01SOR029X0 - PRECIO ADJUDICADO: 0,030000 - ORIGEN FABRICANTE: MEXICO - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Levotiroxina sódica 100.00 mcg - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Tableta casi blanca redonda, plana con ranura en ambos lados. - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 2 blister x 25 tabletas c/u = 50 tabletas - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30°C - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 25.894-08-04 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-09-01 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: EUTIROX 100MCG TABLETAS - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-09-01	30000	0,030000	0,000000	900,000000	0,000000	900,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	900,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	900,000000

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	900,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:29:04

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421362	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	MERCK C.A.	**Razón social:**	MERCK C.A.	**RUC:**	1790001024001
Nombre del representante legal:	RODRIGUEZ GUERRERO LUISA MARLENE				
Correo electrónico el representante legal:	angel.heredia@merckgroup.com	**Correo electrónico de la empresa:**	angel.heredia@merckgroup.com		
Teléfono:	0980431712 022981677				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	01005011300	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	50000

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

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.
3525011257	Levotiroxina sódica - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - PRECIO ADJUDICADO: 0,020000 - ORIGEN FABRICANTE: MEXICO - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 2 blisteres x 25 tabletas c/u = 50 tabletas - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30°C - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 25.895-08-04 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-09-01 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: Merk S.A. de C.V. Naucalpan de Juarez Edo de México - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-09-01 - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - CONCENTRACIÓN: 0.05MG - CUM: H03AA01SOR016X0 - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: EUTIROX 50 MCG TABLETAS - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): LEVOTIROXINA SODICA - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Levotiroxina sódica 50.00 mcg - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Tableta casi blanca redonda, plana con ranura en ambos lados.	50000	0,020000	0,000000	1.000,000000	0,000000	1.000,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.000,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.000,000000

Número de Items	50000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.000,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:29:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421361	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	MEDICAMENTA ECUATORIANA S.A.	**Razón social:**	MEDICAMENTA ECUATORIANA S.A.	**RUC:**	1790775941001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ventas@medicamenta.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	ventas@medicamenta.com.ec		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2056006450	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	420
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525011328	Polietilenglicol (macrogol) en combinaciones - ORIGEN FABRICANTE: MEXICO - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NULYTELY POLVO PARA PREPARAR SOLUCION ORAL - CONCENTRACIÓN: 105.00 G - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: POLIETILENGLICOL 3350 ..... 105,00g - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL (GRANULADO) - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO GRANULAR DE COLOR BLANCO. - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): POLIETILENGLICOL (MACROGOL) EN COMBINACIONES - PRECIO ADJUDICADO: 3,500000 - CUM: A06AD65SOG000X0 - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 24.496-05-02 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-13 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EMIFARMA S.A. DE C.V. - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-13 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 4 SOBRES X 109,6 g + INSERTO	420	3,500000	0,000000	1.470,000000	0,000000	1.470,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.470,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.470,000000

Número de Items	420
Flete	0,000000

Total de la Orden	1.470,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:30:55

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421360	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		
Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	10
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525015262	Rituximab - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-02-22 23:59:00 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - CUM: L01XC02LPR097V4 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Rituximab - FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - CONCENTRACIÓN: 10 mg/mL - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TRUXIMA - VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 10 mg/mL - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 VIAL CON 50 ML (500 MG)+ PROSPECTO - PRECIO ADJUDICADO: 597.975000 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2018-02-22 11:38:18 - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 123-MBE-0218 - ORIGEN FABRICANTE: COREA, REPUBLICA DE - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CELLTRION, INC. - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR EN REFRIGERACIÓN (ENTRE 2° C Y 8° C).CONSERVAR EL ENVASE EN EL EMBALAJE EXTERIOR PARA PROTEGERLO DE LA LUZ	10	597,975000	0,000000	5.979,750000	0,000000	5.979,750000	900000000153080913140010000000

Subtotal	5.979,750000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	5.979,750000

Número de Items	10
Flete	0,000000
Total de la Orden	5.979,750000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:31:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421359	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		
Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	500
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525011034	Amikacina - VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR/INTRAVENOSA/ INFUSIÓN - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-02-22 - PRECIO ADJUDICADO: 0,918600 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ACROMAX LABORATORIO QUIMICO FARMACEUTICO S.A. - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04918-MAN-1-02-12 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-02-22 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): AMIKACINA - FORMA FARMACEUTICA: LÍQUIDO PARENTERAL - CUM: J01GB06LPR239A4 - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AKIM 1g INYECTABLE - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: LIQUIDO TRANSPARENTE, DE COLOR LIGERAMENTE AMARILLENTO. - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 ampolla x 4ml + inserto. - PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250 MG/ML - ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - CONCENTRACIÓN: AMIKACINA BASE 250mg/1mL	500	0,918600	0,000000	459,300000	0,000000	459,300000	900000000153080913140010000000

Subtotal	459,300000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	459,300000

Número de Items	500
Flete	0,000000

Total de la Orden	459,300000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:31:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421358	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS VITALIS	**Razón social:**	LABVITALIS S.A.	**RUC:**	1791881915001
Nombre del representante legal:	ERAZO CARRION DAVID ESTEBAN				
Correo electrónico el representante legal:	ventas.institucionales@vitalis.com.co	**Correo electrónico de la empresa:**	ventas.institucionales@vitalis.com.co		
Teléfono:	023937715 0999486867				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3064383804	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	27/06/2023	**Cantidad:**	500
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260015056	Amikacina - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-08-22 23:59:00 - A. CUM: J01GB06LPR239A4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amikacina - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMIKACINA 100mg. - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 100mg./2mL. - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 10 AMPOLLAS x 2mL. C/U + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02597-MAC-04-03 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2003-05-07 16:08:10 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: VITALIS S.A.C.I. - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.267300 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	500	0,267300	0,000000	133,650000	0,000000	133,650000	900000000153080913140010000000

Subtotal	133,650000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	133,650000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	133,650000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:31:58

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421357	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS VITALIS	**Razón social:**	LABVITALIS S.A.	**RUC:**	1791881915001
Nombre del representante legal:	ERAZO CARRION DAVID ESTEBAN				
Correo electrónico el representante legal:	ventas.institucionales@vitalis.com.co	**Correo electrónico de la empresa:**	ventas.institucionales@vitalis.com.co		
Teléfono:	023937715 0999486867				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3064383804	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	500
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
3525011033	Amikacina - PRECIO ADJUDICADO: 0,360000 - CUM: J01GB06LPR239A2 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): AMIKACINA - FORMA FARMACEUTICA: LÍQUIDO PARENTERAL - CONCENTRACIÓN: 250 MG/ML - ORIGEN FABRICANTE: COLOMBIA - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMIKACINA SOLUCION INYECTABLE 500 mg - CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: AMIKACINA SULFATO 751mg (Equivalente a AMIKACINA BASE 500mg) - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE INCOLORA - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 AMPOLLAS DE 2ml C/U - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: VITALIS S.A.C.I - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02907-MAE-12-03 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / Intravenosa - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-06-11 - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-06-11	500	0,360000	0,000000	180,000000	0,000000	180,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	180,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	180,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	180,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:32:24

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421356	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	ITALCHEM ECUADOR S.A.	**Razón social:**	ITALCHEM ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992539895001
Nombre del representante legal:	AYALA SALCEDO MARIO RAFAEL				
Correo electrónico el representante legal:	instituciones1@farmayala.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones1@farmayala.com		
Teléfono:	0984813954 042597905 042597890 0984813954				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006081076	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	40
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525011003	Aciclovir - PRECIO ADJUDICADO: 3,750000 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INDUSTRIAS EUROFARMA DEL ECUADOR S.A. (INDEUREC S.A.) - ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - FORMA FARMACEUTICA: LÍQUIDO ORAL - CONCENTRACIÓN: 200MG/5ML - CUM: J05AB01LOR209X0 - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: COMPACLOVIR SUSPENSION (ACYCLOVIR) - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5 mL CONTIENE: ACYCLOVIR 200 mg + 10% EXCESO 220 mg - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSIÓN HOMOGENEA, COMPLETA, LIGERAMENTE VISCOSA, LIBRE DE PARTICULAS EXTRAÑAS, COLOR ROSADO, OLOR Y SABOR. - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 1 FRASCO x 120 mL DE SUSPENSIÓN, MÁS VASO DOSIFICADOR - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 25° C - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 00399-1-MAN-07-06 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-07-28 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-28 23:59:00 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): ACICLOVIR - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	40	3,750000	0,000000	150,000000	0,000000	150,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	150,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	150,000000

Número de Items	40
Flete	0,000000
Total de la Orden	150,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:32:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421355	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	816

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
3525011073	Bupivacaína (sin epinefrina) - CUM: N01BB01LPR053A1 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Bupivacaína (sin epinefrina)	816	1,327270	0,000000	1.083,052320	0,000000	1.083,052320	900000000153080913140010000000

	- FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - CONCENTRACIÓN: 0,75 % - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BUPINEST 0.75% SIMPLE INYECTABLE - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 7,50 mg - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 24 AMPOULEPACK X 10 ML - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 meses - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 °C - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Infiltrativa y Epidural - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 03309-MAE-10-04 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-11-05 16:52:13 - ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - PRECIO ADJUDICADO: 1.327270 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ROPSOHN LABORATORIOS S.A.S. - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-11-05								

Subtotal	1.083,052320
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.083,052320

Número de Items	816
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.083,052320

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:33:18

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421354	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	10000

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
3525011162	Dimenhidrinato - CUM: N07CA00SOR329X0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dimenhidrinato - FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - CONCENTRACIÓN: 50 mg - VIA DE ADMINISTRACIÓN: [003] Oral	10000	0,018810	0,000000	188,100000	0,000000	188,100000	900000000153080913140010000000

	- FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50 mg - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 03174-MAE-07-04 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-11-17 08:43:06 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS ECAR S.A. - ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - PRECIO ADJUDICADO: 0.018810 - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 meses - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 25 RISTRAS X 4 TABLETAS C/U - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: PASEDOL ECAR TABLETAS 50 mg - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-11-17							

Subtotal	188,100000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	188,100000

Numero de Items	10000
Flete	0,000000
Total de la Orden	188,100000

Fecha de Impresión: lunes, 19 de junio de 2023, 11:22:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421353	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	GLUCOSAMINA S.A.	**Razón social:**	GLUCOSAMINA S.A.	**RUC:**	1792036518001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ MARTINEZ ANGELICA MARCELA				
Correo electrónico el representante legal:	tomas.garcia@biogenet.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	tomas.garcia@biogenet.com.ec		
Teléfono:	022240417 0997029163				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3335103904	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	5010
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525011056	Azatioprina - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS BIOGENET SCC - PRECIO ADJUDICADO: 0,164900 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - CUM: L04AX01SOR329X0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): AZATIOPRINA - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - CONCENTRACIÓN: 50 MG - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-03 23:59:00. - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-02-03 - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AZATIOPRINA 50 MG - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 651-MEN-0216 - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 °C - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada tableta contiene: AZATIOPRINA 50,0 mg - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 TABLETAS C/U + INSERTO	5010	0,164900	0,000000	826,149000	0,000000	826,149000	900000000153080913140010000000

Subtotal	826,149000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	826,149000

Número de Items	5010
Flete	0,000000
Total de la Orden	826,149000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:33:40

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421352	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
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:	EGAS SUBIA JUAN RAMON				
Correo electrónico el representante legal:	juan.r.egas@gsk.com	**Correo electrónico de la empresa:**	juan.r.egas@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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		
Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	03/07/2023	**Cantidad:**	200
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35200000727	Salbutamol / Solución para nebulización / 5 mg/ml / 10 ml - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-05-22 10:34:53 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-22 23:59:00 - REGISTRO SANITARIO: 24.641-08-02 - ORIGEN: EXTRANJERO - CUM: R03AC023410 - NOMBRE GENÉRICO: Salbutamol - NOMBRE COMERCIAL: VENTOLIN SOLUCIÓN PARA RESPIRADOR - VIGENCIA CSPM: 2013-12-13 - CERTIFICADO SANITARIO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS (CSPM): CSPM141-2011 - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Inhalatoria - PRESENTACIÓN: CAJA X 1 FCO. X 10 ml - FORMA: Solución para nebulización - CONCENTRACIÓN: 5 mg/ml - FABRICANTE: GLAXO OPERATIONS UK. LIMITED	200	5,000000	0,000000	1.000,000000	0,000000	1.000,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.000,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.000,000000

Número de Items	200
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.000,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:33:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421351	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN			
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009	
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:**	08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		
Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	400
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525011221	Haloperidol - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / Intravenosa - CUM: N05AD01LPR320A0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Haloperidol - FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HALOPERIDOL 5 mg/1ml SOLUCIÓN INYECTABLE - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5 MG / 1 ML - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-00133-1-04-07 - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS SANDERSON S.A. - PRECIO ADJUDICADO: 0.170000 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-12	400	0,170000	0,000000	68,000000	0,000000	68,000000	900000000153080913140010000000

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

Subtotal	68,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	68,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	68,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:34:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421350	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
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:	gerencia1@grupolabovida.com	**Correo electrónico de la empresa:**	gerencia1@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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	48000
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525011196	Ferroso sulfato - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-02-28 - PRECIO ADJUDICADO: 0,050000 - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - CONCENTRACIÓN: 50 MG (EQUIVALENTE A HIERRO ELEMENTAL) - ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO FERROSO TABLETAS 250 mg (50 mg DE HIERRO) - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Hierro 50,00 mg - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA, BICONVEXA, RANURADA - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 20 Blísteres x 10 Tabletas c/u - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA S.A. (LABOVIDA S.A.) - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02678-MAC-05-03 - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-02-28 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - CUM: B03AA07SOR329X0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): FERROSO SULFATO - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30° C	48000	0,050000	0,000000	2.400,000000	0,000000	2.400,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.400,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.400,000000

Número de Items	48000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.400,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:34:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421349	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	ETICAL LABORATORIOS ETICAL S.A	**Razón social:**	ETICAL LABORATORIOS ETICAL S.A	**RUC:**	1791888650001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	comercial@laboratoriosetical.com	**Correo electrónico de la empresa:**	comercial@laboratoriosetical.com		
Teléfono:	0998945552 0226030444				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100020431	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	40020

(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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
3525011351	Sales de hierro + Ácido fólico - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A. - ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA MASTICABLE CONTIENE: Complejo de hidróxido de Hierro polimaltosado equivalente a 60 mg de Hierro III + Ácido fólico equivalente a 0.4mg - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA COLOR CAFE - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 °C - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 43-MEN-0314 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-03-12 - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-03-12 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): SALES DE HIERRO + ÁCIDO FÓLICO - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - CUM: B03AD00SOR361X0 - PRECIO ADJUDICADO: 0,060000 - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HEMOTONIC 60 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 3 blisters con 10 tabletas cada uno, con inserto - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - CONCENTRACIÓN: 60 MG + 400 MCG	40020	0,060000	0,000000	2.401,200000	0,000000	2.401,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.401,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.401,200000

Número de Items	40020
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.401,200000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:35:12

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421348	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	CEDIMED CIA. LTDA.	**Razón social:**	CEDIMED CIA. LTDA.	**RUC:**	1791240502001
Nombre del representante legal:	SALAZAR ALMEIDA NANCY JUDITH				
Correo electrónico el representante legal:	cedimedgerencia@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	cedimedgerencia@hotmail.com		
Teléfono:	0984255189 2230774 0986829161				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3220072404	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	12/07/2023	**Cantidad:**	80
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3525015266	Suero antiofídico polivalente - PRECIO ADJUDICADO: 37.200000 - CUM: J06AA03LSP000X0 - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Suero antiofídico polivalente - FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral o sólido parenteral - CONCENTRACIÓN: (en blanco) - VIA DE ADMINISTRACIÓN: [015] Intramuscular/Intravenosa - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML NEUTRALIZA AL MENOS EL VENENO DE:3MG BOTHROPS ASPER y ATROX2MG CRO. DUR.3MG LACH. MUTA - PERIODO DE VIDA UTIL: 60 - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GE-465-06-11 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-06-08 11:02:17 - ORIGEN FABRICANTE: [CR] COSTA RICA - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 °C - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: POLIVAL-ICP - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: IINSTITUTO CLODOMIRO PICADO UNIVERSIDAD DE COSTA RICA - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 1 FRASCO VIAL + 10ml de agua esteril (solvente) + Inserto - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-06-08 23:59:00.	80	37,200000	0,000000	2.976,000000	0,000000	2.976,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.976,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.976,000000

Número de Items	80
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.976,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:35:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421347	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	TOTALCARE PHARMA S.A.	**Razón social:**	TOTALCARE PHARMA S.A.	**RUC:**	0992893028001
Nombre del representante legal:	PAREDES ALAVA PABLO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	mparedes@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	mparedes@grupocare.ec		
Teléfono:	0989625084				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005299579	**Código de la Entidad Financiera:**	210315
Nombre de la Entidad Financiera:	BANCO BOLIVARIANO				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		
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 mercaderia:**	08h00 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN			
Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**				
	Nro	**Fecha máxima de entrega**	**Cantidad**		
	001	27/06/2023	50000		
	002	28/07/2023	50000		
	003	29/08/2023	50000		
	004	29/09/2023	50000		
	005	30/10/2023	50000		
	006	29/11/2023	50000		
	Total		**300000**		
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260910236	Complejo B: Tiamina (Vitamina B1) - Piridoxina (Vitamina B6) - Cianocobalamina (Vitamina B12) - D. CONCENTRACIÓN: 4 mg - 1 mg - 1 mcg - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.014550 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: AUROCHEM PHARMACEUTICALS INDIA PVT. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-25 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-25 10:14:07 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2763-MEE-0517 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN	300000	0,014550	0,000000	4.365,000000	0,000000	4.365,000000	900000000153080913140010000000

	COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 10 blísteres x 10 tabletas recubiertas c/u + inserto - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: MONONITRATO DE TIAMINA VITAMINA B1 4.00 MG CLORHIDRATO DE PIRIDOXINA VITAMINA B6 1.00 MG CIANOCOBALAMINA VITAMINA B12 1.00 MCG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VITAMINA COMPLEJO B TABLETAS RECUBIERTAS - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Complejo B: Tiamina (Vitamina B1) - Piridoxina (Vitamina B6) - Cianocobalamina (Vitamina B12) - A. CUM: A11DB00SOR013X0							

Subtotal	4.365,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	4.365,000000

Número de Items	300000
Flete	0,000000
Total de la Orden	4.365,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:36:02

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421346	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	TOTALCARE PHARMA S.A.	**Razón social:**	TOTALCARE PHARMA S.A.	**RUC:**	0992893028001
Nombre del representante legal:	PAREDES ALAVA PABLO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	mparedes@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	mparedes@grupocare.ec		
Teléfono:	0989625084				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005299579	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN			

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	5000
002	28/07/2023	5000
003	30/08/2023	5000
004	29/09/2023	5000
005	30/10/2023	5000
006	30/11/2023	5000
Total		**30000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260740719	Sales de rehidratación oral: Glucosa - Cloruro de sodio- Cloruro de potasio - Citrato trisódico dihidrato - G. CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 21.5 G CONTIENE: GLUCOSA ANHIDRA 13.5 G CLORURO DE SODIO 2.6 G CLORURO DE POTASIO 1.5 G CITRATO DE SODIO 2.9 G - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.140000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: UNICURE REMEDIES PVT. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-08-29 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-08-29 14:34:52 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2988-MEE-0817 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C	30000	0,140000	0,000000	4.200,000000	0,000000	4.200,000000	900000000153080913140010000000

	- Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 50 SOBRES + INSERTO. - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO GRANULADO BLANCO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL - D. CONCENTRACIÓN: * 13,5 g/L - 20 g/L * 2,6 g/L - 3,5 g/L * 1,5 g/L * 2,9 g/L - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sales de rehidratación oral: Glucosa - Cloruro de sodio- Cloruro de potasio - Citrato trisódico dihidrato - A. CUM: A07CA00SOP004X0							

Subtotal	4.200,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	4.200,000000

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	4.200,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:36:17

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421345	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 14000 002 | 28/07/2023 | 14000 003 | 30/08/2023 | 14000 004 | 29/09/2023 | 14000 005 | 30/10/2023 | 14000 006 | 29/11/2023 | 10000 **Total** | **80000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260731727	Simvastatina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.010000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-01-05 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-01-05 12:38:58 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01772-MAC-1-01-12 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 TABLETAS RECUBIERTAS C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: SIMVASTATINA 20.00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ZETINA 20 TABLETAS RECUBIERTAS - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Simvastatina - A. CUM: C10AA01SOR140X0	80000	0,010000	0,000000	800,000000	0,000000	800,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	800,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	800,000000

Número de Items	80000
Flete	0,000000
Total de la Orden	800,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:36:38

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421344	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 5000 002 | 28/07/2023 | 5000 003 | 29/08/2023 | 5000 004 | 28/09/2023 | 5000 005 | 30/10/2023 | 5000 006 | 30/11/2023 | 5000 **Total** | **30000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260337722	Sertralina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N06AB06SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sertralina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SERTRALINA 100MG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA: SERTRALINA CLORHIDRATO MICRONIZADA 111.86 MG EQUIVALENTE A SERTRALINA 100.00MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 BLISTERES X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 846-MEN-0616 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-06-06 12:49:11 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-06-06 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.035000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	30000	0,035000	0,000000	1.050,000000	0,000000	1.050,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.050,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.050,000000

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.050,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:37:15

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421343	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 2000 002 | 27/07/2023 | 2000 003 | 30/08/2023 | 2000 004 | 29/09/2023 | 2000 005 | 30/10/2023 | 2000 006 | 30/11/2023 | 2000 **Total** | **12000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260207799	Tramadol - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.112000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-03-31 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-03-31 11:36:12 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 753-MEN-0316 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 50 AMPOLLAS DE 2ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 2ML CONTIENE : TRAMADOL CLORHIDRATO 100.00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TRAMADOL 100MG/2ML - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tramadol - A. CUM: N02AX02LPR239A4	12000	0,112000	0,000000	1.344,000000	0,000000	1.344,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.344,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.344,000000

Número de Items	12000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.344,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:37:32

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421342	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 140 002 | 28/07/2023 | 140 003 | 30/08/2023 | 140 004 | 28/09/2023 | 140 005 | 30/10/2023 | 140 006 | 30/11/2023 | 100 **Total** | **800**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260092739	Sulfadiazina de plata - A. CUM: D06BA01SSC052X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sulfadiazina de plata - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 1 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFADIAZINA DE PLATA 1% - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TÓPICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 G DE GREMA CONTIENE : SULFADIAZINA DE PLATA 1000 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 30 G DE CREMA + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 895-MEN-0716 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-07-13 12:04:36 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.400000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	800	0,400000	0,000000	320,000000	0,000000	320,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	320,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	320,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	320,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:37:56

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421341	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 67 002 | 28/07/2023 | 67 003 | 29/08/2023 | 67 004 | 28/09/2023 | 67 005 | 30/10/2023 | 67 006 | 30/11/2023 | 65 **Total** | **400**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260809778	Timolol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: S01ED01LOF041X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Timolol - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oftálmico - D. CONCENTRACIÓN: 0,5 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TIMOLOL 0.5% - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION OFTALMICA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: TIMOLOL MALEATO 6.83 MG EQUIVALENTE A TIMOLOL 5.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO GOTERO 5 ML + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 950-MEN-1216 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-12-13 10:42:37 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.480000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	400	0,480000	0,000000	192,000000	0,000000	192,000000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	192,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	192,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	192,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:38:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421340	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 10000 002 | 28/07/2023 | 10000 003 | 30/08/2023 | 10000 004 | 29/09/2023 | 10000 005 | 30/10/2023 | 10000 006 | 30/11/2023 | 10000 **Total** | **60000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcivar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260731728	Simvastatina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: C10AA01SOR209X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Simvastatina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 40 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ZETINA 40 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: SIMVASTATINA 40.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERES X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAOYR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01771-MAC-1-02-12 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-02-25 16:10:11 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-02-25 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.018000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	60000	0,018000	0,000000	1.080,000000	0,000000	1.080,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.080,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.080,000000

Número de Items	60000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.080,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:38:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421339	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 3500 002 | 28/07/2023 | 3300 003 | 30/08/2023 | 3300 004 | 29/09/2023 | 3300 005 | 30/10/2023 | 3300 006 | 30/11/2023 | 3300 **Total** | **20000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260337721	Sertralina - A. CUM: N06AB06SOR235X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sertralina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SERTRALINA 50 MG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE:SERTRALINA CLORHIDRATO MICRONIZADA 55.953MG EQUIVALENTE A SERTRALINA 50.000 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 TABLETAS + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 848-MEN-0616 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-06-08 12:15:51 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-06-08 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.026300 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	20000	0,026300	0,000000	526,000000	0.000000	526,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	526,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	526,000000

Número de Items	20000
Flete	0,000000
Total de la Orden	526,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:38:55

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421338	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 85 002 / 27/07/2023 / 85 003 / 28/08/2023 / 85 004 / 29/09/2023 / 85 005 / 30/10/2023 / 85 006 / 29/11/2023 / 75 **Total** / **500**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260819788	Tobramicina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.259000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-11-24 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-11-24 14:44:13 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5655-MAN-11-09 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: A TEMPERATURA MENOR DE 30 C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 TUBO X 5 GRAMOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA GRAMO CONTIENE TOBRAMICINA 3.00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: UNGÜENTO OFTÁLMICO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTÁLMICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TOBRAL UNGÜENTO - D. CONCENTRACIÓN: 0,3 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido oftálmico - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tobramicina - A. CUM: S01AA12SSO037T2	500	1,259000	0,000000	629,500000	0,000000	629,500000	900000000153080913140010000000

Subtotal	629,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	629,500000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	629,500000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:39:12

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421337	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	PFIZER	**Razón social:**	PFIZER CIA. LTDA.	**RUC:**	0990014825001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	EcuadorLicitaciones@pfizer.com	**Correo electrónico de la empresa:**	EcuadorLicitaciones@pfizer.com		
Teléfono:	023962102 023962101 0999823988 023962100				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0011267122	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 4 002 | 28/07/2023 | 4 003 | 28/08/2023 | 4 004 | 29/09/2023 | 4 005 | 30/10/2023 | 4 006 | 30/11/2023 | 4 **Total** | **24**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260114734	Somatotropina (Somatropina) - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Somatropina 13.8 mg 36UITras la reconstitución 1.0 mL de suspensión contienen 12 mg de somatropina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 76.880000 - O. ORIGEN FABRICANTE: BELGICA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-09-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-09-12 14:43:27 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 113-MBE-0917 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR EN REFRIGERACION ENTRE 2C - 8C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 blister x 1 cartucho de doble compartimento + 1 pluma dosificadora GoQuick +prospecto - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Subcutánea - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GENOTROPIN 12 mg 36UI - D. CONCENTRACIÓN: 12 mg (36 UI) - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Somatotropina (Somatropina) - A. CUM: H01AC01SPR334X0	24	76,880000	0,000000	1.845,120000	0,000000	1.845,120000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.845,120000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.845,120000

Número de Items	24
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.845,120000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:39:32

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421336	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NOVARTIS ECUADOR S.A.	**Razón social:**	NOVARTIS ECUADOR S.A.	**RUC:**	1790233332001
Nombre del representante legal:	GABELA BAQUERO FRANCISCO JAVIER				
Correo electrónico el representante legal:	instituciones.clientes@novartis.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones.clientes@novartis.com		
Teléfono:					
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0012585047	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 10 002 | 28/07/2023 | 10 003 | 29/08/2023 | 10 004 | 29/09/2023 | 10 **Total** | **40**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260858738	Sugammadex - D. CONCENTRACIÓN: 100 MG/ML - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 53.980000 - O. ORIGEN FABRICANTE: ESLOVENIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LEK PHARMACEUTICALS D.D - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-03 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-05-03 12:01:39 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7231-MEE-0522 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 VIALES DE 500 MG /5ML+ INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE CONTIENE: SAL SODICA DE SUGAMMADEX 108,8 MG EQUIVALENTE A 100 MG DE SUGAMMADEX - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SUMDEX SOLUCION INYECTABLE - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sugammadex - A. CUM: V03AB35LPR088V5	40	53,980000	0,000000	2.159,200000	0,000000	2.159,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.159,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.159,200000

Número de Items	40
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.159,200000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:39:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421335	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>27/06/2023</td><td>70</td></tr>
<tr><td>002</td><td>28/07/2023</td><td>70</td></tr>
<tr><td>003</td><td>29/08/2023</td><td>70</td></tr>
<tr><td>004</td><td>29/09/2023</td><td>70</td></tr>
<tr><td>005</td><td>30/10/2023</td><td>70</td></tr>
<tr><td>006</td><td>29/11/2023</td><td>70</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>420</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260095814	Vancomicina - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: VANCOMICINA CLORHIDRATO USP EQUIVALENTE A VANCOMICINA 1G - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.500000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-07-12 15:31:07 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2325-MEE-0716 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 GRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 VIAL DE 10 ML + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSO - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VANCOMICINA CLORHIDRATO 1 G POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE LIOFILIZADO - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Vancomicina - A. CUM: J01XA01SPR061X0	420	2.500000	0,000000	1.050,000000	0,000000	1.050,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.050,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.050,000000

Número de Items	420
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.050,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:39:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421334	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 5000 002 | 28/07/2023 | 5000 003 | 30/08/2023 | 5000 004 | 29/09/2023 | 5000 005 | 30/10/2023 | 5000 006 | 30/11/2023 | 5000 **Total** | **30000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260207800	Tramadol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: N02AX02SOR235X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tramadol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG TABLETAS RECUBIERTAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: TEMPERATURA NO MAYOR A TREINTA GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 656-MEE-0115 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-01-21 13:01:25 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-01-21 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.033468 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - II. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS C/U + INSERTO	30000	0,033468	0,000000	1.004,040000	0,000000	1.004,040000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.004,040000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000

Total	1.004,040000

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.004,040000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:40:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421333	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 6700 002 | 28/07/2023 | 6700 003 | 30/08/2023 | 6700 004 | 29/09/2023 | 6700 005 | 30/10/2023 | 6700 006 | 30/11/2023 | 6500 **Total** | **40000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260903759	Tamsulosina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: G04CA02SOR039X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tamsulosina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 0,4 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Tamsulosina Clorhidrato 0.4 mg Cápsulas - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: oral - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Tamsulosina Clorhidrato 0.4 mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 100 cápsulas 10 blister x 10 cápsulas c/u + inserto - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6470-MEE-0721 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-07-22 12:24:37 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-22 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.024900 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	40000	0,024900	0,000000	996,000000	0,000000	996,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	996,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	996,000000

Número de Items	40000
Flete	0,000000

Total de la Orden	996,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:40:31

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421332	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	MERCATTI S.A.	**Razón social:**	MERCATTI S.A. MERCATTISA	**RUC:**	0992489839001
Nombre del representante legal:	ULICH PEÑA CHRISTIAN				
Correo electrónico el representante legal:	christian.ulich@mercattigroup.com	**Correo electrónico de la empresa:**	christian.ulich@mercattigroup.com		
Teléfono:	0987239194				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	1000652728	**Código de la Entidad Financiera:**	210345	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO INTERNACIONAL

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 2 002 | 28/07/2023 | 2 003 | 29/08/2023 | 2 004 | 29/09/2023 | 2 005 | 30/10/2023 | 2 006 | 30/11/2023 | 2 **Total** | **12**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260392794	Toxina botulinica - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 111.000000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CN] CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LANZHOU BIOTECHNIQUE DEVELOPMENT CO., LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-19 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-12-19 14:44:15 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 27.432-12-06 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: 2C - 8C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X NIDO X 1 VIAL DE 100 UNIDADES + INSTRUCTIVO - G. CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U CLOSTRIDIUM BOTULINUM CEPA HALL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO LIOFILIZADO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: SUBCUTANEA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BTXA POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 100 U - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Toxina botulinica - A. CUM: M03AX01SPR089X0	12	111,000000	0,000000	1.332,000000	0,000000	1.332,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.332,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.332,000000

Número de Items	12
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.332,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:40:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421331	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 3500 002 / 28/07/2023 / 3300 003 / 29/08/2023 / 3300 004 / 28/09/2023 / 3300 005 / 30/10/2023 / 3300 006 / 30/11/2023 / 3300 **Total** / **20000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260367700	Risperidona - A. CUM: N05AX08SOR128X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Risperidona - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 2 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ZECLONEX - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 2 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 100 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2693-MEE-0517 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-04 14:39:23 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-04 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS ACFARMA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.010500 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	20000	0,010500	0,000000	210,000000	0,000000	210,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	210,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	210,000000

Número de Items	20000
Flete	0,000000
Total de la Orden	210,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:41:00

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421330	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td rowspan="2">Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td colspan="3">LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS<table><tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr><tr><td>001</td><td>27/06/2023</td><td>140</td></tr><tr><td>002</td><td>28/07/2023</td><td>140</td></tr><tr><td>003</td><td>29/08/2023</td><td>140</td></tr><tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>140</td></tr><tr><td>005</td><td>30/10/2023</td><td>140</td></tr><tr><td>006</td><td>30/11/2023</td><td>100</td></tr><tr><td colspan="2">Total</td><td>800</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td colspan="3">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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260367698	Risperidona - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN POR 1 FRASCO DE VIDRIO TIPO III ÁMBAR DE 20 ML CON GOTERO + INSERTO. - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.270000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-08-17 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-08-17 11:43:33 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7435-MEE-0822 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENESE A TEMPERATURA MENOR A 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 1 ML CONTIENE: RISPERIDONA 1,000 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ZECLONEX - D. CONCENTRACIÓN: 1 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Risperidona - A. CUM: N05AX08LOR056X0	800	1,270000	0,000000	1.016,000000	0,000000	1.016,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.016,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.016,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.016,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:41:22

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421329	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 30 002 / 28/07/2023 / 30 003 / 29/08/2023 / 30 004 / 29/09/2023 / 30 005 / 30/10/2023 / 30 006 / 30/11/2023 / 10 **Total** / **160**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260317723	Sevoflurano - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 41.970000 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-02-22 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-02-22 14:54:31 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7038-MEE-0222 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 250 ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML CONTIENE: SEVOFLURANO 100.00 ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION PARA INHALACION - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INHALATORIA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: INHARANE - D. CONCENTRACIÓN: 1 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido para inhalación - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sevoflurano - A. CUM: N01AB08LIH056D5	160	41,970000	0,000000	6.715,200000	0,000000	6.715,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	6.715,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	6.715,200000

Número de Items	160
Flete	0,000000
Total de la Orden	6.715,200000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:41:53

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421328	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS DANIVET S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS DANIVET S.A.	**RUC:**	0991413839001
Nombre del representante legal:	AGUILAR AVILES ANDREA CAROLINA				
Correo electrónico el representante legal:	danivet_servicios@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	danivet_servicios@hotmail.com		
Teléfono:	0994540374 2136702 2136701				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0028147503	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	200

Entregas Parciales	002	28/07/2023	200
	003	28/08/2023	200
	004	28/09/2023	200
	005	30/10/2023	200
	006	30/11/2023	200
	Total		**1200**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260762766	Terbinafina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: D01BA02SSC052X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Terbinafina - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 1 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TEVIR 1% CREMA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TÓPICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 1% - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 TUBO X 15 G - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5024-MAN-08-07 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-05-04 09:52:09 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-04 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA S.A. LABOVIDA S.A. GUAYAQUIL - ECUADOR PARA LABORATORIOS DANIVET S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.420900 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	1200	0,420900	0,000000	505,080000	0,000000	505,080000	900000000153080913140010000000

Subtotal	505,080000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	505,080000

Número de Items	1200
Flete	0,000000
Total de la Orden	505,080000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:42:09

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421327	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR	**Razón social:**	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR CIA LTDA	**RUC:**	1790721450001
Nombre del representante legal:	SANDOVAL RUEDA EDGAR EFRAIN				
Correo electrónico el representante legal:	depventas@chalver-ecuador.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	depventas@chalver-ecuador.com.ec		
Teléfono:	0992717947 02251413				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	5537029	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ /	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	140
002	28/07/2023	140
003	29/08/2023	140
004	29/09/2023	140
005	30/10/2023	140
006	29/11/2023	100
Total		**800**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260459716	Salbutamol - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: SALBUTAMOL SULFATO EQUIVALENTE A SALBUTAMOL 2.00000 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.920000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS CHALVER - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-11 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-12-11 22:30:08 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: H2541212 - K. CONDICIONES DE	800	0,920000	0,000000	736,000000	0,000000	736,000000	900000000153080913140010000000

	ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 1 ENVASE AEROSOL x 10 mL + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Inhalatoria - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AIRMAX INHALADOR - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 mg/dosis - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido para inhalación - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Salbutamol - A. CUM: R03AC02LIH025D4							

Subtotal	736,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	736,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	736,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:42:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421326	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FERBOVASA CIA. LTDA.	**Razón social:**	IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA MEDICA FERBOVASA CIA. LTDA.	**RUC:**	1791343360001
Nombre del representante legal:	MUÑOZ VASQUEZ MARIANA SUSANA				
Correo electrónico el representante legal:	ferbovasa@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ferbovasa@hotmail.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3418203704	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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	

	DIAGONA SN Y SN				
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION		**Teléfono:**	052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	200
002	27/07/2023	200
003	29/08/2023	100
004	29/09/2023	100
005	30/10/2023	100
006	30/11/2023	100
Total		**800**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260317692	Remifentanilo - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: CLORHIDRATO DE REMIFENTANILO 5,6 MG EQUIVALENTE A REMIFENTANILO 5.0 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: 5841 - R. PRECIO ADJUDICADO: 4.300000 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: YICHANG HUMANWELL PHARMACEUTICAL CO. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-18 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-18 10:09:02 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2736-MEE-0517 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 VIALES DE 5 MG C/U +	800	4,300000	0,000000	3.440,000000	0,000000	3.440,000000	9000000001530809131400100000000

	INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: BLOQUES SUELTOS LIOFILIZADOS BLANCOS O BLANQUECINOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORHIDRATO DE REMIFENTANILO POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Remifentanilo - A. CUM: N01AH06SPR223X0							

Subtotal	3.440,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.440,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.440,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:44:02

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421325	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	GYKORMED S.A.	**RUC:**	0992689943001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	gykormed@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	gykormed@hotmail.com		
Teléfono:	2817484				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

<table>
<tr><td rowspan="2">Datos de entrega:</td><td>Horario de recepción de mercaderia:</td><td>08h00 a 16h00</td></tr>
<tr><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td>ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN</td></tr>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td colspan="2">LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>27/06/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>002</td><td>27/07/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>005</td><td>30/10/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>006</td><td>29/11/2023</td><td>75</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>500</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td colspan="2">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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260819786	Tobramicina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.760000 - O. ORIGEN FABRICANTE: BANGLADESH - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GENERAL PHARMACEUTICALS LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-06-25 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-06-25 14:18:17 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6387-MEE-0621 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVACION A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C , PROTEGER DE LA LUZ SOLAR DIRECTA Y EL CALOR - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO GOTERO DE 5 ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 0,3 % - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION OFTALMICA - I. VIA DE	500	0,760000	0,000000	380,000000	0,000000	380,000000	900000000153080913140010000000

	ADMINISTRACIÓN: Oftálmica - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TOBRAMICINA - D. CONCENTRACIÓN: 0,3 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oftálmico - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tobramicina - A. CUM: S01AA12LOF037X0							

Subtotal	380,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	380,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	380,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:44:22

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421324	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN			
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:**	052690009
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:**	08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	50
002	27/07/2023	50
003	28/08/2023	50
004	28/09/2023	50
005	30/10/2023	50
006	29/11/2023	50
Total		**300**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260401803	Trinitrato de glicerilo (Nitroglicerina) - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.270000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO SANDERSON S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-11-14 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-11-14 09:05:02 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-0944-11-06 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA	300	2,270000	0,000000	681,000000	0,000000	681,000000	900000000153080913140010000000

	TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 FRASCOS AMPOLLA VIAL X 10ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA FRASCO AMPOLLA DE 10 ML CONTIENE: NITROGLICERINA 50,00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Solución Inyectable - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NITROGLICERINA 50mg SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Trinitrato de glicerilo (Nitroglicerina) - A. CUM: C01DA02LPR225W9							

Subtotal	681,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	681,000000

Número de Items	300
Flete	0,000000
Total de la Orden	681,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:44:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421323	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 450 002 / 27/07/2023 / 450 003 / 29/08/2023 / 450 004 / 28/09/2023 / 450 005 / 30/10/2023 / 450 006 / 29/11/2023 / 250 **Total** / **2500**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260612807	Urea - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.999000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: WEST- COAST PHARMACEUTICAL WORKS LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-28 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-03-28 00:10:17 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2615-MEE-0317 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 90 G + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 10 % - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: UREA CREMA 10 % w/w - D. CONCENTRACIÓN: 10 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Urea - A. CUM: D02AE01SSC073X0	2500	0,999000	0,000000	2.497,500000	0,000000	2.497,500000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.497,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.497,500000

Número de Items	2500
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.497,500000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:45:00

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421322	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>27/06/2023</td><td>180</td></tr>
<tr><td>002</td><td>27/07/2023</td><td>180</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>180</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>180</td></tr>
<tr><td>005</td><td>30/10/2023</td><td>180</td></tr>
<tr><td>006</td><td>28/11/2023</td><td>120</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>1020</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260631708	Rivaroxabán - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: B01AF01SOR075X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Rivaroxabán - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: RIVAROXABAN TABLETAS 10 MG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: RIVAROXABAN 10 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTON X 2 BLISTERS X 15 TABLETAS + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR POR DEBAJO DE 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6805-MEE-1221 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-12-02 16:52:54 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-02 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EXEMED PHARMACEUTICALS. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.225000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	1020	0,225000	0,000000	229,500000	0,000000	229,500000	900000000153080913140010000000

Subtotal	229,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	229,500000

Número de Items	1020
Flete	0,000000
Total de la Orden	229,500000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:45:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421321	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 150 002 / 27/07/2023 / 90 003 / 28/08/2023 / 90 004 / 28/09/2023 / 90 005 / 30/10/2023 / 90 006 / 29/11/2023 / 90 **Total** / **600**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260631710	Rivaroxabán - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: RIVAROXABAN 20 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.259000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EXEMED PHARMACEUTICALS - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-15 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-12-15 23:59:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6841-MEE-1221 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR POR DEBAJO DE 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTON X 2 BLISTERS X 15 TABLETAS MAS INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: RIVAROXABAN TABLETAS 20 MG - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Rivaroxabán - A. CUM: B01AF01SOR140X0	600	0,259000	0,000000	155,400000	0,000000	155,400000	900000000153080913140010000000

Subtotal	155,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	155,400000

Número de Items	600
Flete	0,000000
Total de la Orden	155,400000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:45:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421320	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 340 002 / 27/07/2023 / 340 003 / 28/08/2023 / 340 004 / 28/09/2023 / 340 005 / 30/10/2023 / 340 006 / 28/11/2023 / 300 **Total** / **2000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260903726	Sildenafilo - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.138000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CARITAS HEALTHCARE PVT. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-03-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-02-29 11:50:54 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1844-MEE-0216 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BLISTER X 4 COMPRIMIDOS + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: SILDENAFIL 100 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SILDENAFIL CITRATO COMPRIMIDO RECUBIERTO 100 MG - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sildenafilo - A. CUM: G04BE03SOR083X0	2000	0,138000	0,000000	276,000000	0,000000	276,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	276,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	276,000000

Número de Items	2000
Flete	0,000000
Total de la Orden	276,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:46:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002421319	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 450 002 / 27/07/2023 / 450 003 / 28/08/2023 / 450 004 / 28/09/2023 / 450 005 / 30/10/2023 / 450 006 / 29/11/2023 / 250 **Total** / **2500**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260612806	Urea - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 g CONTIENE: UREA 5.0 G - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.076000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: WEST- COAST PHARMACEUTICAL WORKS LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-07-01 11:11:13 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2301-MEE-0716 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 90 G + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: UREA CREMA 5% w/w - D. CONCENTRACIÓN: 5 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Urea - A. CUM: D02AE01SSC220X0	2500	1,076000	0,000000	2.690,000000	0,000000	2.690,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.690,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.690,000000

Número de Items	2500
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.690,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 09:47:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420289	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	TOTALCARE PHARMA S.A.	**Razón social:**	TOTALCARE PHARMA S.A.	**RUC:**	0992893028001
Nombre del representante legal:	PAREDES ALAVA PABLO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	mparedes@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	mparedes@grupocare.ec		
Teléfono:	0989625084				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005299579	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:** 08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				
Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**				
	Nro	**Fecha máxima de entrega**	**Cantidad**		
	001	28/06/2023	850		
	002	28/07/2023	850		
	003	28/08/2023	850		
	004	29/09/2023	850		
	005	30/10/2023	850		
	006	29/11/2023	750		
	Total		**5000**		
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260114637	Oxitocina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 BANDEJAS DE PVC X 10 AMPOLLAS DE VIDRIO DE 1ML (C/U) + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: OXITOCINA 10 UI 5% EXCESO - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.090000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ACULIFE HEALTHCARE PRIVATE LIMITED - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-08-24 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-08-24 09:04:59 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7453-MEE-0822 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR ENTRE 2-8C. PROTEGER DE LA LUZ. NO CONGELAR	5000	0,090000	0,000000	450,000000	0,000000	450,000000	900000000153080913140010000000

	- F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: LIQUIDO TRANSPARENTE E INCOLORO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: INDUTOCIN - D. CONCENTRACIÓN: 10 UI/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Oxitocina - A. CUM: H01BB02LPR079A3							

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

Número de Items	5000
Flete	0,000000
Total de la Orden	450,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:02:05

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420288	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**Razón social:**	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**RUC:**	0992948590001
Nombre del representante legal:	BANERJEE SOUVIK				
Correo electrónico el representante legal:	souvik@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	souvik@sevenpharma.net		
Teléfono:	0984340137 0999851831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006140277	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	1350
002	28/07/2023	1350
003	29/08/2023	1350
004	28/09/2023	1350
005	27/10/2023	1350
006	28/11/2023	1260
Total		**8010**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260367685	Quetiapina - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 TABLETAS RECUBIERTAS C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: QUETIAPINA FUMARATO EQUIVALENTE A QUETIAPINA 100 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.051600 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-05-31 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2019-05-31 16:52:58 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4729-MEE-0519 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30C - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TIQUEPIN 100mg - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Quetiapina - A. CUM: N05AH04SOR083X0	8010	0,051600	0,000000	413,316000	0,000000	413,316000	900000000153080913140010000000

Subtotal	413,316000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	413,316000

Número de Items	8010
Flete	0,000000
Total de la Orden	413,316000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:02:26

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420287	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**Razón social:**	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**RUC:**	0992948590001
Nombre del representante legal:	BANERJEE SOUVIK				
Correo electrónico el representante legal:	souvik@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	souvik@sevenpharma.net		
Teléfono:	0984340137 0999851831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006140277	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	1344
002	28/07/2023	1344
003	28/08/2023	1344
004	28/09/2023	1344
005	30/10/2023	1344
006	29/11/2023	1296
Total		**8016**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260367686	Quetiapina - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 8 UNIDADES C/U+ INSERTO - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED UNIT V - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4541-MEE-0119 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.067000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-01-15 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2019-01-15 23:59:00 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 200mg - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TIQUEPIN 200 - D. CONCENTRACIÓN: 200 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Quetiapina - A. CUM: N05AH04SOR148X0	8016	0,067000	0,000000	537,072000	0,000000	537,072000	900000000153080913140010000000

Subtotal	537,072000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	537,072000

Número de Items	8016
Flete	0,000000
Total de la Orden	537,072000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:02:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420286	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**Razón social:**	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**RUC:**	0992948590001
Nombre del representante legal:	BANERJEE SOUVIK				
Correo electrónico el representante legal:	souvik@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	souvik@sevenpharma.net		
Teléfono:	0984340137 0999851831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006140277	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 10500 002 / 28/07/2023 / 9900 003 / 30/08/2023 / 9900 004 / 28/09/2023 / 9900 005 / 30/10/2023 / 9900 006 / 30/11/2023 / 9900 **Total** / **60000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260367684	Quetiapina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.027000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED, UNIT V. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-10-19 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2018-10-19 12:15:32 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4441-MEE-1018 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 UNIDADES C/U+ INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: QUETIAPINA FUMARATO 28,78 MG EQUIVALENTE A QUETIAPINA 25,0 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TIQUEPIN 25 - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Quetiapina - A. CUM: N05AH04SOR157X0	60000	0,027000	0,000000	1.620,000000	0,000000	1.620,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.620,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.620,000000

Número de Items	60000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.620,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:03:03

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420285	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	250
002	28/07/2023	150
003	30/08/2023	150
004	29/09/2023	150
005	30/10/2023	150
006	29/11/2023	150
Total		**1000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

APLICACION 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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260510628	Ondansetrón - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: ONDANSETRÓN HIDROCLORURO 9.98 MG EQUIVALENTE A ONDANSETRÓN 8 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.039800 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROTECH BIOSYSTEMS PVT.LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-31 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-10-31 07:40:44 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 3077-MEE-1017 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 blister x 10 tabletas recubiertas + inserto - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ONDANSETRON - D. CONCENTRACIÓN: 8 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ondansetrón - A. CUM: A04AA01SOR275X0	1000	0,039800	0,000000	39,800000	0,000000	39,800000	900000000153080913140010000000

Subtotal	39,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	39,800000

Número de Items	1000
Flete	0,000000
Total de la Orden	39,800000

Fecha de Impresión: lunes, 19 de junio de 2023, 11:26:21

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420284	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 850 002 | 28/07/2023 | 850 003 | 28/08/2023 | 850 004 | 28/09/2023 | 850 005 | 30/10/2023 | 850 006 | 29/11/2023 | 750 **Total** | **5000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcivar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260307644	Paracetamol - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FEVERIL JARABE - A. CUM: N02BE01LOR121X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Paracetamol - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 160 mg/5 mL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: JARABE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5 ML CONTIENE PARACETAMOL ACETAMINOFEN 160.00MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04779-MAN-1-03-12 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-12 14:26:20 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-12 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.366000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 60 ML CON DOSIFICADOR + INSERTO	5000	0,366000	0,000000	1.830,000000	0,000000	1.830,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.830,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.830,000000

Número de Items	5000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.830,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:03:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420283	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 500 002 | 28/07/2023 | 500 003 | 28/08/2023 | 500 004 | 28/09/2023 | 500 005 | 30/10/2023 | 500 006 | 30/11/2023 | 500 **Total** | **3000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260307641	Paracetamol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N02BE01LOR088X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Paracetamol - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FEVERIL GOTAS PEDIATRICAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ORAL - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 1 ML CONTIENE: PARACETAMOL 100.00 MG - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04818-MAN-1-03-12 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-07 15:57:31 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-07 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.218200 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 15 ML + GOTERO PLASTICO + INSERTO	3000	0,218200	0,000000	654,600000	0.000000	654,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	654,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	654,600000

Número de Items	3000
Flete	0,000000
Total de la Orden	654,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:04:01

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420282	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	35000
002	28/07/2023	33000
003	28/08/2023	33000
004	29/09/2023	33000
005	30/10/2023	33000
006	29/11/2023	33000
Total		**200000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260307647	Paracetamol - A. CUM: N02BE01SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Paracetamol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ACESTAR 500 MG TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: ACETAMINOFEN 500.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 TABLETAS C/U - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR TEMPERATURA NO MAYOR DE 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 03439-MAN-02-05 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-23 20:14:06 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-23 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GENERICOS NACIONALES GENA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.006400 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	200000	0,006400	0,000000	1.280,000000	0,000000	1.280,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.280,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.280,000000

Número de Items	200000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.280,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:04:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420281	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 35000 002 / 28/07/2023 / 33000 003 / 28/08/2023 / 33000 004 / 29/09/2023 / 33000 005 / 30/10/2023 / 33000 006 / 30/11/2023 / 33000 **Total** / **200000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260530623	Omeprazol - A. CUM: A02BC01SOR140X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Omeprazol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: OMECIDOL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA CAPSULA CONTIENE OMEPRAZOL 20.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 RISTRAS X 10 CAPSULAS C/U + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01547-MAC-1-07-11 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-07-22 17:20:49 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-22 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. PARA PHARMABRAND S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.012508 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	200000	0,012508	0,000000	2.501,600000	0,000000	2.501,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.501,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.501,600000

Número de Items	200000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.501,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:04:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420280	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 7470 002 | 28/07/2023 | 4500 003 | 29/08/2023 | 4500 004 | 28/09/2023 | 4500 005 | 30/10/2023 | 4500 006 | 30/11/2023 | 4500 **Total** | **29970**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260124672	Prednisona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: H02AB07SOR223X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Prednisona - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: PREDNISONA 5 MG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE : PREDNISONA 5.000 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 30 TABLETAS - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04493-MAN-11-06 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-11-24 15:25:19 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-11-24 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.010000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	29970	0,010000	0,000000	299,700000	0,000000	299,700000	900000000153080913140010000000

Subtotal	299,700000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	299,700000

Número de Items	29970
Flete	0,000000
Total de la Orden	299,700000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:05:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420279	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 5000 002 | 28/07/2023 | 5000 003 | 28/08/2023 | 5000 004 | 28/09/2023 | 5000 005 | 30/10/2023 | 5000 006 | 29/11/2023 | 5000 **Total** | **30000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260124673	Prednisona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.020000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-11-28 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-11-28 16:02:12 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04504-MAN-11-06 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS C/U - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE : PREDNISONA 20.00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: PREDNISONA 20 MG TABLETAS - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Prednisona - A. CUM: H02AB07SOR140X0	30000	0,020000	0,000000	600,000000	0,000000	600,000000	900000000153080913140010000000

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

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	600,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:05:55

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420278	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 270 002 | 28/07/2023 | 270 003 | 29/08/2023 | 270 004 | 29/09/2023 | 270 005 | 30/10/2023 | 270 006 | 30/11/2023 | 250 **Total** | **1600**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260005660	Piperacilina + tazobactam - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: J01CR05SPR206X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Piperacilina + tazobactam - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 4 000 mg + 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Piperacilina y Tazobactam 4.5 g Polvo para Solución Inyectable - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Piperacilin 4 gTazobactam 500 mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja – 1 vial de 30 ml + inserto - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1819-MEE-0216 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-02-20 18:03:44 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-20 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.364500 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	1600	1,364500	0,000000	2.183,200000	0,000000	2.183,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.183,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.183,200000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.183,200000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:06:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420277	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 200 002 / 28/07/2023 / 200 003 / 29/08/2023 / 200 004 / 28/09/2023 / 200 005 / 30/10/2023 / 200 006 / 29/11/2023 / 200 **Total** / **1200**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260317677	Propofol - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.900000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-08-04 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-08-04 23:59:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5360-MEE-0820 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 VIALES X 20 ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: PROPOFOL USP 10.00MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: EMULSION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: PROPOFOL 10mg/mL Emulsión Inyectable - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Propofol - A. CUM: N01AX10LPR077T8	1200	0,900000	0,000000	1.080,000000	0,000000	1.080,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.080,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.080,000000

Número de Items	1200
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.080,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:06:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420276	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN					

<table>
<tr><td rowspan="2">Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td colspan="3">LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS<table><tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr><tr><td>001</td><td>27/06/2023</td><td>250</td></tr><tr><td>002</td><td>28/07/2023</td><td>150</td></tr><tr><td>003</td><td>29/08/2023</td><td>150</td></tr><tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>150</td></tr><tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>150</td></tr><tr><td>006</td><td>29/11/2023</td><td>150</td></tr><tr><td colspan="2">Total</td><td>1000</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td colspan="3">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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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	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.
35260612675	Productos con zinc - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.614000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GOPALDAS VISRAM & CO, LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-10-04 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-10-04 11:40:06 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6635-MEE-1021 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 TUBO DE UNGUENTO DE 30 G +INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: OXIDO DE ZINC 20 % - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: UNGUENTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: UNGUENTO DE OXIDO DE ZINC 20 % - D. CONCENTRACIÓN: No definido - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Productos con zinc - A. CUM: D02AB01SSC000X0	1000	0,614000	0,000000	614,000000	0,000000	614,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	614,000000
Impuesto al valor agregado (IVA)	0,000000
Total	614,000000

Número de Ítems	1000
Flete	0,000000
Total de la Orden	614,000000

Fecha de Impresión: lunes, 19 de junio de 2023, 11:28:27

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420275	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	BIOAMIGA CIA. LTDA.	**Razón social:**	BIOTECNOLOGIA Y MEDICINA BIOAMIGA CIA. LTDA.	**RUC:**	1792386896001
Nombre del representante legal:	DUQUE TITO EDISON BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	compraspublicas@bioamiga.com	**Correo electrónico de la empresa:**	compraspublicas@bioamiga.com		
Teléfono:	0992945374 0991481439 0991481473				

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	01901011769043	**Código de la Entidad Financiera:**	210495	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO PROCREDIT S.A.

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	30

Entregas Parciales	002	28/07/2023	26
	003	29/08/2023	26
	004	28/09/2023	26
	005	30/10/2023	26
	006	29/11/2023	26
	Total		**160**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

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.
35260411665	Polidocanol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 3.032360 - O. ORIGEN FABRICANTE: ARGENTINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INSTITUTO BIOLOGICO ARGENTINO A.I.C. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-04-20 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2018-04-20 10:43:21 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 3229-MEE-0418 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 2 AMPOLLAS X 2 ML CADA AMPOLLA + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: POLIDOCANOL 60 MG / 2ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AET 3% INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 3 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Polidocanol - A. CUM: C05BB02LPR174A4	160	3,032360	0,000000	485,177600	0,000000	485,177600	900000000153080913140010000000

Subtotal	485,177600
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	485,177600

Número de Items	160
Flete	0,000000
Total de la Orden	485,177600

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:09:11

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002420274	**Fecha de emisión:**	08-06-2023	**Fecha de aceptación:**	12-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	B.BRAUN MEDICAL S.A.	**Razón social:**	B.BRAUN MEDICAL S.A.	**RUC:**	1791222032001
Nombre del representante legal:	RAMON YEROVI HERNAN ADOLFO				
Correo electrónico el representante legal:	atencion.clientes.ec@bbraun.com	**Correo electrónico de la empresa:**	atencion.clientes.ec@bbraun.com		
Teléfono:	0987086312 2481200				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	5508304	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 2500 002 | 28/07/2023 | 2500 003 | 29/08/2023 | 2500 004 | 28/09/2023 | 2500 005 | 30/10/2023 | 2500 006 | 29/11/2023 | 2500 **Total** | **15000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260307646	Paracetamol - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: PARACETAMOL 10 mg/ml - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.590000 - O. ORIGEN FABRICANTE: ESPAÑA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: B. BRAUN MEDICAL S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-05-23 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-05-23 14:15:54 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 307-MEE-0514 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 18 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FRASCO PLASTICO x 100ml - CAJA DE CARTON X 10 FRASCOS X 100ml c/u - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 10 mg/ mL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECIFICA: SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Paracetamol - A. CUM: N02BE01LPR077W8	15000	0,590000	0,000000	8.850,000000	0,000000	8.850,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	8.850,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	8.850,000000

Número de Items	15000
Flete	0,000000
Total de la Orden	8.850,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:10:01

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419838	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	TOTALCARE PHARMA S.A.	**Razón social:**	TOTALCARE PHARMA S.A.	**RUC:**	0992893028001
Nombre del representante legal:	PAREDES ALAVA PABLO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	mparedes@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	mparedes@grupocare.ec		
Teléfono:	0989625084				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005299579	**Código de la Entidad Financiera:**	210315
Nombre de la Entidad Financiera:	BANCO BOLIVARIANO				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN			

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	2700
002	28/07/2023	2700
003	28/08/2023	2700
004	28/09/2023	2700
005	30/10/2023	2700
006	28/11/2023	2500
Total		**16000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260005504	Levofloxacina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01MA12SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levofloxacina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEVOFLOXACINA TABLETAS 500 MG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA, CAPSULAR, BICONVEXA, DE COLOR AMARILLO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 500 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 10 BLISTERS x 10 TABLETAS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5407-MEE-0820	16000	0,055000	0,000000	880,000000	0,000000	880,000000	900000000153080913140010000000

	- M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-08-13 08:32:40 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-08-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: AUROCHEM PHARMACEUTICALS INDIA PVT. LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.055000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE							

Subtotal	880,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	880,000000

Número de Items	16000
Flete	0,000000
Total de la Orden	880,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:10:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO

Orden de compra:	CE-20230002419837	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre comercial:	SOULPHARMA CIA LTDA	**Razón social:**	SOULPHARMA CIA LTDA	**RUC:**	1792630592001
Nombre del representante legal:	ARMIJOS APOLO MAYRA BEATRIZ				
Correo electrónico el representante legal:	compraspublicas.soulpharm@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	compraspublicas.soulpharm@gmail.com		
Teléfono:	0997360376 022063270				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	7693982	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	25
002	25/07/2023	25
003	25/08/2023	25
004	25/09/2023	25
Total		**100**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260858605	Naloxona - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA 1 ML CONTIENE: CLORHIDRATO DE NALOXONA 0,4 MG EQ. A 0,44 MG DE CLORHIDRATO DE NALOXONA DIHIDRATADA	100	6,480000	0,000000	648,000000	0,000000	648,000000	900000000153080913400100000000

	- Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 6.480000 - O. ORIGEN FABRICANTE: CUBA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EMPRESA LABORATORIOS AICA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-09-21 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2018-09-21 14:27:12 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4396-MEE-0918 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30° C. PROTEJASE DE LA LUZ. - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 25 AMPOLLAS DE 1 ML C/U + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Vía intramuscular, intravenosa o subcutánea - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NALOXONA 0,4mg/ml INYECCIÓN - D. CONCENTRACIÓN: 0,4 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Naloxona - A. CUM: V03AB15LPR040A3							

Subtotal	648,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	648,000000

Número de Items	100
Flete	0,000000
Total de la Orden	648,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:10:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419836	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**Razón social:**	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992851651001
Nombre del representante legal:	REPREFAR S.A.S				
Correo electrónico el representante legal:	comercial@sicmafarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	comercial@sicmafarma.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	8179565	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 28/06/2023 / 300 002 / 28/07/2023 / 300 003 / 29/08/2023 / 300 004 / 29/09/2023 / 300 005 / 27/10/2023 / 200 006 / 28/11/2023 / 200 **Total** / **1600**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260397606	Neostigmina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N07AA01LPR045A3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Neostigmina - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 0,5 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NEOSTIGMINA METILSULFATO 0.5MG/1ML SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Intravenosa - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 0.5MG/1ML SOLUCION INYECTABLE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-0395-01-04 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-02-09 15:07:20 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-02-09 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORTAORIOS BIOSANO S.A. SANTIAGO -CHILE - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.130000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 100 AMPOLLAS DE 1 mL C/U + INSERTO.	1600	0,130000	0,000000	208,000000	0,000000	208,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	208,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	208,000000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	208,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:11:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419835	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**Razón social:**	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**RUC:**	0992948590001
Nombre del representante legal:	BANERJEE SOUVIK				
Correo electrónico el representante legal:	souvik@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	souvik@sevenpharma.net		
Teléfono:	0984340137 0999851831				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006140277	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	900
002	28/07/2023	900
003	29/08/2023	900
004	29/09/2023	900
005	30/10/2023	900
006	29/11/2023	510
Total		**5010**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260347497	Levetiracetam - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-07-22 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-07-22 23:59:00 - A. CUM: N03AX14SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levetiracetam - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEVEXYL 500 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Tabletas recubiertas - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 500mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 3 Blister x 10 Tabletas Recubiertas C/U + Inserto - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30C - R. PRECIO ADJUDICADO: 0,077000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5228-MEE-0720	5010	0,077000	0,000000	385,770000	0,000000	385,770000	900000000153080913140010000000

Subtotal	385,770000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	385,770000

Número de Items	5010
Flete	0,000000
Total de la Orden	385,770000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:11:35

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419834	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**Razón social:**	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**RUC:**	0992948590001
Nombre del representante legal:	BANERJEE SOUVIK				
Correo electrónico el representante legal:	souvik@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	souvik@sevenpharma.net		
Teléfono:	0984340137 0999851831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006140277	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 900 002 | 28/07/2023 | 900 003 | 30/08/2023 | 900 004 | 29/09/2023 | 900 005 | 30/10/2023 | 900 006 | 29/11/2023 | 510 **Total** | **5010**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260347498	Levetiracetam - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-08-03 23:59:00 - A. CUM: N03AX14SOR061X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levetiracetam - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEVEXYL 1000 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Tableta Recubierta - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 1000mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 3 Blisters x 10 Tabletas Recubiertas C/U+ Inserto - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5355-MEE-0820 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-08-03 08:58:54 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.137000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	5010	0,137000	0,000000	686,370000	0,000000	686,370000	900000000153080913140010000000

Subtotal	686,370000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	686,370000

Número de Items	5010
Flete	0,000000
Total de la Orden	686,370000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:12:15

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419833	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	140
002	28/07/2023	140
003	29/08/2023	140
004	29/09/2023	140
005	30/10/2023	140
006	30/11/2023	100
Total		**800**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260005501	Levofloxacina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FUNDA PLÁSTICA X 1 FRASCO DE PLÁSTICO X 100 ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE + INSERTO - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.140000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [IN] INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROTECH BIOSYSTEMS PVT. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-01-02 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-01-02 00:59:38 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE1200113 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 C - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML DE LA SOLUCIÓN CONTIENE: LEVOFLOXACINO HEMIHIDRATO 0,5 G EQUIVALENTE A LEVOFLOXACINO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEVOFLOXACINO - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA:	800	1,140000	0,000000	912,000000	0,000000	912,000000	900000000153080913140010000000

	Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levofloxacina - A. CUM: J01MA12LPR225Y3							

Subtotal	912,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	912,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	912,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:13:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419832	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	200
002	28/07/2023	200
003	29/08/2023	100
004	29/09/2023	100
005	30/10/2023	100
006	30/11/2023	100
Total		**800**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260387589	Midazolam - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N05CD08LPR225A9 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Midazolam - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Midazolam - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Intravenosa - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Solucion inyectable - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 100 AMPOLLAS TERMOFORMADO MAS INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: A TEMPERATURAS INFERIORES A 30C, EN SU ENVASE Y EMPAQUE ORIGINAL - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 764-MEE-0215 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-02-19 15:50:40 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-19 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO BIOSANO S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: CHILE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.860000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: 4350 - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 10 ML CONTIENE MIDAZOLAM CORHIDRATO 55,6 MG EQUIVALENTE A 50 MG DE MIDAZOLAM BASE	800	0,860000	0,000000	688,000000	0,000000	688,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	688,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	688,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	688,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:14:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419831	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	70
002	28/07/2023	70
003	29/08/2023	70
004	29/09/2023	70
005	30/10/2023	70
006	30/11/2023	50
Total		**400**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260387588	Midazolam - A. CUM: N05CD08LPR225A6 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Midazolam - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: MIDAZOLAM - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / intravenosa - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Solucion inyectable - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5mg/ml - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Almacenar a una temperatura no mayor a 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-1012-03-07 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-07-04 11:41:32 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-07-04 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO BIOSANO S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.400000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: 4350 - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: caja x 2 blisterpack x 5 ampollas x 3ml c/u + inserto	400	0,400000	0,000000	160,000000	0,000000	160,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	160,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	160,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	160,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:14:58

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419830	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	2500
002	28/07/2023	2500
003	29/08/2023	2500
004	29/09/2023	2500
005	30/10/2023	2500
006	27/11/2023	2500
Total		**15000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260712473	Ketorolaco - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja de Cartón x 10 ampollas X 1 mL + Bandeja de Plástico + Inserto - A. CUM: M01AB15LPR182A3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ketorolaco - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 30 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: KETOROLACO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / intravenosa - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Solucion inyectable - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 30mg/ml - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Temperatura no mayor a 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4983-MEE-0220 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-02-13 22:03:52 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROTECH BIOSYSTEMS PVT. LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.095000 - J. LICENCIA CONSEP /	15000	0,095000	0,000000	1.425,000000	0,000000	1.425,000000	900000000153080913140010000000

	SETED: NO REQUIERE							

Subtotal	1.425,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.425,000000

Número de Items	15000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.425,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:15:24

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419829	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	5000
002	28/07/2023	5000
003	29/08/2023	5000
004	29/09/2023	5000
005	30/10/2023	5000
006	30/11/2023	5000
Total		**30000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

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.
35260712474	Ketorolaco - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 1 ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE CONTIENE: KETOROLACO TROMETAMINA 30 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.114000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROTECH BIOSYSTEMS PVT. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-13 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-02-13 15:11:41 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4985-MEE-0220 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BANDEJA PLÁSTICA X 5 AMPOLLAS X 2ML C/U + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Ketorolaco - D. CONCENTRACIÓN: 30 mg/mL	30000	0,114000	0,000000	3.420,000000	0,000000	3.420,000000	900000000153080913140010000000

	- C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ketorolaco - A. CUM: M01AB15LPR182A4							

Subtotal	3.420,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.420,000000

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.420,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:15:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419828	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/06/2023	500
002	28/07/2023	500
003	30/08/2023	500
004	28/09/2023	500
005	26/10/2023	500
006	27/11/2023	500
Total		**3000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcivar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260846577	Metotrexato - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja por 10 ampollas x 2 ml cada una, en bandeja plástica + inserto. - A. CUM: L01BA01LPR160C1 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Metotrexato - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: METOTREXATO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/intravenosa - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Solucion inyectable - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 25mg/ml - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a temperatura no mayor a 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2741-MEE-0517 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-18 23:43:38 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-18 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROTECH BIOSYSTEMS PVT. LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.450000	3000	0,450000	0,000000	1.350,000000	0,000000	1.350,000000	900000000153080913140010000000

	- J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE							

Subtotal	1.350,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.350,000000

Número de Items	3000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.350,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:16:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419827	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 250 002 | 27/07/2023 | 150 003 | 28/08/2023 | 150 004 | 28/09/2023 | 150 005 | 30/10/2023 | 150 006 | 30/11/2023 | 150 **Total** | **1000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260909485	Latanoprost - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: S01EE01LOF014X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Latanoprost - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oftálmico - D. CONCENTRACIÓN: 0,005 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LARSAN 0.005% - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION OFTALMICA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN OFTÁLMICA CONTIENE : LATANOPROST 0.05MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO GOTERO X 2.5ML + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 985-MEN-0217 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-02-17 22:12:07 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-02-17 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.400000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	1000	0,400000	0,000000	400,000000	0,000000	400,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	400,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	400,000000

Número de Items	1000
Flete	0,000000
Total de la Orden	400,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:16:40

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419826	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 35000 002 | 28/07/2023 | 33000 003 | 29/08/2023 | 33000 004 | 29/09/2023 | 33000 005 | 30/10/2023 | 33000 006 | 30/11/2023 | 33000 **Total** | **200000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260900562	Metformina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: A10BA02SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Metformina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GLUCOCID 500MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDOP RECUBIERTO CONTIENE: METFORMINA CLORHIDRATO 500.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02184-MAC-09-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-23 14:02:36 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-23 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.010760 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	200000	0,010760	0,000000	2.152,000000	0,000000	2.152,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.152,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.152,000000

Número de Items	200000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.152,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:16:54

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419825	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 35000 002 / 28/07/2023 / 33000 003 / 29/08/2023 / 33000 004 / 29/09/2023 / 33000 005 / 30/10/2023 / 33000 006 / 30/11/2023 / 33000 **Total** / **200000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260900564	Metformina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: A10BA02SOR285X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Metformina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 850 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GLUCOCID 850 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE: METFORMINA CLORHIDRATO 850.00MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02186-MAC-09-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-23 14:16:37 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-23 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008249 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	200000	0,008249	0,000000	1.649,800000	0,000000	1.649,800000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	1.649,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.649,800000

Número de Items	200000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.649,800000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:17:11

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419824	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 25000 002 | 27/07/2023 | 25000 003 | 29/08/2023 | 25000 004 | 29/09/2023 | 25000 005 | 27/10/2023 | 25000 006 | 27/11/2023 | 25000 **Total** | **150000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260709539	Loratadina - A. CUM: R06AX13SOR075X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Loratadina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LORATADINA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE : LORATADINA 10.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 4 RISTRAS X 10 TABLETAS + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 105-MEN-0614 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-06-13 11:13:50 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-06-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008190 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	150000	0,008190	0,000000	1.228,500000	0,000000	1.228,500000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.228,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.228,500000

Número de Items	150000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.228,500000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:17:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419823	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 25000 002 | 26/07/2023 | 25000 003 | 28/08/2023 | 25000 004 | 28/09/2023 | 25000 005 | 27/10/2023 | 25000 006 | 27/11/2023 | 25000 **Total** | **150000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	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.
35260901544	Losartán - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - A. CUM: C09CA01SOR235X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Losartán - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ARADOS 50 TABLETAS RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: LOSARTAN POTASICO 50.00 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOY DE 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04423-MAN-09-06 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-09-25 09:47:46 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-09-25 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008977 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	150000	0,008977	0,000000	1.346,550000	0,000000	1.346,550000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.346,550000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.346,550000

Número de Items	150000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.346,550000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:17:44

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419822	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/06/2023 / 35000 002 / 27/07/2023 / 33000 003 / 28/08/2023 / 33000 004 / 28/09/2023 / 33000 005 / 27/10/2023 / 33000 006 / 27/11/2023 / 33000 **Total** / **200000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	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.
35260901545	Losartán - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - A. CUM: C09CA01SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Losartán - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ARADOS 100 TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: LOSARTAN POTASICO 100.00 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04416-MAN-09-06 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-09-15 15:45:55 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-09-15 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.009000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	200000	0,009000	0,000000	1.800,000000	0,000000	1.800,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.800,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.800,000000

Número de Items	200000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.800,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:18:00

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419821	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	9000
002	28/07/2023	9000
003	29/08/2023	9000
004	29/09/2023	9000
005	30/10/2023	9000
006	29/11/2023	5010
Total		**50010**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260900565	Metformina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 699-MEN-0316 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-03-09 15:16:30 - A. CUM: A10BA02SOR061X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Metformina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GLUCOCID 1000 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDOP RECUBIERTO CONTIENE: METFORMINA CLORHIDRATO 1000.00 MG - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-03-09 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.027750 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIUERTOS C/U + INSERTO.	50010	0,027750	0,000000	1.387,777500	0,000000	1.387,777500	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.387,777500
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.387,777500

Número de Items	50010
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.387,777500

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:18:21

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419820	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 28/06/2023 | 350 002 | 28/07/2023 | 350 003 | 29/08/2023 | 350 004 | 29/09/2023 | 350 005 | 30/10/2023 | 350 006 | 30/11/2023 | 250 **Total** | **2000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260709538	Loratadina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: R06AX13LOR224X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Loratadina - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LORATADINA JARABE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECIFICA: JARABE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5 ML DE JARABE CONTIENE: LORATADINA 5.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 60 ML + CUCHARA DOSIFICADORA + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 32-MEN-0214 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-02-20 19:50:37 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-02-20 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.408000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	2000	0,408000	0,000000	816,000000	0,000000	816,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	816,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	816,000000

Número de Items	2000
Flete	0,000000
Total de la Orden	816,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:18:43

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419819	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	NUÑEZ PEREZ RICHARD MARCELO	**RUC:**	1802603744001
Nombre del representante legal:	NUÑEZ PEREZ RICHARD MARCELO				
Correo electrónico el representante legal:	contrataciones@meinjor.com	**Correo electrónico de la empresa:**	contrataciones@meinjor.com		
Teléfono:	0999819590				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0009448853	**Código de la Entidad Financiera:**	210312	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL AUSTRO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	140
002	27/07/2023	140
003	28/08/2023	140
004	28/09/2023	140
005	27/10/2023	140
006	28/11/2023	100
Total		**800**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260124571	Metilprednisolona - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.300000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GUFIC BIOSCIENCES LTD - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-01-19 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-01-19 15:29:29 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7773-MEE-0123 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: - No mayor a 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Vía intramuscular y/o intravenosa - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 VIAL CON POLVO LIOFILIZADO + 1 AMPOLLA CON DILUYENYE x 4mL + BANDEJA + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: METILPREDNISOLONA SODIO SUCCINATO USP 165.74 MG EQUIVALENTE A 125 MG METILPREDNISOLONA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Sólido parenteral - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Metilprednisolona succinato - D. CONCENTRACIÓN: 125 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO PARENTERAL - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): METILPREDNISOLONA SUCCINATO - A. CUM: H02AB04SPR099X0	800	2,300000	0,000000	1.840,000000	0,000000	1.840,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.840,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.840,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.840,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:18:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419818	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	NORTH LIFE PHARMA ECUADOR NLF C.L.	**RUC:**	1792921902001
Nombre del representante legal:	BASANTES FREIRE FERNANDO ALEXANDER				
Correo electrónico el representante legal:	abasantes@robalinolaw.com	**Correo electrónico de la empresa:**	abasantes@robalinolaw.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100195131	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	140
002	26/07/2023	140
003	28/08/2023	140
004	28/09/2023	140
005	30/10/2023	140
006	28/11/2023	100
Total		**800**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260095388	Fosfomicina - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA SOBRE CONTIENE FOSFOMICINA (COMO TROMETAMOL) 3 G - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.890000 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SRS PHARMACEUTICALS PVT LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-07-06 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-07-06 23:59:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7352-MEE-0722 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR EN UN LUGAR FRESCO Y SECO A NO MAS DE 30oC. PROTEJASE DEL CALOR Y LA LUZ. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA CON 10 SOBRES/SACHES DE 3G + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: GRANULOS PARA SUSPENSION ORAL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FOSFOMICINA 3G - D. CONCENTRACIÓN: 3 g - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (granulado) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Fosfomicina - A. CUM: J01XX01SOG343X0	800	2,890000	0,000000	2.312,000000	0,000000	2.312,000000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	2.312,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.312,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.312,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:19:18

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419817	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>27/06/2023</td><td>4500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>27/07/2023</td><td>4100</td></tr>
<tr><td>003</td><td>29/08/2023</td><td>4100</td></tr>
<tr><td>004</td><td>29/09/2023</td><td>4100</td></tr>
<tr><td>005</td><td>30/10/2023</td><td>4100</td></tr>
<tr><td>006</td><td>29/11/2023</td><td>4100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>25000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260095613	Nitrofurantoína - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01XE01SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Nitrofurantoína - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Nitrofurantoína 100 mg Tabletas - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada tableta contiene:Nitrofurantoína USP 100 mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 10 blisteres x 10 tabletas c/u + inserto - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2027-MEE-0416 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-04-20 22:48:19 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-20 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.031400 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	25000	0,031400	0,000000	785,000000	0,000000	785,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	785,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	785,000000

Número de Items	25000

Flete	0,000000
Total de la Orden	785,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:19:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419816	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 200 002 / 28/07/2023 / 200 003 / 28/08/2023 / 200 004 / 28/09/2023 / 200 005 / 27/10/2023 / 100 006 / 27/11/2023 / 100 **Total** / **1000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260906486	Leflunomida - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: LEFLUNOMIDA 20 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.400000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-10-22 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-10-22 16:45:05 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6684-MEE-1021 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 GRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLÍSTER X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEFLUNOMIDA 20 MG TABLETAS - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Leflunomida - A. CUM: L04AA13SOR140X0	1000	0,400000	0,000000	400,000000	0,000000	400,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	400,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	400,000000

Número de Items	1000

Flete	0,000000
Total de la Orden	400,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:19:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419815	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 27/06/2023 | 800 002 | 28/07/2023 | 800 003 | 29/08/2023 | 800 004 | 29/09/2023 | 800 005 | 30/10/2023 | 800 006 | 30/11/2023 | 800 **Total** | **4800**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260755581	Metronidazol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01XD01LPR225D2 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Metronidazol - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Metronidazol 25 mg/5 mL Solución Inyectable - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada 100 mL contiene:Metronidazol BP 500 mg - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2488-MEE-0916 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-09-23 15:34:15 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-09-23 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.345600 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA - 1 FRASCO X 100ML + INSERTO	4800	0,345600	0,000000	1.658,880000	0,000000	1.658,880000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.658,880000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.658,880000

Número de Items	4800
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.658,880000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:22:23

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419814	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	MERCK C.A.	**Razón social:**	MERCK C.A.	**RUC:**	1790001024001
Nombre del representante legal:	RODRIGUEZ GUERRERO LUISA MARLENE				
Correo electrónico el representante legal:	angel.heredia@merckgroup.com	**Correo electrónico de la empresa:**	angel.heredia@merckgroup.com		
Teléfono:	0980431712 022981677				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	01005011300	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	500

Entregas Parciales	002	27/07/2023	500
	003	29/08/2023	500
	004	29/09/2023	500
	005	30/10/2023	500
	006	28/11/2023	500
	Total		**3000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260194518	Levotiroxina sódica - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: H03AA01SOR361X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levotiroxina sódica - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 125 mcg (0,125 mg) - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: EUTIROX 125 MCG TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACEUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 125 MCG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 2 BLISTERS DE 25 TABLETAS C/U = 50 TABLETAS - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 26.050-11-04 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-11-12 15:08:36 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-11-12 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MERCK S.A DE C.V. NAUCALPAN DE J. EDO DE MEXICO. - O. ORIGEN FABRICANTE: [MX] MEXICO - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.047000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	3000	0,047000	0,000000	141,000000	0,000000	141,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	141,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	141,000000

Número de Items	3000
Flete	0,000000
Total de la Orden	141,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:22:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419813	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	350
002	27/07/2023	350
003	29/08/2023	350
004	29/09/2023	350
005	30/10/2023	350
006	29/11/2023	250
Total		**2000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260479593	Mometasona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.430000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GLENMARK PHARMACEUTICALS LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-07-09 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-07-09 16:08:34 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1132-MEE-0715 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: 1 CAJA X FRASCO POR 120 DOSIS MEDIDAS + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50 MCG (CADA PULVERIZACIÓN LIBERA: MOMETASONA FUROATO 0.05%) - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSION PARA PULVERIZACION NASAL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: NASAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: MOMATE - D. CONCENTRACIÓN: 50 mcg - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido para inhalación - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Mometasona - A. CUM: R01AD09LIH232X0	2000	1,430000	0,000000	2.860,000000	0,000000	2.860,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.860,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.860,000000

Número de Items	2000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.860,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:24:33

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419812	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN
Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/06/2023	25
002	27/07/2023	15
003	29/08/2023	15
004	29/09/2023	15
005	30/10/2023	15
006	29/11/2023	15
Total		**100**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260095532	Linezolid - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01XX08LPR130C9 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Linezolid - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 2 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LINEZOLID 2 MG/ML - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA / INFUSION - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION PARA INFUSION - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 2 MG / ML - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BOLSA CON 300 ML DE SOLUCION CONTENIDA EN UN SACHET DE ALUMINIO + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5412-MEE-0820 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-08-17 13:24:19 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-08-17 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ANFARM HELLAS S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: GRECIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 4.990000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	100	4,990000	0,000000	499,000000	0,000000	499,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	499,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	499,000000

Número de Items	100
Flete	0,000000
Total de la Orden	499,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:25:10

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419811	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>006</td><td>28/11/2023</td><td>500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>4000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260367508	Levomepromazina - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: LEVOMEPROMAZINA MALEATO 135,35 MG EQUIVALENTE A LEVOMEPROMAZINA 100 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.125000 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-07-01 17:08:39 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2297-MEE-0716 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 100 TABLETAS RECUBIERTAS EN BLÍSTER ALUMINIO/PVC ÁMBAR + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEPROMAX - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levomepromazina - A. CUM: N05AA02SOR083X0	4000	0,125000	0,000000	500,000000	0,000000	500,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	500,000000

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

Número de Items	4000
Flete	0,000000
Total de la Orden	500,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:26:09

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419810	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 35 002 | 26/07/2023 | 25 003 | 28/08/2023 | 25 004 | 28/09/2023 | 25 005 | 26/10/2023 | 25 006 | 28/11/2023 | 25 **Total** | **160**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260317528	Lidocaina sin epinefrina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.990000 - O. ORIGEN FABRICANTE: JAPON - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: TEIKOKU SEIYAKU CO. LTDA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-10-01 15:07:57 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 27.909-12-07 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 sachet x 5 parches de 14 cm x 10 cm c/u + instructivo - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5% - 700 mg Lidocaina - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Parche - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Tópica - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VERSATIS 5% PARCHE PARA USO TOPICO - D. CONCENTRACIÓN: 5 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido cutáneo (Parche transdérmico) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Lidocaina sin epinefrina - A. CUM: N01BB02SCT220X0	160	2,990000	0,000000	478,400000	0,000000	478,400000	900000000153080913140010000000

Subtotal	478,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	478,400000

Número de Items	160
Flete	0,000000
Total de la Orden	478,400000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:26:51

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO

Orden de compra:	CE-20230002419809	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre comercial:		**Razón social:**	GENERICOS NACIONALES GENA S.A.	**RUC:**	1791903595001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	023829620 0994704331				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	1740

Entregas Parciales	002	26/07/2023	1650
	003	28/08/2023	1650
	004	28/09/2023	1650
	005	30/10/2023	1650
	006	29/11/2023	1650
	Total		**9990**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260347484	Lamotrigina - A. CUM: N03AX09SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Lamotrigina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LAMOTRIX 100 COMPRIMIDOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO CONTINE: LAMOTRIGINA 100,00 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 369011113 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-11-13 02:14:49 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-11-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GENERICOS NACIONALES GENA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.021000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERE X 10 COMPRIMIDOS C/U + INSERTO	9990	0,021000	0,000000	209,790000	0,000000	209,790000	900000000153080913140010000000

Subtotal	209,790000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	209,790000

Número de Items	9990
Flete	0,000000
Total de la Orden	209,790000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:27:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419807	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMAYALA PHARMACEUTICAL COMPANY S.A. FPC	**RUC:**	0990013314001
Nombre del representante legal:	AYALA SALCEDO MARIO RAFAEL				
Correo electrónico el representante legal:	instituciones1@farmayala.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones1@farmayala.com		
Teléfono:	0993865771 0993865710 0984813954 0984813954 042815940 042815910				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	00010077278	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		
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 mercaderia:**	08h00 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN			

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 1000 002 | 26/07/2023 | 1000 003 | 25/08/2023 | 1000 004 | 26/09/2023 | 1000 005 | 27/10/2023 | 1000 006 | 27/11/2023 | 1000 **Total** | **6000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcivar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260530546	Magaldrato con simeticona (Hidróxido de Al y Mg) - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 150 ML DE SUSPENSIÓN ORAL + PROSPECTO +VASO DOSIFICADOR. - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.720000 - O. ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INDEUREC S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-12-12 23:59:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01637-MAC-1-12-11 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML DE SUSPENSIÓN ORAL CONTIENE: MAGALDRATO 8.00 g + 8% exceso, equivalente a 6.8 g de Magaldrato anhidro SIMETICONA al 100% 0.600 g + 15% exceso, EQUIVALENTE 0.6 g DE SIMETICONA BASE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSION ORAL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DIGERIL SUSPENSION - D. CONCENTRACIÓN: No definido - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Magaldrato con simeticona (Hidróxido de Al y Mg) - A. CUM: A02AF01LOR000X0	6000	0,720000	0,000000	4.320,000000	0,000000	4.320,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	4.320,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	4.320,000000

Número de Items	6000
Flete	0,000000
Total de la Orden	4.320,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:28:12

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419806	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	gerencia1@grupolabovida.com	**Correo electrónico de la empresa:**	gerencia1@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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	700
002	26/07/2023	700
003	28/08/2023	700
004	27/09/2023	700
005	27/10/2023	700
006	27/11/2023	500
Total		**4000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260421608	Nifedipina - A. CUM: C08CA05SOR075X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Nifedipina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NIFEDIPINO CÁPSULAS 10 mg - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CÁPSULA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 10 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 BLÍSTERES X 10 CÁPSULAS C/U + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0328-06-03 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-03-07 15:05:38 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-03-07 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS VIDA S.A. LABOVIDA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.056400 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	4000	0,056400	0,000000	225,600000	0,000000	225,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	225,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	225,600000

Número de Items	4000
Flete	0,000000
Total de la Orden	225,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 15:08:04

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419805	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN					

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	55
002	26/07/2023	55
003	28/08/2023	55
004	28/09/2023	55
005	27/10/2023	55
006	27/11/2023	45
Total		**320**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260124572	Metilprednisolona - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN CON 1 CUNA DE PLÁSTICO QUE CONTIENE 1 VIAL DE VIDRIO X 500 MG + 1 AMPOLLA DE VIDRIO DE 10 ML DISOLVENTE + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: SUCCINATO DE METILPREDNISOLONA SÓDICA USP EQ. A METILPREDNISOLONA USP 500 MG - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): METILPREDNISOLONA SUCCINATO - R. PRECIO ADJUDICADO: 4.212000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: M/S KWALITY PHARMACEUTICALS LIMITED, - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-01-25 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-01-25 10:43:53 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5886-MEE-0121 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA INYECCIÓN - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: METILPREDNISOLONA SUCCINATO SÓDICO PARA INYECCIÓN USP 500 MG/VIAL - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - A. CUM: H02AB04SPR241X0	320	4,212000	0,000000	1.347,840000	0,000000	1.347,840000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	1.347,840000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.347,840000

Número de Items	320
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.347,840000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:28:55

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419804	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	CRISTALIA DEL ECUADOR S.A.	**Razón social:**	CRISTALIA DEL ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992376406001
Nombre del representante legal:	ROVAYO VERA ERNESTO FABIAN				
Correo electrónico el representante legal:	robertov@ingemedicadelecuador.com	**Correo electrónico de la empresa:**	robertov@ingemedicadelecuador.com		
Teléfono:	042594500 0981666601 0989883443 0994443281 0993618982				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006053765	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 30 002 | 26/07/2023 | 30 003 | 25/08/2023 | 30 004 | 26/09/2023 | 30 005 | 27/10/2023 | 20 006 | 27/11/2023 | 20 **Total** | **160**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260207597	Morfina - A. CUM: N02AA01LPR077A3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Morfina - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DIMORF - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR,INTRAARTERIAL O INTRATECAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 10mg/ml - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X CUNA X 5 AMPOLLAS X 1ml + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 28980-08-09 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-08-24 14:35:56 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-08-24 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CRISTALIA PRODUCTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA. - O. ORIGEN FABRICANTE: [BR] BRAZIL - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.467500 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: 3992	160	0,467500	0,000000	74,800000	0,000000	74,800000	900000000153080913140010000000

Subtotal	74,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	74,800000

Número de Items	160
Flete	0,000000
Total de la Orden	74,800000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:30:34

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419803	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	CRISTALIA DEL ECUADOR S.A.	**Razón social:**	CRISTALIA DEL ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992376406001
Nombre del representante legal:	ROVAYO VERA ERNESTO FABIAN				
Correo electrónico el representante legal:	robertov@ingemedicadelecuador.com	**Correo electrónico de la empresa:**	robertov@ingemedicadelecuador.com		
Teléfono:	042594500 0981666601 0989883443 0994443281 0993618982				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006053765	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 25 002 / 26/07/2023 / 15 003 / 25/08/2023 / 15 004 / 25/09/2023 / 15 005 / 26/10/2023 / 15 006 / 27/11/2023 / 15 **Total** / **100**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260421614	Nitroprusiato sódico - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CRISTALIA PRODUCTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA - O. ORIGEN FABRICANTE: BRASIL - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-06 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-10-06 14:25:20 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7546-MEE-1022 - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA FRASCO AMPOLLA DE POLVO LIOFILIZADO CONTIENE: NITROPRUSIATO DE SODIO DIHIDRATADO 50 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 7.460000 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: NO MAYOR A 30 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 18 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 FRASCO AMPOLLAS + 5 AMPOLLAS X 2ML DE DISOLVENTE + 5 SOBRES FOTOPROTECTOR - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECIFICA: POLVO LIOFILIZADO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INFUSION INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NITROPRUS - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Nitroprusiato sódico - A. CUM: C02DD01SPR235X0	100	7,460000	0,000000	746,000000	0,000000	746,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	746,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	746,000000

Número de Items	100
Flete	0,000000
Total de la Orden	746,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:30:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419752	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**Razón social:**	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992851651001
Nombre del representante legal:	REPREFAR S.A.S				
Correo electrónico el representante legal:	comercial@sicmafarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	comercial@sicmafarma.com		
Teléfono:					
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	8179565	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		
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 mercaderia:**	08h00 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN			

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 1000 002 | 26/07/2023 | 800 003 | 28/08/2023 | 800 004 | 28/09/2023 | 800 005 | 27/10/2023 | 800 006 | 27/11/2023 | 800 **Total** | **5000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260441318	Epinefrina (adrenalina) - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: C01CA24LPR056A3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Epinefrina (adrenalina) - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: EPINEFRINA 1mg/1ml SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Subcutanea/Intravenosa - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 1mg/1ml SOLUCION INYECTABLE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-0519-11-04 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-12-01 11:00:16 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-12-01 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS BIOSANO S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.115000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 100 AMPOLLAS DE 1ml C/U MÁS INSERTO.	5000	0,115000	0,000000	575,000000	0,000000	575,000000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	575,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	575,000000

Número de Items	5000
Flete	0,000000
Total de la Orden	575,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:31:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419751	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**Razón social:**	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992851651001
Nombre del representante legal:	REPREFAR S.A.S				
Correo electrónico el representante legal:	comercial@sicmafarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	comercial@sicmafarma.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	8179565	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	500
002	26/07/2023	500
003	28/08/2023	500
004	28/09/2023	500
005	27/10/2023	500
006	27/11/2023	400
Total		**2900**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260661370	Fitomenadiona - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE FITOMENADIONA (VITAMINA K1) (CAS N° 84-80-0) 10.00 MG - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): FITOMENADIONA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.240000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS BIOSANO S.A. SANTIAGO DE CHILE - CHILE - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-03-08 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-03-08 13:44:04 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-00405-02-04 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / Intravenosa - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 100 AMPOLLAS DE 1ML C/U MÁS INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FITOMENADIONA 10 MG/1ML SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - A. CUM: B02BA01LPR077A3	2900	0,240000	0,000000	696,000000	0,000000	696,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	696,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000

Total	696,000000

Número de Items	2900
Flete	0,000000
Total de la Orden	696,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:31:34

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419750	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**Razón social:**	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**RUC:**	0992948590001
Nombre del representante legal:	BANERJEE SOUVIK				
Correo electrónico el representante legal:	souvik@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	souvik@sevenpharma.net		
Teléfono:	0984340137 0999851831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006140277	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 500 002 / 26/07/2023 / 200 003 / 28/08/2023 / 200 004 / 28/09/2023 / 200 005 / 27/10/2023 / 200 006 / 27/11/2023 / 200 **Total** / **1500**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260834259	Dexametasona - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.095000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SANJIVANI PARANTERAL LIMITED - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-13 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-12-13 15:27:57 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7702-MEE-1222 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BANDEJA X 100 AMPOLLAS X 2ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE DEXAMETASONA SODIO FOSFATO 4.4 MG EQUIVALENTE A 4MG DE DEXAMETASONA FOSFATO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DEXAMETASONA SODIO FOSFATO INYECCION 4mg/ml - D. CONCENTRACIÓN: 4 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): DEXAMETASONA - A. CUM: H02AB02LPR203A4	1500	0,095000	0,000000	142,500000	0,000000	142,500000	900000000153080913140010000000

Subtotal	142,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	142,500000

Número de Items	1500
Flete	0,000000
Total de la Orden	142,500000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:36:42

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419749	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**Razón social:**	SEVEN PHARMA DEL ECUADOR DISTRIBUIDORA & COMERCIALIZADORA SEVENPHARMA S.A.	**RUC:**	0992948590001
Nombre del representante legal:	BANERJEE SOUVIK				
Correo electrónico el representante legal:	souvik@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	souvik@sevenpharma.net		
Teléfono:	0984340137 0999851831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02006140277	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>1500</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260834258	Dexametasona - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.080000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SANJIVANI PARANTERAL LIMITED - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-13 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-12-13 15:27:57 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7702-MEE-1222 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a a 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BANDEJA X 100 AMPOLLAS X 1ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE DEXAMETASONA SODIO FOSFATO 4.4 MG EQUIVALENTE A 4MG DE DEXAMETASONA FOSFATO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DEXAMETASONA SODIO FOSFATO INYECCIÓN 4MG/ML - D. CONCENTRACIÓN: 4 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): DEXAMETASONA - A. CUM: H02AB02LPR203A3	1500	0,080000	0,000000	120,000000	0,000000	120,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	120,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	120,000000

Número de Items	1500
Flete	0,000000
Total de la Orden	120,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:37:00

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419748	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMEDIC S.A.	**RUC:**	0992532629001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ofertatecnica@pharmedic-sa.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ofertatecnica@pharmedic-sa.com		
Teléfono:	0988918706				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	100
002	26/07/2023	100
003	25/08/2023	100
004	28/09/2023	100
005	27/10/2023	100
Total		**500**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260327265	Diazepam - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5mg/ml - A. CUM: N05BA01LPR225A4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Diazepam - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DIAZEPAM - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / intravenosa - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Solucion inyectable - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Almacenar a no mas de 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-00123-1-03-07 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-26 15:10:49 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-26 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS BIOSANO S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.330000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: 4350 - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 20 BLISTER X 5 AMPOLLAS DE 2 ML C/U MAS INSERTO	500	0,330000	0,000000	165,000000	0,000000	165,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	165,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	165,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	165,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:37:15

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419747	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN					

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 7500 002 / 26/07/2023 / 4500 003 / 25/08/2023 / 4500 004 / 26/09/2023 / 4500 005 / 26/10/2023 / 4500 006 / 27/11/2023 / 4500 **Total** / **30000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260421309	Enalapril - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 RISTRAS X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - A. CUM: C09AA02SOR075X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Enalapril - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARDIOL 10 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: ENALAPRIL MALEATO 10.00 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01569-MAC-1-10-11 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-10-13 16:58:31 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-10-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.010920 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	30000	0,010920	0,000000	327,600000	0,000000	327,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	327,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	327,600000

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	327,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:37:33

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419746	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 750 002 | 26/07/2023 | 450 003 | 28/08/2023 | 450 004 | 28/09/2023 | 450 005 | 27/10/2023 | 450 006 | 27/11/2023 | 450 **Total** | **3000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260765470	Itraconazol - A. CUM: J02AC02SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Itraconazol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ITRACONAZOL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: ITRACONAZOL PELLETS 100.00MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERES X 10 CAPSULAS C/U + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 946-MEN-1216 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-12-01 10:57:17 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-01 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.050000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	3000	0,050000	0,000000	150,000000	0,000000	150,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	150,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	150,000000

Número de Items	3000
Flete	0,000000
Total de la Orden	150,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:37:49

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419745	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 1740 002 | 26/07/2023 | 1650 003 | 28/08/2023 | 1650 004 | 28/09/2023 | 1650 005 | 27/10/2023 | 1650 006 | 27/11/2023 | 1650 **Total** | **9990**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260765372	Fluconazol - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FLUCOCID 150 MG - A. CUM: J02AC01SOR112X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Fluconazol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 150 mg - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS DE GELETINA DURA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 CAPSULAS C/U + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02183-MAC-09-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-22 13:05:07 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-22 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.052000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA CÁPSULA CONTIENE: FLUCONAZOL 150.00 MG	9990	0,052000	0,000000	519,480000	0,000000	519,480000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	519,480000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	519,480000

Número de Items	9990
Flete	0,000000
Total de la Orden	519,480000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:38:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419744	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 7020 002 | 26/07/2023 | 6600 003 | 28/08/2023 | 6600 004 | 28/09/2023 | 6600 005 | 26/10/2023 | 6600 006 | 27/11/2023 | 6600 **Total** | **40020**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260347395	Gabapentina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N03AX12SOR186X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Gabapentina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 300 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GABAPENTINA 300 MG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECIFICA: CAPSULAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA CAPSULA CONTIENE GABAPENTINA PELLETS 300.00MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 CAPSULAS + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 927-MEN-0816 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-08-29 12:00:48 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-08-29 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.039000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	40020	0,039000	0,000000	1.560,780000	0,000000	1.560,780000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.560,780000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.560,780000

Número de Items	40020
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.560,780000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:38:49

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419743	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 7500 002 | 26/07/2023 | 4500 003 | 28/08/2023 | 4500 004 | 26/09/2023 | 4500 005 | 26/10/2023 | 4500 006 | 27/11/2023 | 4500 **Total** | **30000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260421308	Enalapril - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: C09AA02SOR223X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Enalapril - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARDIOL 5 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: ENALAPRIL MALEATO 5.000MG - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 965-MEN-0916 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-09-27 08:56:56 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-09-27 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.014000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 RISTRAS X 10 TABLETAS + INSERTO	30000	0,014000	0,000000	420,000000	0,000000	420,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	420,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	420,000000

Número de Items	30000
Flete	0,000000
Total de la Orden	420,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:39:06

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419742	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 3500 002 | 26/07/2023 | 3300 003 | 28/08/2023 | 3300 004 | 28/09/2023 | 3300 005 | 26/10/2023 | 3300 006 | 27/11/2023 | 3300 **Total** | **20000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260421310	Enalapril - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 RISTRAS X 10 TABLETAS + INSERTO - A. CUM: C09AA02SOR140X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Enalapril - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARDIOL 20 TABLETA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE ENALAPRIL MALEATO 20.00 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR TEMPERATURA MENOR A 30¡C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01570-MAC-1-10-11 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-10-13 14:25:02 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-10-13 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.011800 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	20000	0,011800	0,000000	236,000000	0.000000	236,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	236,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	236,000000

Número de Items	20000
Flete	0,000000
Total de la Orden	236,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:39:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419741	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	OFTALVIS S.A.	**Razón social:**	OFTALVIS S.A.	**RUC:**	1791434501001
Nombre del representante legal:	TOMALA ESPAÑA ANGELA ISABEL				
Correo electrónico el representante legal:	angela.tomala@oftalvis.com	**Correo electrónico de la empresa:**	angela.tomala@oftalvis.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005309007	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>004</td><td>27/09/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>75</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>500</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260839256	Dexametasona + Tobramicina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.790000 - O. ORIGEN FABRICANTE: MEXICO - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS SOPHIA, S.A. DE C.V. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-13 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-10-13 09:42:15 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 3050-MEE-1017 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C. - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja con tubo de aluminio con 3.5 g + inserto - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada gr contieneSulfato de Tobramicina equivalente a Tobramicina 3.00 mgDexametasona 1.00 mg - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: UNGÜENTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Tópica Oftálmica - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Trazidex Ungena - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 % + 0,3 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido oftálmico - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dexametasona + Tobramicina - A. CUM: S01CA01SSO023T1	500	1,790000	0,000000	895,000000	0,000000	895,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	895,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	895,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	895,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:39:48

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419740	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	NORTH LIFE PHARMA ECUADOR NLF C.L.	**RUC:**	1792921902001
Nombre del representante legal:	BASANTES FREIRE FERNANDO ALEXANDER				
Correo electrónico el representante legal:	abasantes@robalinolaw.com	**Correo electrónico de la empresa:**	abasantes@robalinolaw.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100195131	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	70
002	26/07/2023	70
003	28/08/2023	70
004	28/09/2023	70
005	27/10/2023	70
006	27/11/2023	50
Total		**400**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcivar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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 articulo 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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260529464	Ipratropio bromuro - A. CUM: R03BB01LNB036C8 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ipratropio bromuro - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido para nebulización - D. CONCENTRACIÓN: 0,25 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BROMURO DE IPRATROPIO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INHALATORIA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION PARA INHALACION POR NEBULIZADOR - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250mcg/ml - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 frasco x 20ml + Inserto - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30oC - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7197-MEE-0422 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-04-12 14:26:57 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-04-12 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CIRON DRUGS & PHARMACEUTICALS PVT. LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.907500 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	400	0,907500	0,000000	363,000000	0,000000	363,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	363,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000

Total	363,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	363,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:40:12

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419739	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 50 002 | 26/07/2023 | 30 003 | 25/08/2023 | 30 004 | 25/09/2023 | 30 005 | 26/10/2023 | 30 006 | 27/11/2023 | 30 **Total** | **200**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260095391	Fosfomicina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: J01XX01SPR061X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Fosfomicina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FOSFOMICINA 1 G POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA/INFUSION - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: FOSFOMICINA BASE 1 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 VIALES + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5559-MEE-1020 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-10-22 18:13:50 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-10-22 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: NORTHEAST PHARMACEUTICAL GROUP SHENYANG N° 1 PHARMACEUTICAL CO.,LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.440000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	200	2,440000	0,000000	488,000000	0,000000	488,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	488,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	488,000000

Número de Items	200
Flete	0,000000
Total de la Orden	488,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:40:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419738	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 270 002 | 26/07/2023 | 270 003 | 28/08/2023 | 270 004 | 28/09/2023 | 270 005 | 27/10/2023 | 270 006 | 27/11/2023 | 250 **Total** | **1600**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260651312	Enoxaparina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: B01AB05LPR208X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Enoxaparina - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 4 000 UI (40 mg) - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ENOPLAX - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: SUBCUTANEA/ INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: ENOXAPARINA SODICA 40 MG EQUIVALENTE A 4000 UI/ CADA 0.4 ML - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X BLISTER X10 JERINGAS PRELLENADAS X 0.4ML C/U + AGUJA 27G X1/2 + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5380-MEE-0820 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-08-07 18:16:40 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-08-07 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: NANJING KING FRIEND BIOCHEMICAL PHARMACEUTICAL CO., LTD - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.870000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	1600	1,870000	0,000000	2.992,000000	0,000000	2.992,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.992,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.992,000000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.992,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:40:53

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419737	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	100
002	26/07/2023	100
003	28/08/2023	100
004	28/09/2023	100
005	27/10/2023	100
006	27/11/2023	100
Total		**600**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260846340	Etanercept - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 68.350000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LUPIN LTD BIOTECH DIVISION - TODAS LAS ETAPAS, INCLUYENDO TAMBIEN FABRICACION DEL API - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-12-01 15:17:13 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 218-MBE-1221 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar en refrigeración 2C - 8C. No congelar. - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 jeringa prellenada x 1 mL de solución inyectable 50 mg principio activo + inserto - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 1 ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE CONTIENE: ETANERCEPT 50.0 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Solución Inyectable - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Subcutánea - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NEPEXTO SOLUCION PARA INYECCIÓN - D. CONCENTRACIÓN: 50	600	68,350000	0,000000	41.010,000000	0,000000	41.010,000000	900000000153080913400100000000

	mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Etanercept - A. CUM: L04AB01LPR235X0							

Subtotal	41.010,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	41.010,000000

Número de Items	600
Flete	0,000000
Total de la Orden	41.010,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:41:09

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419736	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	400
002	26/07/2023	400
003	25/08/2023	400
004	26/09/2023	400
005	26/10/2023	400
006	27/11/2023	400
Total		**2400**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260641327	Eritropoyetina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: B03XA01LSP136X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Eritropoyetina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral o sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 2 000 UI - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ERITROPOYETINA 2000 UI SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: SUBCUTANEA / INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 2000 UI / ML - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X NIDO CONTENIENDO 100 JERINGAS PRELLENADAS DE 1 ML CON AGUJA + PROSPECTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR ENTRE 2C Y 8C NO CONGELAR - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-1320-10-09 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-10-23 12:12:35 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-10-23 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ICLOS URUGUAY S.A. S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: [UY] URUGUAY - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.260000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	2400	1,260000	0,000000	3.024,000000	0,000000	3.024,000000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	3.024,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.024,000000

Número de Items	2400
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.024,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:41:24

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO

Orden de compra:	CE-20230002419735	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre comercial:	LABORATORIOS VITALIS	**Razón social:**	LABVITALIS S.A.	**RUC:**	1791881915001
Nombre del representante legal:	ERAZO CARRION DAVID ESTEBAN				
Correo electrónico el representante legal:	ventas.institucionales@vitalis.com.co	**Correo electrónico de la empresa:**	ventas.institucionales@vitalis.com.co		
Teléfono:	023937715 0999486867				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3064383804	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	100
002	26/07/2023	100
003	28/08/2023	100

	004	26/09/2023	100
	005	26/10/2023	100
	006	27/11/2023	100
	Total		**600**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260347359	Fenitoína - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-22 23:59:00 - A. CUM: N03AB02LPR239A8 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Fenitoina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FENITOINA SODICA 250mg/5mL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA / INTRAMUSCULAR - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250mg/5mL - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 10 AMPOLLAS x 5mL + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE831012 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-10-22 14:54:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: VITALIS S.A.C.I. - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.399000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	600	0,399000	0,000000	239,400000	0,000000	239,400000	900000000153080913140010000000

Subtotal	239,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	239,400000

Número de Items	600
Flete	0,000000
Total de la Orden	239,400000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:41:43

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419734	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 4500 002 / 26/07/2023 / 4100 003 / 25/08/2023 / 4100 004 / 26/09/2023 / 4100 005 / 26/10/2023 / 4100 006 / 27/11/2023 / 4100 **Total** / **25000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260571333	Espironolactona - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE ESPIRONOLACTONA- 25,00 mg - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.025800 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-29 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-03-29 15:09:44 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2626-MEE-0317 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLÍSTER X 10 TABLETAS CADA BLÍSTER + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ESPIRONOLACTONA - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Espironolactona - A. CUM: C03DA01SOR157X0	25000	0,025800	0,000000	645,000000	0,000000	645,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	645,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	645,000000

Número de Items	25000
Flete	0,000000
Total de la Orden	645,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:42:05

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419733	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 100 002 | 26/07/2023 | 100 003 | 28/08/2023 | 100 004 | 26/09/2023 | 100 **Total** | **400**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260095326	Eritromicina - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-09-27 23:59:00 - A. CUM: J01FA01SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Eritromicina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ERITROMICINA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 500 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 100 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 3034-MEE-0917 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-09-27 13:16:12 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.063000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	400	0,063000	0,000000	25,200000	0,000000	25,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	25,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	25,200000

Número de Items	400
Flete	0,000000

Total de la Orden	25,200000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:42:20

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419732	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 4500 002 | 26/07/2023 | 4100 003 | 28/08/2023 | 4100 004 | 26/09/2023 | 4100 005 | 26/10/2023 | 4100 006 | 27/11/2023 | 4100 **Total** | **25000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260571334	Espironolactona - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: ESPIRONOLACTONA 100 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.062000 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-08-17 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-08-17 23:59:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7434-MEE-0822 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENESE A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN CON 10 BLÍSTER X 10 TABLETA C/U + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DIUREC - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Espironolactona - A. CUM: C03DA01SOR083X0	25000	0,062000	0,000000	1.550,000000	0,000000	1.550,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.550,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.550,000000

Número de Items	25000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.550,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:43:11

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419731	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR	**Razón social:**	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR CIA LTDA	**RUC:**	1790721450001
Nombre del representante legal:	SANDOVAL RUEDA EDGAR EFRAIN				
Correo electrónico el representante legal:	depventas@chalver-ecuador.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	depventas@chalver-ecuador.com.ec		
Teléfono:	0992717947 02251413				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	5537029	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ /	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	140
002	26/07/2023	140
003	28/08/2023	140
004	26/09/2023	140
005	26/10/2023	140
006	27/11/2023	100
Total		**800**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260651311	Enoxaparina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.640000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS CHALVER DE COLOMBIA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-05-22 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-05-22 14:20:48 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5492-MAE-05-09 - K. CONDICIONES DE	800	1,640000	0,000000	1.312,000000	0,000000	1.312,000000	900000000153080913140010000000

	ALMACENAMIENTO: CONSERVECE A TEMPERATURA INFERIOR A 30 C Y PROTEGIDO DE LA LUZ - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X CUNA X 2 JERINGAS PRELLENADAS DE 20 mg / 0,2 ml + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA JERINGA PRELLENADA X 0.8 ml CONTIENE: ENOXAPARINA SODICA EQUIVALENTE A 8000 U.I..... 80.00 mg - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: SUBCUTANEA, INTRAVENOSA, LINEA ARETERIAL HEMODIALISIS - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ENOXPAR INYECTABLE SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 2 000 UI (20 mg) - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Enoxaparina - A. CUM: B01AB05LPR137X0							

Subtotal	1.312,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.312,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.312,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:43:32

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419730	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR	**Razón social:**	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR CIA LTDA	**RUC:**	1790721450001
Nombre del representante legal:	SANDOVAL RUEDA EDGAR EFRAIN				
Correo electrónico el representante legal:	depventas@chalver-ecuador.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	depventas@chalver-ecuador.com.ec		
Teléfono:	0992717947 02251413				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	5537029	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ /	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	15
002	26/07/2023	15
003	28/08/2023	5
004	26/09/2023	5
005	26/10/2023	5
006	27/11/2023	5
Total		**50**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260387262	Dexmedetomidina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: N05CM18LPR341Y1 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dexmedetomidina - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mcg/mL (0,1 mg/mL) - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: IMAPREN - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA FRASCO VIAL DE 2 mL CONTIENE: 200 ug	50	1,212000	0,000000	60,600000	0,000000	60,600000	900000000153080913140010000000

	- H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 5 VIALES DE 2 mL + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA INFERIOR DE 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6898-MEE-0122 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-01-04 16:35:57 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-01-04 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS CHALVER DE COLOMBIA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: COLOMBIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.212000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE							

Subtotal	60,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	60,600000

Número de Items	50
Flete	0,000000
Total de la Orden	60,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:43:56

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419729	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**Razón social:**	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**RUC:**	0990347654001
Nombre del representante legal:	CARLO UNDA STEFANO ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	stefanocarlo@live.com	**Correo electrónico de la empresa:**	stefanocarlo@live.com		
Teléfono:	042253211 042256791 0995136592 0993509598				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2006007577	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	1400
002	26/07/2023	1400
003	28/08/2023	1400
004	28/09/2023	1400
005	27/10/2023	1400
006	27/11/2023	1000
Total		**8000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260367412	Haloperidol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N05AD01SOR223X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Haloperidol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HALOPERIDOL 5 MG TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 TABLETAS C/U - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0548-02-05 - M. FECHA DE EMISIÓN	8000	0,080000	0,000000	640,000000	0,000000	640,000000	900000000153080913140010000000

	DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-16 12:56:51 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-16 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KRONOS LABORATORIOS C. LTDA. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.080000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE							

Subtotal	640,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	640,000000

Número de Items	8000
Flete	0,000000
Total de la Orden	640,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:44:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419728	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**Razón social:**	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**RUC:**	0990347654001
Nombre del representante legal:	CARLO UNDA STEFANO ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	stefanocarlo@live.com	**Correo electrónico de la empresa:**	stefanocarlo@live.com		
Teléfono:	042253211 042256791 0995136592 0993509598				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2006007577	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	270
002	26/07/2023	270
003	28/08/2023	270
004	26/09/2023	270
005	26/10/2023	270
006	27/11/2023	250
Total		**1600**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260712431	Ibuprofeno - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO DE 100 ML + DOSIFICADOR - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.700000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KRONOS LABORATORIOS C. LTDA. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-07-02 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-07-02 09:27:36 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 435-MEN-0715 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL	1600	0,700000	0,000000	1.120,000000	0,000000	1.120,000000	900000000153080913140010000000

	MEDICAMENTO: CADA 5 ML CONTIENE: IBUPROFENO 200 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSIÓN ORAL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: KROXIFENO SUSPENSION 200 mg/ 5 ml - D. CONCENTRACIÓN: 200 mg/5 mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ibuprofeno - A. CUM: M01AE01LOR150X0							

Subtotal	1.120,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.120,000000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.120,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:44:33

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419727	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FERBOVASA CIA. LTDA.	**Razón social:**	IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA MEDICA FERBOVASA CIA. LTDA.	**RUC:**	1791343360001
Nombre del representante legal:	MUÑOZ VASQUEZ MARIANA SUSANA				
Correo electrónico el representante legal:	ferbovasa@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ferbovasa@hotmail.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3418203704	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	85
002	26/07/2023	85
003	25/08/2023	85
004	26/09/2023	85
005	26/10/2023	85
006	27/11/2023	75
Total		**500**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260839255	Dexametasona + Tobramicina - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: SULFATO DE TOBRAMICINA 3.6 MG EQUIVALENTE A TOBRAMICINA 3.00 MG FOSFATO DE SODIO DE DEXAMETASONA 1.32 MG EQUIVALENTE A DEXAMETASONA 1.00 MG - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MAYA BIOTECH PVT. LTD. - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.550000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-01-10 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-01-10 14:36:42 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7757-MEE-0123 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: OCULAR - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL	500	1,550000	0,000000	775,000000	0,000000	775,000000	900000000153080913140010000000

	MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 5 ML + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN OFTÁLMICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 % + 0,3 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido oftálmico - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dexametasona + Tobramicina - A. CUM: S01CA01LOF023X0							

Subtotal	775,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	775,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	775,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:44:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419726	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	EGAS SUBIA JUAN RAMON				
Correo electrónico el representante legal:	juan.r.egas@gsk.com	**Correo electrónico de la empresa:**	juan.r.egas@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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	270
002	26/07/2023	270
003	28/08/2023	270
004	28/09/2023	270
005	26/10/2023	270
006	27/11/2023	250
Total		**1600**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260909383	Fluticasona - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 8.990000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [ES] SPAIN - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GLAXO WELLCOME S.A - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-13 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-13 16:50:16 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 27.705-05-07 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA-ENVASE x 120 DOSIS MEDIDAS CON DISPOSITIVO INHALADOR + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA DOSIS DE APLICACIÓN CONTIENE: PROPIONATO DE FLUTICASONA 250,00 MCG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FLIXOTIDE - D. CONCENTRACIÓN: 250 mcg - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido para inhalación - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Fluticasona - A. CUM: R03BA05LIH163X0	1600	8,990000	0,000000	14.384,000000	0,000000	14.384,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	14.384,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	14.384,000000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	14.384,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:45:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419725	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	GENAMERICA	**Razón social:**	GENERICOS AMERICANOS GENAMERICA S.A.	**RUC:**	0991144552001
Nombre del representante legal:	NATH FRANCO LUIS ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	xteran@life.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	xteran@life.com.ec		
Teléfono:	0992758976				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	00005539439	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	140
002	26/07/2023	140
003	28/08/2023	140
004	28/09/2023	140
005	27/10/2023	140
006	27/11/2023	100
Total		**800**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260124424	Hidrocortisona - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO CON 718.275 MG DE POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR SOLUCIÓN INYECTABLE + AMPOLLA X 4 ML DE DILUYENTE + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA FRASCO UNA DOSIS CONTIENE: HIDROCORTISONA HEMISUCCINATO 640 MG, EQUIVALENTE A HIDROCORTISONA BASE 500 mg - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.580000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE C.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-01-10 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-01-10 12:54:43 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7.981-1-01-04 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR/INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HIDROCORTIF 500 MG	800	1,580000	0,000000	1.264,000000	0,000000	1.264,000000	900000000153080913140010000000

	- D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Hidrocortisona, succinato sódico - A. CUM: H02AB09SPR241X0							

Subtotal	1.264,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.264,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.264,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:45:42

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419724	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	50
002	26/07/2023	50
003	25/08/2023	50
004	25/09/2023	50
005	26/10/2023	50
006	27/11/2023	50
Total		**300**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260431289	Dobutamina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.220000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO SANDERSON S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-14 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-14 12:16:07 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-0538-02-05 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A TEMPERATURA NO	300	1,220000	0,000000	366,000000	0,000000	366,000000	900000000153080913140010000000

	MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BLISTER X 10 AMPOLLAS DE 5 ml + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 5 ML CONTIENE: DOBUTAMINA CLORHIDRATO 280.0 MG EQUIVALENTE A 250 MG DE DOBUTAMINA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DOBUTAMINA SOLUCION INYECTABLE 250 mg/ 5ml - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dobutamina - A. CUM: C01CA07LPR239A8							

Subtotal	366,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	366,000000

Número de Items	300
Flete	0,000000
Total de la Orden	366,000000

Fecha de Impresión: miércoles, 14 de junio de 2023, 08:28:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419723	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	35
002	26/07/2023	35
003	25/08/2023	35
004	25/09/2023	35
005	26/10/2023	35
006	27/11/2023	25
Total		**200**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	**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.
35260858375	Flumazenil - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.750000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS SANDERSON S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-27 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-12-27 15:27:23 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-1181-05-08 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO	200	2,750000	0,000000	550,000000	0,000000	550,000000	900000000153080913140010000000

	MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X BLISTER X 5 AMPOLLAS X 5 ML C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 5 ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE CONTIENEN: FLUMAZENIL 0.5 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FLUMAZENIL SOLUCION INYECTABLE 0,5 mg/5 mL - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Flumazenil - A. CUM: V03AB25LPR026A8							

Subtotal	550,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	550,000000

Número de Items	200
Flete	0,000000
Total de la Orden	550,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:46:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419722	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>250</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>1000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260005272	Dicloxacilina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01CF01SOP168X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dicloxacilina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DICLOXACILINA SODICA 250 MG / 5 ML - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA SUSPENSION - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: DICLOXACILINA 250 MG / 5 ML - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X FRASCO X 60 ML + TAPA DE MEDIDA + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2714-MEE-0517 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-11 16:25:14 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-11 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KWALITY PHARMACEUTICALS LIMITED - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.737935 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	1000	0,737935	0,000000	737,935000	0,000000	737,935000	900000000153080913140010000000

Subtotal	737,935000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	737,935000

Número de Items	1000
Flete	0,000000
Total de la Orden	737,935000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:46:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419721	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 2500 002 | 26/07/2023 | 1500 003 | 28/08/2023 | 1500 004 | 28/09/2023 | 1500 005 | 27/10/2023 | 1500 006 | 27/11/2023 | 1500 **Total** | **10000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260025297	Doxiciclina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.073100 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CARITAS HEALTHCARE PVT. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-03 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-02-03 19:30:13 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1760-MEE-0216 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE: DOXICICLINA HICLATO 120 MG EQUIVALENTE A DOXICICLINA 100 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DOXICICLINA HICLATO COMPRIMIDOS 100 MG - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Doxiciclina - A. CUM: J01AA02SOR083X0	10000	0,073100	0,000000	731,000000	0,000000	731,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	731,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	731,000000

Número de Items	10000
Flete	0,000000
Total de la Orden	731,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:46:58

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419720	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 2700 002 | 26/07/2023 | 2700 003 | 25/08/2023 | 2700 004 | 26/09/2023 | 2700 005 | 27/10/2023 | 2700 006 | 27/11/2023 | 2500 **Total** | **16000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260718426	Hidroxicloroquina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.092000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KWALITY PHARMACEUTICALS LIMITED - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-03-04 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-03-04 09:54:39 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6000-MEE-0321 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERES X 10 TABLETAS RECUBIERTAS CON PELICULA + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 200 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HIDROXICLOROQUINA 200 mg TABLETAS RECUBIERTAS - D. CONCENTRACIÓN: 200 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Hidroxicloroquina - A. CUM: P01BA02SOR148X0	16000	0,092000	0,000000	1.472,000000	0,000000	1.472,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.472,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.472,000000

Número de Items	16000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.472,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:47:21

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419719	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 400 002 | 26/07/2023 | 400 003 | 25/08/2023 | 400 004 | 27/09/2023 | 400 005 | 27/10/2023 | 400 006 | 27/11/2023 | 400 **Total** | **2400**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260641429	Hierro sacaratado, óxido de - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5 ML CONTIENE: HIDROXIDO FERRICO EN COMPLEJO CON SACAROSA EQUIVALENTE A HIERRO ELEMENTAL 100 MG - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SALES DE HIERRO SACARATO DE ÓXIDO FÉRRICO - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.631800 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MAAN PHARMACEUTICALS LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-12-09 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2018-12-09 18:21:36 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4499-MEE-1218 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 AMPOLLAS X 5 ML + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg/5 mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Hierro sacaratado, óxido de - A. CUM: B03AC00LPR087A8	2400	0,631800	0,000000	1.516,320000	0,000000	1.516,320000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.516,320000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.516,320000

Número de Items	2400
Flete	0,000000

Total de la Orden	1.516,320000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:47:42

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419718	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>250</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>150</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>1000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260431277	Digoxina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.900000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KWALITY PHARMACEUTICALS PVT. LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-10-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-10-01 11:32:49 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1444-MEE-1015 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 AMPOLLAS X 2 ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 0,25 MG/ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DIGOXINA INYECCIÓN - D. CONCENTRACIÓN: 0,25 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): DIGOXINA - A. CUM: C01AA05LPR036A4	1000	2,900000	0,000000	2.900,000000	0,000000	2.900,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.900,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.900,000000

Número de Items	1000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.900,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:48:01

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419717	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 140 002 / 26/07/2023 / 140 003 / 25/08/2023 / 140 004 / 26/09/2023 / 140 005 / 26/10/2023 / 140 006 / 27/11/2023 / 100 **Total** / **800**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260124423	Hidrocortisona - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HIDROCORTISONA SUCCIONATO DE SODIO PARA INYECCIÓN 100 MG - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7529-MEE-1022 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.349000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SKYMAP HEALTHCARE PVT. LTD. (POLVO PARA RECONSTITUIR)/ AXA PARENTALS LTD (SOLVENTE) - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-03 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-10-03 12:59:26 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 VIAL + DISOLVENTE AMPOLLA 5 ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: HIDROCORTISONA SUCCINATO DE SODIO TAMPONADO (ESTÉRIL) EQUIVALENTE A HIDROCORTISONA 100 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO SECO PARA INYECCION - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Hidrocortisona, succinato sódico - A. CUM: H02AB09SPR083X0	800	0,349000	0,000000	279,200000	0,000000	279,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	279,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	279,200000

Número de Items	800

Flete	0,000000
Total de la Orden	279,200000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:48:24

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419716	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 70 002 | 26/07/2023 | 70 003 | 25/08/2023 | 70 004 | 26/09/2023 | 70 005 | 26/10/2023 | 70 006 | 27/11/2023 | 50 **Total** | **400**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260122419	Hidrocortisona - A. CUM: D07AA02SLC052X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Hidrocortisona - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo o líquido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 1 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CREMA DE HIDROCORTISONA USP 1% P/P - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: HIDROCORTISONA 1 % - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTON X 1 TUBO LAMINADO DE 15 G + INSERRTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6411-MEE-0721 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-07-01 14:45:38 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-01 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GOPALDAS VISRAM & CO, LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.200000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	400	1,200000	0,000000	480,000000	0,000000	480,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	480,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	480,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	480,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:48:47

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419715	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	MEDIFARMA	**Razón social:**	CORPORACION MAGMA ECUADOR S.A	**RUC:**	1791888146001
Nombre del representante legal:	MUÑOZ ARAUJO LUIS FERNANDO				
Correo electrónico el representante legal:	bladimir.bravo@medifarma.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	bladimir.bravo@medifarma.ec		
Teléfono:	0990415710 0990600510 0990464548 0990415710 0990600510 0990464548 0990415710 0990600510 0990464548 0990415710 0990600510 0990464548 0967594221				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	02005186621	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

<table>
<tr><td></td><td>Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN</td></tr>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>850</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>850</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>850</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>850</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>850</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>750</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>5000</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES	Nombre: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Firmado electrónicamente por: MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260832269	Diclofenaco - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 3 ML CONTIENE: DICLOFENACO SÓDICO 75 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.048290 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERÚ - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MEDIFARMA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-09-02 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-09-02 23:59:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE2740913 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a temperatura no mayor a 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 50 AMPOLLAS X 3 ML C/U + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML SOLUCIÓN INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Diclofenaco - A. CUM: M01AB05LPR160A6	5000	0,048290	0,000000	241,450000	0,000000	241,450000	900000000153080913140010000000

Subtotal	241,450000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	241,450000

Número de Items	5000

Flete	0,000000
Total de la Orden	241,450000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:49:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419595	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	08-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	PIEDRA LOAIZA MERCY ESMERALDA	**Razón social:**	PIEDRA LOAIZA MERCY ESMERALDA	**RUC:**	1103285464001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	ventas.esmel@yahoo.com.	**Correo electrónico de la empresa:**	ventas.esmel@yahoo.com.		
Teléfono:	0994829451 0998221215 022349511				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3277183904	**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 Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; ING. CARMEN GARCÍA, TÉCNICO AFÍN

Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION
Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
295200114	ZAPATO DE MUJER DE CUERO - MOCASIN **MARCA:** MARCA - CONTRAFUERTE: Polimero de 0.8 a 1.2 mm. - PLANTILLA: Removible de textil o	66	38,7900	0,0000	2.560,1400	12,0000	2.867,3568	900000000353080213140010000000

	tejido recubierto o cuero tafilete. - CUERO - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Todos los requisitos químicos, físicos y mecánicos. Norma de requisito: NTE INEN 1810. - PROCESO PRODUCTIVO: Proceso Productivo: En fabricación de calzado se identifica el proceso productivo de cortado, aparado y plantado. Maquinaria y Equipo: La maquinaria identificada en el proceso productivo, se encuentra determinada en el anexo a la ficha técnica. El proveedor deberá declarar la maquinaria y herramientas [formulario en el pliego], utilizada en el proceso de fabricación de calzado, para lo cual debe adjuntar la documentación que certifique su propiedad. El SERCOP podrá realizar la actualización del anexo de maquinaria cuando crea conveniente y realizará la notificación a los proveedores. - SUELA - MATERIAL: De caucho con contenido de nitrilo [no policloruro de vinilo - PVC] con huella antideslizante, con una altura de tacón de 1 ½ a 3 ½. - CUERO - MATERIAL: Plena flor o flor corregida calibre 1.4 - 1.8 mm. - SUELA - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Resistencia a la abrasión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 250. Unidad: mm3. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20871. Aspecto Técnico: Resistencia a la flexión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 8. Unidad: mm/ 30000 ciclos. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17707. Aspecto Técnico: Dureza. Norma de requisito: NTE INEN 1921. Valor de especificación: 65 ± 5. Unidad: Shore A. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 7619-1. Aspecto Técnico: Tipo de Labrado - Antideslizante. - COLOR: Blanco o negro o café o azul. - FABRICANTE: FABRICANTE - HILOS: De nylon, apropiado para aparado. - PLANTILLA DE ARMADO: Odena, salpa, celulosa, descarne o no tejido de poliéster con recuño de 2.5 mm de espesor o preformada. - PUNTERAS Y CONTRAFUERTES: Aspecto Técnico: Aptitud al pegado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: seco ≥ 0,5 - húmedo ≥ 0,3. Unidad: N/mm. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20863. Aspecto Técnico: Características mecánicas. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: Retención de forma: 70 después de 1 deformación 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. Valor de especificación: Carga de hundimiento 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. - CAPACIDAD PRODUCTIVA: PARÁMETRO BASE DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA:1 trabajador elabora [fabrica] 88 pares de zapatos mensuales. CAPACIDAD PRODUCTIVA: Declaración de Capacidad Productiva: El oferente declarará la capacidad productiva realizando el cálculo del parámetro base de la capacidad productiva por el número de personal que fabrique el bien, mismo que será declarado por el oferente en el formulario "LISTADO DE SOCIOS O								

	EMPLEADOS" de la oferta o en la manifestación de interés. INCREMENTO DE CAPACIDAD PRODUCTIVA: El incremento de la capacidad productiva será en relación al aumento de personal en el proceso productivo del producto, el oferente deberá demostrar mediante la documentación solicitada el aumento de capacidad productiva, de acuerdo a las directrices establecidas por el SERCOP. - CALZADO COMPLETO *: Aspecto Técnico: Resistencia de la unión corte/piso [suela]. Norma de requisito, Valor de especificación. Unidad: De acuerdo a la normativa vigente. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17708. *En caso de que la norma sea actualizada el proveedor deberá cumplir en lo que se refiera a unidad y valor. - CAPELLADA: Cuero liso o prensado. - FORRO INTERIOR: Cuero tafilete. - VAE: Umbral del VAE 40% [declarativo en el Formulario de la Oferta]. - TALLAS: 34-40 [EUR] ETE INEN-ISO /TS 19407. Tallas extremas se realizarán por mutuo acuerdo, para lo cual la suela deberá cumplir con la norma solicitada. - DISEÑO: Zapato flexible, suave, liviano diseñado para usarlo preferentemente en áreas médicas. - PUNTERA: Polímero de 0.6 a 0.9 mm. - ETIQUETA: En la cara interior [plantilla] o en el forro de la lengüeta del calzado se deberá colocar una etiqueta, la cual debe contener los datos, contacto del proveedor y lo que se establece en el RTE INEN 080 vigente. - PEGA PARA CAPELLADA: De base acuosa o solvente. - CORTE: Aspecto Técnico: Resistencia a las costuras de unión de piezas de corte al calzado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 20879. Valor de especificación: ≥ 8. Unidad: N/mm. Norma de referencia: ISO 17697. - FORRO: Aspecto Técnico: Todos los requisitos químicos, físicos y mecánicos. Norma de requisito: NTE INEN 1811. - EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD: Es el mecanismo por el cual la entidad contratante generadora de la orden de compra evaluará el cumplimiento de los requisitos mínimos de normativa de calidad del bien catalogado: 1. Certificado de primera parte. 2. Ensayos de calzado completo y corte. 3. Los que el SERCOP determine.							

Subtotal	2.560,1400
Impuesto al valor agregado (12%)	307,2168
Total	2.867,3568

Número de Items	66
Total de la Orden	2.867,3568

Fecha de Impresión: jueves, 8 de junio de 2023, 13:19:57

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419594	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	08-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	LOPEZ GUEVARA LUIS RODRIGO	**RUC:**	1802604833001
Nombre del representante legal:	LOPEZ GUEVARA LUIS RODRIGO				
Correo electrónico el representante legal:	lorefer_tj@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	lorefer_tj@hotmail.com		
Teléfono:	0994222791 032580005 0983514222				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100074206	**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 Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; ING. CARMEN GARCÍA, TÉCNICO AFÍN
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR	

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
293300027	BOTÍN DE TRABAJO DE CAMPO DE CUERO HOMBRE - MUJER **MARCA:** MARCA - PLANTILLA: Removible de textil o tejido recubierto o cuero tafilete. - TALLAS: 34-42 [EUR] ETE INEN-ISO /TS 19407. Tallas extremas se realizarán por mutuo acuerdo, para lo cual la suela deberá cumplir con la norma solicitada. - HILOS: De nylon, apropiado para aparado. - CAPACIDAD PRODUCTIVA: PARÁMETRO BASE DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA:1 trabajador elabora [fabrica] 88 pares de zapatos mensuales. CAPACIDAD PRODUCTIVA:Declaración de Capacidad Productiva: El oferente declarará la capacidad productiva realizando el cálculo del parámetro base de la capacidad productiva por el número de personal que fabrique el bien, mismo que será declarado por el oferente en el formulario "LISTADO DE SOCIOS O EMPLEADOS" de la oferta o en la manifestación de interés. INCREMENTO DE CAPACIDAD PRODUCTIVA: El incremento de la capacidad productiva será en relación al aumento de personal en el proceso productivo del producto, el oferente deberá demostrar mediante la documentación solicitada el aumento de capacidad productiva, de acuerdo a las directrices establecidas por el SERCOP. - PEGA PARA CAPELLADA: De base acuosa o solvente. - CORDONES: De 125 +/- 5 cm de longitud, de alta resistencia que presente cabeteado o herretes en las puntas, presenta en ojalillera 4 o más ojales con remache. - PROCESO PRODUCTIVO: Proceso Productivo: En fabricación de calzado se identifica el proceso productivo de cortado, aparado y plantado. Maquinaria y Equipo: La maquinaria identificada en el proceso productivo, se encuentra determinada en el anexo a la ficha técnica. El proveedor deberá declarar la maquinaria y herramientas [formulario en el pliego], utilizada en el proceso de fabricación de calzado, para lo cual debe adjuntar la documentación que certifique su propiedad. El SERCOP podrá realizar la actualización del anexo de maquinaria cuando crea conveniente y realizará la notificación a los proveedores. - CAPELLADA: Cuero vacuno liso o corrugado en plena flor o flor corregida. - ETIQUETA: En la cara interior plantilla o en el forro de la lengüeta del calzado se deberá colocar una etiqueta, la cual debe contener los datos, contacto del proveedor y lo que se establece en el RTE INEN 080 vigente. - CUERO - MATERIAL: Cuero vacuno liso o corrugado en plena flor	72	45,4900	0,0000	3.275,2800	12,0000	3.668,3136	900000000353080213140010000000

	o flor corregida calibre 1.6 a 2.0 mm. - FORRO INTERIOR: Textil o tejido recubierto o cuero tafilete. - CUERO - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Todos los requisitos químicos, físicos y mecánicos. Norma de requisito: NTE INEN 1810. - CONTRAFUERTE: Polímero de 1.4 a 1.6 mm. - SUELA - MATERIAL: De caucho o poliuretano con huella antideslizante según requerimiento solicitado por la entidad contratante de acuerdo a su uso. - CORTE: Aspecto Técnico: Resistencia a las costuras de unión de piezas de corte al calzado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 20879. Valor de especificación: ≥ 8. Unidad: N/mm. Norma de referencia: ISO 17697. - EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD: Es el mecanismo por el cual la entidad contratante generadora de la orden de compra evaluará el cumplimiento de los requisitos mínimos de normativa de calidad del bien catalogado a través de: 1. Copia de ensayo tipo de calzado completo verificable contra original del documento 2. Copia de ensayo tipo de corte verificable contra original del documento. Nota: 1. Los ensayos de calzado completo y corte, determinado en la presente ficha tendrán una vigencia de 2 años. 2. Los ensayos deben coincidir con el nombre y las características del calzado determinado en la presente ficha. - SUELA - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Resistencia a la abrasión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 250. Unidad: mm3. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20871. Aspecto Técnico: Resistencia a la flexión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 6. Unidad: mm/ 30000 ciclos. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17707. Aspecto Técnico: Dureza. Norma de requisito: NTE INEN 1921. Valor de especificación: 65 ± 5. Unidad: Shore A. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 7619-1. Aspecto Técnico: Tipo de Labrado - Antideslizante. - PUNTERAS Y CONTRAFUERTES: Aspecto Técnico: Aptitud al pegado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: seco ≥ 0,5 húmedo ≥ 0,3. Unidad: N/mm. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20863. Aspecto Técnico: Características mecánicas. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: Retención de forma 70 después de 1 deformación 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. Valor de especificación: Carga de hundimiento 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. - PLANTILLA DE ARMADO: Odena, salpa, celulosa, descarne o no tejido de poliéster con recuño de 2.5								

	mm de espesor o preformada con cambrión de acero o plástico. - DISEÑO: Cuero vacuno liso o corrugado en plena flor o flor corregida calibre 1.6 a 2.0 mm. - FABRICANTE: FABRICANTE - PUNTERA: Polímero de 0.8 a 1.2 mm. - VAE: Umbral del VAE 40% [declarativo en el Formulario de la Oferta]. - COLOR: Negro o café. - CALZADO COMPLETO *: Aspecto Técnico: Resistencia de la unión corte/piso [suela]. Norma de requisito, Valor de especificación, Unidad: De acuerdo a la normativa vigente. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17708. *En caso de que la norma sea actualizada el proveedor deberá cumplir en lo que se refiera a unidad y valor.							

Subtotal	3.275,2800
Impuesto al valor agregado (12%)	393,0336
Total	3.668,3136

Número de Items	72
Total de la Orden	3.668,3136

Fecha de Impresión: jueves, 8 de junio de 2023, 13:21:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419593	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	08-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	JIMENEZ FREIRE DANIEL SANTIAGO	**Razón social:**	JIMENEZ FREIRE DANIEL SANTIAGO	**RUC:**	0501290829001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	danieljimenez00@yahoo.com	**Correo electrónico de la empresa:**	danieljimenez00@yahoo.com		
Teléfono:	0992527755 032450916				

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	1042309840	**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

Dirección Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; ING. CARMEN GARCÍA, TÉCNICO AFÍN
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	

Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
293300029	ZAPATO DE HOMBRE DE CUERO - MOCASIN **MARCA:** MARCA - CALZADO COMPLETO *: Aspecto Técnico: Resistencia de la unión corte/piso [suela]. Norma de requisito. Valor de especificación. Unidad: De acuerdo a la normativa vigente. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17708. *En caso de que la norma sea actualizada el proveedor deberá cumplir en lo que se refiera a unidad y valor. - COLOR: Negro o blanco o café. - CUERO - MATERIAL: Plena flor o flor corregida calibre 1.4 - 1.8 mm.	54	42,2600	0,0000	2.282,0400	12,0000	2.555,8848	900000000353080213140010000000

	- PEGA PARA CAPELLADA: De base acuosa o solvente. - FORRO: Aspecto Técnico: Todos los requisitos químicos, físicos y mecánicos. Norma de requisito: NTE INEN 1811. - SUELA - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Resistencia a la abrasión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 250. Unidad: mm3. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20871. Aspecto Técnico: Resistencia a la flexión. Norma de requisito: NTE INEN – ISO / TR 20880. Valor de especificación: ≤ 6. Unidad: mm/ 30000 ciclos. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 17707. Aspecto Técnico: Dureza. Norma de requisito: NTE INEN 1921. Valor de especificación: 65 ± 5. Unidad: Shore A. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 7619-1. Aspecto Técnico: Tipo de Labrado - Antideslizante. - ETIQUETA: En la cara interior [plantilla] o en el forro de la lengüeta del calzado se deberá colocar una etiqueta, la cual debe contener los datos, contacto del proveedor y lo que se establece en el RTE INEN 080 vigente. - CAPACIDAD PRODUCTIVA: PARÁMETRO BASE DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA: 1 trabajador elabora [fabrica] 88 pares de zapatos mensuales. CAPACIDAD PRODUCTIVA: Declaración de Capacidad Productiva: El oferente declarará la capacidad productiva realizando el cálculo del parámetro base de la capacidad productiva por el número de personal que fabrique el bien, mismo que será declarado por el oferente en el formulario "LISTADO DE SOCIOS O EMPLEADOS" de la oferta o en la manifestación de interés. INCREMENTO DE CAPACIDAD PRODUCTIVA: El incremento de la capacidad productiva será en relación al aumento de personal en el proceso productivo del producto, el oferente deberá demostrar mediante la documentación solicitada el aumento de capacidad productiva, de acuerdo a las directrices establecidas por el SERCOP. - TALLAS: 34-42 [EUR] ETE INEN-ISO /TS 19407. Tallas extremas se realizarán por mutuo acuerdo, para lo cual la suela deberá cumplir con la norma solicitada. - PLANTILLA: Removible de textil o tejido recubierto o cuero tafilete. - FORRO INTERIOR: Cuero tafilete. - SUELA - MATERIAL: De caucho con contenido de nitrilo [no policloruro de vinilo - PVC] con huella antideslizante. - PUNTERAS Y CONTRAFUERTES: Aspecto Técnico: Aptitud al pegado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: seco ≥ 0,5 húmedo ≥ 0,3. Unidad: N/mm. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20863. Aspecto Técnico: Características mecánicas. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 22648. Valor de especificación: Retención de forma: 70 después de 1 deformación 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. Valor de especificación: Carga de hundimiento 50 después de 10 deformaciones. Unidad: %. Norma de referencia: NTE INEN-ISO 20864. - FABRICANTE: FABRICANTE - PUNTERA: Polímero de 0.8 a 1.2 mm. - VAE: Umbral del VAE 40% [declarativo en el Formulario de la Oferta]. - PLANTILLA DE ARMADO: Odena, salpa, celulosa, descarne o no tejido de poliéster con recuño de 2.5 mm de espesor o preformada con cambrión de acero o plástico. - DISEÑO: Zapato flexible, suave, liviano diseñado para usarlo preferentemente en áreas médicas. - CONTRAFUERTE: Polímero de 1.4 a 1.6 mm. - HILOS: De nylon, apropiado para aparado.								

	- EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD: Es el mecanismo por el cual la entidad contratante generadora de la orden de compra evaluará el cumplimiento de los requisitos mínimos de normativa de calidad del bien catalogado a través de: 1. Copia de ensayo tipo de calzado completo verificable contra original del documento 2. Copia de ensayo tipo de corte verificable contra original del documento. Nota: 1. Los ensayos de calzado completo y corte, determinado en la presente ficha tendrán una vigencia de 2 años. 2. Los ensayos deben coincidir con el nombre y las características del calzado determinado en la presente ficha. - CORTE: Aspecto Técnico: Resistencia a las costuras de unión de piezas de corte al calzado. Norma de requisito: NTE INEN - ISO / TR 20879. Valor de especificación: ≥ 8. Unidad: N/mm. Norma de referencia: ISO 17697. - CAPELLADA: Cuero liso o prensado. - CUERO - ESPECIFICACION TECNICA: Aspecto Técnico: Todos los requisitos químicos, físicos y mecánicos. Norma de requisito: NTE INEN 1810. - PROCESO PRODUCTIVO: Proceso Productivo: En fabricación de calzado se identifica el proceso productivo de cortado, aparado y plantado. Maquinaria y Equipo: La maquinaria identificada en el proceso productivo, se encuentra determinada en el anexo a la ficha técnica. El proveedor deberá declarar la maquinaria y herramientas [formulario en el pliego], utilizada en el proceso de fabricación de calzado, para lo cual debe adjuntar la documentación que certifique su propiedad. El SERCOP podrá realizar la actualización del anexo de maquinaria cuando crea conveniente y realizará la notificación a los proveedores.							

Subtotal	2.282,0400
Impuesto al valor agregado (12%)	273,8448
Total	2.555,8848

Número de Items	54
Total de la Orden	2.555,8848

Fecha de Impresión: jueves, 8 de junio de 2023, 13:22:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419592	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	08-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PALACIOS SALTOS ALBA DEL CARMEN	**RUC:**	1303987109001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	albypa961@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	albypa961@hotmail.com		
Teléfono:	0986529792 0985831138 0986529792 0959985334 052634762				

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	0040307428	**Código de la Entidad Financiera:**	230206	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANECUADOR

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 Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; ING. CARMEN GARCÍA, TÉCNICO AFÍN
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR	

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
881220013	CONJUNTO DE VESTIR PARA AUXILIARES DE SERVICIOS DE SALUD - ÁREA DE INTERVENCIÓN: El área de intervención para la prestación del servicio será determinada por el domicilio legal del proveedor, registrado en el RUP. | La participación de los proveedores es a nivel nacional, excepto para la Provincia de Galápagos. Para la emisión de la orden de compra se regirá la contratación de proveedores locales, de no existir oferta local se podrá contratar proveedores de provincias adyacentes al lugar donde se demanda el bien previo acuerdo entre entidad contratante y proveedor. - ADMINISTRACIÓN: La entidad contratante deberá: / • Suministrar al proveedor catalogado el cronograma de recepción de las prendas y entregar el Acta al proveedor. | • Verificar que el producto sea de calidad y en el caso de que existieran productos defectuosos solicitar los cambios necesarios. | • Verificar que las tallas de las prendas entregadas cumplan con las tallas de cada funcionario acorde al registro detallado en el Acta de control suscrito por el proveedor, el administrador y el funcionario en la toma de tallas. La entrega de prendas se limitará a las tallas registradas en dicha Acta. | • La administración de la orden de compra, se realizará por parte de un delegado-técnico designado por la entidad contratante, quien realizará el monitoreo, verificación y control del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas para la entrega del bien. | • El Administrador del Contrato dará el informe de fiel cumplimiento del mismo. - FORMA Y REQUISITOS PARA EL PAGO: FORMA DE PAGO: *Será facultad de cada entidad contratante, establecer la forma de pago, de cualquiera de las siguientes formas: • Contra Entrega: La entidad contratante podrá realizar el pago por la totalidad de la orden de compra, siempre y cuando no exista un anticipo. Si se establecen entregas parciales, el pago será contra entrega parcial del bien, según cronograma establecido por el proveedor y la entidad contratante, de conformidad con la capacidad productiva declarada por el proveedor, o determinada como máxima en la ficha del producto específico. | • Anticipo: La entidad contratante podrá otorgar anticipos de hasta el 70% del valor total de la orden de compra. El proveedor adjudicado para recibir el anticipo, deberá rendir previamente la garantía por igual valor del anticipo, el cual se amortizará a medida que se vaya entregando el bien, en el caso que existan entregas parciales.| CONDICIONES DE PAGO: Los pagos se realizarán con cargo a la partida presupuestaria de la entidad generadora de la orden de compra y se efectuará en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica previo a la presentación de los siguientes documentos: • Factura emitida por el proveedor.| • Copia de factura (s) de compra de tela nacional	225	20,6700	0,0000	4.650,7500	12,0000	5.208,8400	90000000035308021314001000000000

	(Peso, cantidad, tipo de tela) | • Acta de entrega-recepción definitiva a satisfacción de la entidad contratante. | • Copia de la orden de compra. | • Documentos de respaldo referente al cumplimiento de la afiliación a la seguridad social en la modalidad que correspondiere según la naturaleza del proveedor. La cantidad del personal, debe ser considerada en función a la capacidad productiva de la ficha técnica del producto. El tiempo mínimo de afiliación que se verificará será desde la fecha de la generación de la orden de compra hasta la fecha del acta de entrega recepción. - CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN: MATERIALES: Tipo de tela: Gabardina, | Peso: 200 a 230 gr/m2, | Ancho del útil: 150 cm, | Rendimiento: 2.89 m/kg, | Selección de colorantes: Dispersos - Tinas, | Composición: 35% algodón y 65% Poliéster, | Acabado: Anticloro, antimanchas, antibacterial, antiestática antifluido, tacto suave. - CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL BIEN: • Los materiales empleados en la confección deben reunir las condiciones de durabilidad, |confort, resistencia, solidez de color y calidad. • Los oferentes garantizarán que los materiales empleados no contengan sustancias tóxicas. | • La materia prima será exclusivamente de origen nacional. | • El proveedor catalogado está obligado a mantener la garantía técnica de confección de las prendas por el lapso de un (1) año, según el Artículo 76 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. - COLOR: El color principal de las prendas, así como los colores de contrastes o vivos, la ubicación y diseño de los mismos, serán determinados por la entidad contratante. - CONDICIONES DE ENTREGA DEL BIEN: • Empaquetado de cada prenda en fundas termoplásticas, transparentes, selladas. | • El embalaje se hará en sacos o fundas (resistentes). - TRANSPORTE: El proveedor catalogado asumirá el costo de transporte hasta la dirección establecida por la entidad contratante para la entrega de los bienes dentro de la localidad en la que se hubiese catalogado, de acuerdo a lo establecido en la orden de compra, salvo acuerdo entre proveedor – entidad. | La entrega del bien incluye el estibaje al interior de las instalaciones de la entidad contratante - TIEMPO DE ENTREGA DEL BIEN: • El plazo para la entrega de las prendas será de hasta treinta días (30), contados a partir de la formalización de la orden de compra (estado revisado). | • Los tiempos de entrega podrán modificarse, previo acuerdo expreso entre entidad contratante y proveedor. | • Se podrán realizar entregas parciales o totales, antes del plazo estipulado, conforme al cronograma de entrega previamente establecido de mutuo acuerdo entre el proveedor y la entidad contratante generadora de la orden de compra. | • En caso de que la orden de compra sea inferior a la capacidad de producción mensual del proveedor, el							

	plazo de entrega podría ser anticipado a lo establecido, previo mutuo acuerdo entre la entidad contratante y el proveedor. - GARANTÍAS: Las Entidades Contratantes deberán exigir la presentación de garantías dependiendo de los siguientes casos: Garantía de Fiel Cumplimiento.- Para seguridad del cumplimiento del contrato y para responder por las obligaciones que contrajeren a favor de terceros, relacionadas con el contrato, el adjudicatario, antes o al momento de la firma del contrato, rendirá garantías por un monto equivalente al cinco (5%) por ciento del valor de la orden de compra, siempre que el monto del contrato sea mayor a multiplicar el coeficiente 0,000002 por el Presupuesto Inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico. | Garantía por Anticipo.- El proveedor deberá rendir, previamente, garantías por igual valor del anticipo.| Garantía técnica.- Cubrirá el 100% de los bienes con daños o alteraciones ocasionados por: fábrica, embalaje, manipulación, mala calidad de los materiales o componentes empleados en su fabricación/ confección. - MAQUINARIA: Los proveedores deberán contar con la siguiente maquinaria mínima: 1 De costura recta, | 1 Overlock de 4 o 5 hilos, | 1 Ojaladora industrial, | 1 Cortadora tela industrial, | 1 Plancha industrial, | 1 Elasticadora, | Los proveedores deberán adjuntar la documentación que respalde la disponibilidad de la maquinaria mínima requerida (contrato de compra-venta, factura, títulos de propiedad, contrato o compromiso de alquiler o arrendamiento, declaración suscrita por el proveedor). | El SERCOP directamente o a través de terceros, verificará la disponibilidad de la maquinaria declarada conforme se establece en el formulario "TABLA DE EQUIPAMIENTO Y HERRAMIENTAS", que consta en el pliego. - LOGOTIPO / BORDADO: La entidad contratante en coordinación con el proveedor definirá el diseño del logotipo y ubicación en la prenda; así como el material a utilizar. | La prenda incluye dos bordados de alta calidad de hasta 10 hilos. - ACTUALIZACIONES: Mediante Oficio Circular SERCOP-CDI-2018-007 de 28 de diciembre de 2018, se actualizan los atributos de "Formación/Capacitación/Experiencia" y "Requisitos para el Pago", se homologan los textos concernientes a la afiliación de la seguridad social en las fichas técnicas. - ANTECEDENTES / OBJETIVO: El Ministerio de Salud Pública – MSP mediante Oficio Nro. MSP-CGAF-2017-0444-O requiere realizar la adquisición de ropa de trabajo "uniformes" para las/los trabajadores correspondientes al año 2017, mediante Oficio MSP-CGAF-2017-0521-O, el MSP solicita al SERCOP la inclusión de las fichas técnicas aprobadas en el catálogo dinámico inclusivo. | El SERCOP en base a sus atribuciones puede elaborar y actualizar fichas técnicas con el objetivo de normalizar bienes y servicios conforme lo							

	establece el artículo 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (LOSNCP) en su numeral 2. "Bienes y Servicios Normalizados: Objeto de contratación cuyas características o especificaciones técnicas que se hallen homologados y catalogados." y numeral 3: "Catálogo Electrónico: Registro de bienes y servicios normalizados publicados en el portal institucional para su contratación directa como resultante de la aplicación de convenios marco". | De esta manera, una de las características fundamentales en este proceso de normalización es la determinación del precio unitario del bien o servicio, a partir del cual se formalizará la compra de determinado producto, como se hace referencia en la Resolución No. 025 del SERCOP, Capítulo 1, artículo 3, numeral 3.7 "Orden de Compra.- Es el acuerdo de voluntades por el cual se formaliza la adquisición de bienes o servicios normalizados a través de Catálogo Dinámico Inclusivo, mediante la cual la entidad contratante establece los bienes o servicios objeto de la contratación y su entrega; y, el proveedor seleccionado se obliga a su cumplimiento conforme el precio, plazo, forma y condiciones previstas en el Acuerdo de Compromiso". | Observando lo dispuesto en el Art. 252 de la Codificación de Resoluciones SERCOP de 31 de agosto de 2016, que se refiere a Incorporación de nuevos productos en categorías existentes, el Servicio Nacional de Contratación Pública en el caso de requerir la incorporación de nuevos productos en una categoría existente del Catálogo Dinámico Inclusivo, publicará en el Portal Institucional del Servicio Nacional de Contratación Pública las fichas técnicas, y notificará a los proveedores catalogados la inclusión del nuevo producto. De igual manera el Art. 253 de la codificación mencionada anteriormente estipula la adhesión de proveedores a nuevos productos que permite a los proveedores catalogados que consten dentro de un procedimiento en el cual se incorpore un nuevo producto y tengan interés en adherirse al mismo, deberán presentar su manifestación de interés, demostrando que cumple con las condiciones requeridas en la ficha técnica, mediante los medios físicos o electrónicos que para ello disponga el Servicio Nacional de Contratación Pública. | OBJETIVO: Normalizar productos de confección textil, con la finalidad de propiciar la compra inclusiva que beneficie a los actores de la Economía Popular y Solidaria; micro y pequeñas empresas, artesanos y unidades económicas populares dentro del Catálogo Dinámico Inclusivo. - ETIQUETA: La etiqueta deberá estar colocada en la parte interior de cada prenda, según lo determine la entidad contratante, constando en ella la talla de la prenda, nombre del fabricante, RUC y teléfono de contacto. | Adicionalmente, se debe incluir en la etiqueta, recomendaciones breves de lavado para conservación adecuada de la prenda. Cumplir con la norma INEN-13 e INEN-1875:2012. - TALLAS: Una vez generada la orden de compra, la entidad contratante							

	podrá solicitar muestras de la prenda y/o toma de tallas. (Cumplir con la norma NTE INEN 0257). Las tallas de las prendas deberán estar en el siguiente rango: *32,| *34, | *36, | *38, | *40, | *42, | *44, | *46, | *48 | Con el fin de llevar un registro adecuado de tallas y evitar inconvenientes al momento de la entrega de prendas, el Administrador del contrato de la entidad contratante conjuntamente con el proveedor levantarán un acta de control con la toma de tallas de cada funcionario, registrando los nombres y apellidos de cada servidor así como las tallas correspondientes, la misma debe ser suscrita por el funcionario, el administrador y el proveedor; otorgando una copia del Acta a cada uno. | El proveedor, de ser requerido por la entidad, deberá presentar con la entrega de muestras, las fichas técnicas de las telas empleadas para la confección, proporcionadas por el proveedor nacional de telas. - DISEÑO: La descripción del diseño y la imagen es referencial, puede variar (sujeto al precio establecido). El precio de la presente ficha incluye - Una camisa con un pantalón; o - Una blusa con un pantalón./ ---DISEÑO HOMBRE: *CAMISA: Cuello en V, cerrado con cierre de nylon, manga corta, un bolsillo ubicado en el lado izquierdo y dos bolsillos inferiores ubicados a la altura de la cintura. | *PANTALÓN: Diseño masculino, con elástico y cordón ajustable, dos bolsillos internos diagonales a la altura de la cintura, dos bolsillos laterales pequeños a la altura del muslo en cada pierna, dos bolsillos laterales grandes que irán sobrepuestos en los bolsillos pequeños en total el pantalón llevara 6 bolsillos.| ---DISEÑO MUJER: *BLUSA: Cuello corazón, manga corta cierre con ceja, un bolsillo en el pecho ubicado en el lado izquierdo con vivos 2cm bajo el borde del bolsillo en forma recta, dos bolsillos a la altura de la cintura en forma de corazón con vivos, tres pespuntes diagonales de 0.25cm ubicados en la parte superior de los bolsillos inferiores y tres pespuntes diagonales de 0.25 cm ubicados en los bolsillos inferiores: 2 pinzas frontales que inician en la unión de la manga-pecho y termina en el borde inferior de la blusa, en la parte posterior tendrá dos pinzas desde la espalda hasta la cintura. Los vivos deben ser colocados en el cuello y en el filo de los bolsillos.| PANTALÓN Diseño femenino, con elástico y cordón ajustable, dos bolsillos internos diagonales a la altura de la cintura, dos bolsillos laterales pequeños a la altura del muslo en cada pierna, dos bolsillos laterales grandes que irán sobrepuestos en los bolsillos pequeños en total el pantalón llevara 6 bolsillos. | ACABADO: El proveedor deberá revisar el acabado de cada prenda a detalle, las prendas serán entregadas en óptimas condiciones. La entidad contratante podrá someter a las prendas a un control de calidad. - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN / PERSONAL MÍNIMO: Los proveedores podrán ofertar como capacidad máxima de producción hasta lo detallado a continuación: Personas Naturales o							

	Jurídicas (Micro empresas) de 1 hasta 9 trabajadores, 176 prendas por cada trabajador , | Personas Naturales o Jurídicas (Pequeñas empresas) de 10 hasta 49 trabajadores, 176 prendas por cada trabajador, | Organizaciones de la Economía Popular y Solidaria (Sector cooperativo, asociativo y comunitario), 178 prendas por cada socio, De acuerdo al número de socios, | Artesanos, Gremios de artesanos legalmente reconocidos, 178 prendas por cada agremiado, De acuerdo al número de agremiados reconocidos (mínimo 2 personas), | Nota 1: Los proveedores que presenten en la oferta socios, agremiados o trabajadores con carnet del CONADIS, obtendrán por cada persona con discapacidad 100 prendas adicionales a la capacidad productiva declarada en total por todo el grupo. | Nota 2: Si un solo proveedor no abastece el requerimiento de la entidad contratante, la entidad podrá generar una o más órdenes de compra; en este caso la entidad deberá coordinar con todos los proveedores que cubrirán su requerimiento los detalles y especificaciones mínimas, color, tonalidades y otros tanto de las telas como de otros insumos, con el fin de obtener prendas totalmente homogéneas. - FORMACIÓN, CAPACITACIÓN/ EXPERIENCIA: Las personas naturales, cada socio o trabajador deben presentar cualquiera de la siguiente documentación: • Copias de certificado(s) de aprobación de capacitación en la elaboración de prendas de confección textil, de al menos 60 horas, los certificados deben ser emitidos por una entidad acreditada por los organismos públicos competentes; o, • Copias de certificado(s) laboral(es) que respalde experiencia mínimo de 2 años en la confección de prendas de vestir; o, • Copia título profesional; o, técnico o tecnólogo; o, bachilleratos en la rama de la industria de la confección textil debidamente refrendados, o; • Copia de carné de calificación de artesano vigente en la rama de confección textil, emitido por la Junta Nacional de Defensa del Artesano; o, • Copia de certificación de competencias en la rama de confección textil vigente, otorgado por las entidades públicas competentes. | Los oferentes que presenten en su oferta trabajadores bajo relación de dependencia, deberán presentar el Pago de Aportes al IESS mínimo de 3 meses, al momento de entregar la oferta o manifestación de interés. | Los documentos deberán ser legibles y podrán acumularse para cumplir con el número de años u horas requeridas.| Los certificados serán objeto de verificación de su autenticidad y veracidad tanto en la presentación y posteriormente. En caso de detectarse que la persona que certifica no firmó o no tiene el conocimiento de la emisión de este certificado, el SERCOP procederá a descalificar la oferta o terminar unilateralmente el convenio marco o adenda, sin perjuicio del resto de acciones legales que correspondan. - INFRACCIONES Y SANCIONES: 1. INFRACCIÓN: Por incumplimiento en las condiciones							

	específicas de elaboración de la prenda.- SANCIÓN: El proveedor deberá sustituir el bien garantizando el cumplimiento de la presente ficha técnica. El tiempo de entrega de dichas prendas será determinado por la Entidad Contratante. | 2. INFRACCIÓN: Por incumplimiento en el plazo de entregas parciales.- SANCIÓN: Se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor correspondiente a la cantidad de prendas no entregadas, según lo acordado. | 3. INFRACCIÓN: Por incumplimiento en el plazo de entregas totales.- SANCIONES: * En los casos en que exista incumplimiento de entrega de los bienes adquiridos por caso fortuito o fuerza mayor, debidamente comprobados por el administrador de la orden de compra, la entrega se podrá realizar en un plazo máximo adicional de hasta 10 días término, sin que durante dicho tiempo sea aplicable multa alguna, caso contrario se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor de la orden de compra. * Cuando el retraso supere los 10 días término contados a partir de la fecha límite de entrega del requerimiento efectuado a través de la orden de compra, se aplicará una multa del 1,5 por mil diario del valor de la orden de compra, contado desde el décimo primer día de retraso en la entrega de los bienes materia del requerimiento hasta que se realice la entrega de los mismos; es decir, que el valor por la multa podrá acumularse hasta la entrega de los bienes. *En caso de que el incumplimiento de plazo establecido para la entrega del bien, supere los 29 días término, se realizará la declaratoria de contratista incumplido, salvo acuerdo expreso entre las partes.							
881220014	OVEROL GABARDINA CON CINTA REFLECTIVA - BORDADO O ESTAMPADO / LOGOTIPOS: No Aplica - FORMA DE ENTREGA: No Aplica - FORMA DE PAGO: No Aplica - RECEPCIÓN DEL PRODUCTO: No Aplica - CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL BIEN: * Los materiales empleados en la confección, deben reunir las condiciones de durabilidad, confort, resistencia y calidad. * Los oferentes garantizarán que los materiales empleados no contengan sustancias tóxicas * El proveedor catalogado está obligado a mantener la garantía técnica de confección de las prendas por el lapso de un (1) año. * La materia prima será exclusivamente de origen nacional. - OBJETIVO: No Aplica - PERSONAL MÍNIMO: No Aplica - DISEÑO: DISEÑO: Cuello en V o redondo. Abertura frontal con cierre plástico con doble carro Cintura elasticada (elástico 5cm de ancho) Manga larga con solapa que se unirá con cinta velcro en el puño para ajuste a la muñeca de la mano. 2 Bolsillos superiores a nivel del pecho en diagonal con cierre, 2 bolsillos laterales a la altura de la cadera, 2 Bolsillos posteriores en el pantalón (izquierdo y derecho) Cinta reflectiva industrial debe cumplir norma	30	19,2900	0,0000	578,7000	12,0000	648,1440	900000000353080213140010000000

	ANSI/ISEA 107-2010 (color gris plata de 1"), en extremidades superiores e inferiores, pecho y espalda. - Las prendas de mujer se realizarán teniendo en cuenta detalle de confección. - ANTECEDENTES: No Aplica - TRANSPORTE: El proveedor catalogado asumirá el costo de transporte hasta la dirección establecida por la entidad contratante para la entrega de los bienes dentro de la localidad en la que se hubiese catalogado, de acuerdo a lo establecido en la orden de compra, salvo acuerdo entre proveedor – entidad. La entrega del bien incluye el estibaje al interior de las instalaciones de la entidad contratante. - ÁREA DE INTERVENCIÓN: El área de intervención para la provisión de las prendas será determinada por el domicilio legal del proveedor, registrado en el RUP. - ADMINISTRACIÓN: La entidad contratante deberá: Suministrar al proveedor catalogado el cronograma de recepción de las prendas y entregar el Acta proveedor – bodega. Verificar que el producto sea de calidad y en el caso de que existieran productos defectuosos solicitar los cambios necesarios. La administración de la orden de compra, se realizará por parte de un delegado-técnico designado por la entidad contratante, quien realizará el monitoreo, verificación y control del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas para la entrega del bien. El Administrador del Contrato dará el informe de fiel cumplimiento del mismo. - INFRACCIONES Y SANCIONES: - En los casos en que exista incumplimiento de entrega de los bienes adquiridos por caso fortuito o fuerza mayor, debidamente comprobados por el administrador de la orden de compra, la entrega se podrá realizar en un plazo máximo adicional de hasta 10 días término, sin que durante dicho tiempo sea aplicable multa alguna, caso contrario se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor a facturar correspondiente al bien no entregado y que consta en la orden de compra. - Cuando el retraso supere los 10 días término contados a partir de la fecha límite de entrega del requerimiento efectuado a través de la orden de compra, se aplicará una multa del 1,5 por mil diario del valor a facturar, contado desde el décimo primer día de retraso en la entrega de los bienes materia del requerimiento hasta que se realice la entrega de los mismos; es decir, que el valor por la multa podrá acumularse hasta la entrega de los bienes. - En caso de incumplimientos en las condiciones específicas de elaboración del bien, el proveedor deberá sustituir el bien garantizando el cumplimiento de la presente ficha técnica. - En caso de que el incumplimiento de plazo establecido para la entrega del bien, supere los 29 días término, se realizará la declaratoria de contratista incumplido, exceptuando acuerdo entre las partes para dicha entrega. - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN: Los proveedores podrán ofertar como capacidad máxima total según lo detallado a continuación:							

	GRUPO 1: Personas naturales: 250 prendas por cada trabajador contratado (De forma Individual) GRUPO 2: Personas Jurídicas (Micro empresas): 200 prendas por cada trabajador contratado (hasta 9 empleados). GRUPO 3: Personas Jurídicas (Pequeñas empresas): 100 prendas por cada trabajador contratado (hasta 49 empleados). GRUPO 4: Organizaciones de la Economía Popular y Solidaria (Sector cooperativo, asociativo y comunitario): 300 prendas por cada socio.(De acuerdo al número de socios.) GRUPO 5: Artesanos, Gremios de artesanos legalmente reconocidos: 300 prendas por cada agremiado.(De acuerdo al número de artesanos reconocidos.) Nota: Los proveedores que presenten en la oferta socios, agremiados o trabajadores con carnet del CONADIS, obtendrán por cada persona con discapacidad 100 prendas adicionales a la capacidad productiva declarada. - MAQUINARIA: Según el grupo al que correspondan los proveedores deberán contar con la siguiente maquinaria mínima: GRUPO 1: 1 De costura recta, 1 recta doble aguja, 1 Overlock de 5 hilos, 1 Cerradora de codo o tirilladora, 1 Ojaladora o 20 U, 1 Botonera o 20 U GRUPO 2: 2 De costura recta, 1 recta doble aguja, 1 Overlock de 5 hilos, 1 Cerradora de codo o tirilladora, 1 Ojaladora o 20 U, 1 Botonera o 20 U GRUPO 3: 3 De costura recta, 1 recta doble aguja, 1 Overlock de 5 hilos, 1 Cerradora de codo o tirilladora, 1 Ojaladora o 20 U, 1 botonera o 20 U GRUPO 4: 4 De costura recta, 2 Overlock de 5 hilos, 1 Recta doble aguja, 1 Ojaladora o 20 U, 1 Botonera o 20 U, 1 Cerradora de codo o tirilladora. Los proveedores deberán adjuntar la documentación que respalde la disponibilidad de la maquinaria mínima requerida de acuerdo al GRUPO (contrato de compra- venta, factura, títulos de propiedad, contrato o compromiso de alquiler o arrendamiento, declaración suscrita por el proveedor). El SERCOP directamente o a través de terceros, verificará la disponibilidad de la maquinaria declarada conforme se establece en el formulario "TABLA DE EQUIPAMIENTO Y HERRAMIENTAS", que consta en el pliego. Nota: Los "Artesanos y Gremios de artesanos legalmente reconocidos" deberán declarar la maquinaria mínima de acuerdo al GRUPO 1 en el caso de presentarse individualmente y maquinaria del GRUPO 4 en el caso de presentarse como gremio reconocido. - PLAZO / TIEMPO DE ENTREGA: *El plazo para la entrega de las prendas será de hasta treinta días (30), contados a partir de la formalización de la orden de compra (estado revisado); * En caso que la entidad contratante solicite muestras o se realice toma de medidas, la entidad contratante en conjunto con el proveedor definirán el plazo de entrega, el mismo que será posterior a la entrega de medidas y/o muestras. Los tiempos de entrega podrán modificarse, previo acuerdo expreso entre entidad contratante y proveedor. *Se podrán realizar entregas parciales								

	totales, antes del plazo estipulado, conforme al cronograma de entrega previamente establecido de mutuo acuerdo entre el proveedor y la entidad contratante generadora de la orden de compra. - ACTUALIZACIONES: • Mediante Oficio Circular SERCOP-CDI-2016-041 de 10 de junio de 2016, se actualiza "Las fichas de los productos en los cuales consta las características: "Cinta reflectiva industrial debe cumplir norma ANSI/ISEA 107-2010 (...)". Mediante Oficio Circular SERCOP-CDI-2018-007 de 28 de diciembre de 2018, se actualizan los atributos de "Formación/Capacitación/Experiencia" y "Requisitos para el Pago", se homologan los textos concernientes a la afiliación de la seguridad social en las fichas técnicas. - GARANTIAS: VER EN EL PLIEGO - COLOR: VER EN "CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN" - TALLAS: VER EN "CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN" - MATERIALES / INSUMOS: VER EN "CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN" - ETIQUETAS: VER EN "CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN" - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL BIEN: VER EN "CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN" - CONDICIONES DE ENTREGA DEL BIEN: *Empaquetado en fundas plásticas, transparentes, selladas en las que se distinga claramente talla y color. * El embalaje se hará en sacos o fundas (resistentes) y deberá estar bien identificada: talla y color. - FORMACIÓN, CAPACITACIÓN/ EXPERIENCIA: Las personas naturales, cada socio o trabajador deben presentar cualquiera de la siguiente documentación: • Copias de certificado(s) de aprobación de capacitación en la elaboración de prendas de confección textil, de al menos 60 horas, los certificados deben ser emitidos por una entidad acreditada por los organismos públicos competentes; o, • Copias de certificado(s) laboral(es) que respalde experiencia mínimo de 2 años en la confección de prendas de vestir; o, • Copia título profesional; o, técnico o tecnólogo; o, bachilleratos en la rama de la industria de la confección textil debidamente refrendados, o; • Copia de carné de calificación de artesano vigente en la rama de confección textil, emitido por la Junta Nacional de Defensa del Artesano; o, • Copia de certificación de competencias en la rama de confección textil vigente, otorgado por las entidades públicas competentes. Los oferentes que presenten en su oferta trabajadores bajo relación de dependencia, deberán presentar el Pago de Aportes al IESS mínimo de 3 meses, al momento de entregar la oferta o manifestación de interés. Los documentos deberán ser legibles y podrán acumularse para cumplir con el número de años u horas requeridas. Los certificados serán							

	objeto de verificación de su autenticidad y veracidad tanto en la presentación y posteriormente. En caso de detectarse que la persona que certifica no firmó o no tiene el conocimiento de la emisión de este certificado, el SERCOP procederá a descalificar la oferta o terminar unilateralmente el convenio marco o adenda, sin perjuicio del resto de acciones legales que correspondan. - CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN: DESCRIPCIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: TELA: Gabardina de alto gramaje (7 a 8 onzas) Composición: 65% Poliester 35% Algodón, +/- 5% ETIQUETA: La etiqueta deberá estar colocada en el interior de la prenda con la talla, nombre del fabricante, RUC y teléfono de contacto. Cumplir con la norma NTE INEN 1 875:2004 y RTE INEN 013:2013. TALLAS: Una vez generada la orden de compra la entidad contratante podrá solicitar muestras de la prenda y/o toma de medidas: 34, 36, 38, 40, 42, 44 - REQUISITOS PARA EL PAGO: Factura emitida por el proveedor. • Copia de factura (s) de compra de tela nacional (Peso, cantidad, tipo de tela) • Acta de entrega-recepción definitiva a satisfacción de la entidad contratante. • Copia de la orden de compra. • Documentos de respaldo referente al cumplimiento de la afiliación a la seguridad social en la modalidad que correspondiere según la naturaleza del proveedor. La cantidad del personal, debe ser considerada en función a la capacidad productiva de la ficha técnica del producto. El tiempo mínimo de afiliación que se verificará será desde la fecha de la generación de la orden de compra hasta la fecha del acta de entrega recepción. - MUESTRAS: VER EN "CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN"							

Subtotal	5.229,4500
Impuesto al valor agregado (12%)	627,5340
Total	5.856,9840

Número de Items	255
Total de la Orden	5.856,9840

Fecha de Impresión: jueves, 8 de junio de 2023, 13:25:41

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419591	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	08-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	ASOCIACION DE PRODUCCION TEXTILERA 5 DE MAYO "ASOTEXMA"	**RUC:**	1391833334001
Nombre del representante legal:	CASTRO ANCHUNDIA JENNY MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	jenmar_creaciones@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	jenmar_creaciones@hotmail.com		
Teléfono:	0997134490 052674455				

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	4008080345	**Código de la Entidad Financiera:**	230206	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANECUADOR

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 Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; ING. CARMEN GARCÍA, TÉCNICO AFÍN
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA	

	CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR

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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
881220014	PANTALÓN JEAN 14 ONZAS SIN CINTA REFLECTIVA - REQUISITOS PARA EL PAGO: Los pagos se realizarán con cargo a la partida presupuestaria de la entidad generadora de la orden de compra y se efectuará en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica previo a la presentación de los siguientes documentos: - Factura emitida por el proveedor. - Copia de factura (s) de compra de tela nacional (Peso, cantidad, tipo de tela) - Acta de entrega-recepción definitiva a satisfacción de la entidad contratante. - Copia de la orden de compra. - Documentos de respaldo referente al cumplimiento de la afiliación a la seguridad social en la modalidad que correspondiere según la naturaleza del proveedor. La cantidad del personal, debe ser considerada en función a la capacidad productiva de la ficha técnica del producto. El tiempo mínimo de afiliación que se verificará será desde la fecha de la generación de la orden de compra hasta la fecha del acta de entrega recepción. - CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL BIEN: * Los materiales empleados en la confección, deben reunir las condiciones de durabilidad, confort, resistencia y calidad. * Los oferentes garantizarán que los materiales empleados no contengan sustancias tóxicas * El proveedor catalogado está obligado a mantener la garantía técnica de confección de las prendas por el lapso de un (1) año, según el Artículo 76	24	12,9500	0,0000	310,8000	12,0000	348,0960	90000000035308021314001000000000

	de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública * La materia prima será exclusivamente de origen nacional. - CONDICIONES DE ENTREGA DEL BIEN: *Empaquetado en lona o fundas plásticas, transparentes en las que se identifique claramente el nombre del trabajador al que le corresponde la prenda y la talla correspondiente. * El embalaje se hará en sacos o fundas (resistentes) y deberá estar bien identificada. - ÁREA DE INTERVENCIÓN: El área de intervención para la provisión de las prendas será determinada por el domicilio legal del proveedor, registrado en el RUP. - ADMINISTRACIÓN: La entidad contratante deberá: Suministrar al proveedor catalogado el cronograma de recepción de las prendas y entregar el Acta proveedor – bodega. Verificar que el producto sea de calidad y cumpla con las normas técnicas y requerimientos de cada material. Una vez entregadas las prendas, el Administrador determinará los días para los arreglos de confección y tallaje, únicamente si es que existieran cambios. La administración de la orden de compra, se realizará por parte de un delegado-técnico designado por la entidad contratante, quien realizará el monitoreo, verificación y control del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas para la entrega del bien. El Administrador de la orden de compra será el responsable de dar el informe de fiel cumplimiento del mismo. - MAQUINARIA: Los proveedores deberán contar con la siguiente maquinária mínima: 1 de costura recta, 1 recta doble aguja, 1 Overlock de 5 hilos, 1 cerradora de codo o tirilladora, 1 Ojaladora o 20 U, 1 Botonera o 20 U, 1 Cortadora tela industrial Los proveedores deberán adjuntar la documentación que respalde la disponibilidad de la maquinária mínima requerida (contrato de compra- venta, factura, títulos de propiedad, contrato o compromiso de alquiler o arrendamiento, declaración suscrita por el proveedor). El SERCOP directamente o a través de terceros, verificará la disponibilidad de la maquinária declarada conforme se establece en el formulario "TABLA DE EQUIPAMIENTO Y HERRAMIENTAS", que consta en el pliego - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN: Los proveedores podrán ofertar como capacidad máxima total según lo detallado a continuación: GRUPO 1:Personas Naturales o Jurídicas (Micro empresas): 176 prendas por cada trabajador (De 6 hasta 9 empleados) GRUPO 2: Personas Naturales o Jurídicas (Pequeñas empresas): 176 prendas por cada trabajador (De 10 hasta 49 empleados). GRUPO 3: Organizaciones de la Economía Popular y Solidaria (Sector cooperativo, asociativo y comunitario): 220 prendas por cada socio (De acuerdo al número de socios). GRUPO 4: Artesanos, Gremios de artesanos legalmente reconocidos: 220 prendas por cada agremiado (De acuerdo al número de agremiados reconocidos). Nota: Los proveedores que presenten en la oferta socios, agremiados o trabajadores con carnet del CONADIS, obtendrán por cada persona con discapacidad 100 prendas adicionales a la capacidad productiva declarada en total por todo el grupo. - PERSONAL MÍNIMO: El personal mínimo para ejecutar las actividades que demanda la producción del bien estará integrado por: • 6 trabajadores textiles *La entidad contratante será la encargada de la Supervisión y recepción. - TRANSPORTE: El proveedor catalogado asumirá el costo de transporte hasta la dirección establecida por la entidad contratante para la entrega de los bienes dentro de la localidad en la que se hubiese catalogado, de acuerdo a lo establecido en la orden de compra, salvo acuerdo entre proveedor – entidad. La entrega del bien incluye el estibaje al interior de las instalaciones de la entidad contratante. - FORMA DE PAGO: Será facultad de cada entidad contratante, establecer la forma de pago, de cualquiera de las siguientes formas: - Contra Entrega: La entidad contratante podrá realizar el pago por la totalidad de la orden de compra, en el caso de que no se haya llegado a un acuerdo entre las partes para la entrega de anticipo. Si se establecen entregas parciales, el pago será contra entrega parcial del bien, según cronograma establecido por el proveedor y la entidad contratante, de conformidad con la capacidad productiva declarada por el fabricante, o determinada como máxima en la ficha del producto específico. - Anticipo: La entidad contratante podrá otorgar anticipos de hasta el 70% del							

	valor total de la orden de compra. El proveedor adjudicado para recibir el anticipo, deberá rendir previamente la garantía por igual valor del anticipo, el cual se amortizará a medida que se vaya entregando el bien, en el caso que existan entregas parciales. - GARANTÍAS: La garantía de fiel cumplimiento de la orden de compra, si la cuantía de la misma generada es mayor al valor que resulte de multiplicar el coeficiente 0.000002 por el presupuesto inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico, esta garantía se rendirá por un valor igual al 5% del monto total de la orden de compra. La garantía de buen uso de anticipo, por un valor equivalente al 100% del valor recibido por este concepto. La garantía técnica que cubre el 100% de los bienes con daños o alteraciones ocasionados por: fábrica, embalaje, manipulación, mala calidad de los materiales o componentes empleados en su fabricación/ confección - INFRACCIONES Y SANCIONES: - En los casos en que exista incumplimiento de entrega de los bienes adquiridos por caso fortuito o fuerza mayor, debidamente comprobados por el administrador de la orden de compra, la entrega se podrá realizar en un plazo máximo adicional de hasta 10 días término, sin que durante dicho tiempo sea aplicable multa alguna, caso contrario se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor a facturar correspondiente al bien no entregado y que consta en la orden de compra. - Cuando el retraso supere los 10 días término contados a partir de la fecha límite de entrega del requerimiento efectuado a través de la orden de compra, se aplicará una multa del 1,5 por mil diario del valor a facturar, contado desde el décimo primer día de retraso en la entrega de los bienes materia del requerimiento hasta que se realice la entrega de los mismos; es decir, que el valor por la multa podrá acumularse hasta la entrega de los bienes. - En caso de incumplimientos en las condiciones específicas de elaboración del bien, el proveedor deberá sustituir el bien garantizando el cumplimiento de la presente ficha técnica. - En caso de que el incumplimiento de plazo establecido para la entrega del bien, supere los 29 días término, se realizará la declaratoria de contratista incumplido, exceptuando acuerdo entre las partes para dicha entrega. - TIEMPO DE ENTREGA DEL BIEN: *El plazo para la entrega de las prendas será de hasta treinta días (30), contados a partir de la formalización de la orden de compra (estado revisado). * En caso que la entidad contratante solicite muestras o se realice toma de medidas, la entidad contratante en conjunto con el proveedor definirán el plazo de entrega, el mismo que será posterior a la entrega de medidas y/o muestras. *Los tiempos de entrega podrán modificarse, previo acuerdo expreso entre entidad contratante y proveedor. *Se podrán realizar entregas parciales totales, antes del plazo estipulado, conforme al cronograma de entrega previamente establecido de mutuo acuerdo entre el proveedor y la entidad contratante generadora de la orden de compra. - CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN: TELA: Denim Índigo (14 onzas) Sanforizada Composición: 100% algodón. Tratamiento: enzimático. Lavado Stone (de acuerdo al requerimiento de la entidad contratante) DISEÑO: Corte recto (sin elementos metálicos). Modelo clásico. Bastas: ancho de 23 cm (+/- 3 cm), 7 pasadores para correa, 2 Bolsillos delanteros con forro en tela de algodón, 1 Bolsillo tipo relojera a la altura de la pretina, en la parte delantera derecha, 2 Bolsillos posteriores con atraques o costura de seguridad. Bragueta con hojales de lágrima, con cuatro botones de tagua, con lengüeta interior de seguridad. Doble costura (todo el pantalón) *Las prendas de mujer se realizarán teniendo en cuenta detalle de confección. MATERIALES E INSUMOS: Los materiales o insumos mínimos a utilizar en este servicio son: Tela Denim Índigo 100% algodón, Hilo resistente al fuego, Tela de algodón, Botón de tagua, (color - de acuerdo al requerimiento de la entidad contratante) ETIQUETA: La etiqueta deberá estar colocada en el interior de la prenda con la talla, nombre del fabricante, RUC y teléfono de contacto. Cumplir con la norma NTE INEN 1875:2004 y RTE INEN 013:2013. TALLAS: Una vez generada la orden de compra la entidad contratante podrá solicitar muestras de la prenda y/o toma de medidas (Cumplir con la norma NTE INEN 1 873:1998): 34, 36, 38, 40, 42, 44 - ACTUALIZACIONES: Mediante Oficio Circular SERCOP-CDI-2018-007 de 28 de diciembre de 2018, se actualizan los atributos de "Formación/Capacitación							

	/Experiencia" y "Requisitos para el Pago", se homologan los textos concernientes a la afiliación de la seguridad social en las fichas técnicas. - FORMACIÓN, CAPACITACIÓN/ EXPERIENCIA: Las personas naturales, cada socio o trabajador deben presentar cualquiera de la siguiente documentación: •Copias de certificado(s) de aprobación de capacitación en la elaboración de prendas de confección textil, de al menos 60 horas, los certificados deben ser emitidos por una entidad acreditada por los organismos públicos competentes; o, •Copias de certificado(s) laboral(es) que respalde experiencia mínimo de 2 años en la confección de prendas de vestir; o, •Copia título profesional; o, técnico o tecnólogo; o, bachilleratos en la rama de la industria de la confección textil debidamente refrendados, o; •Copia de carné de calificación de artesano vigente en la rama de confección textil, emitido por la Junta Nacional de Defensa del Artesano; o, •Copia de certificación de competencias en la rama de confección textil vigente, otorgado por las entidades públicas competentes. Los oferentes que presenten en su oferta trabajadores bajo relación de dependencia, deberán presentar el Pago de Aportes al IESS mínimo de 3 meses, al momento de entregar la oferta o manifestación de interés. Los documentos deberán ser legibles y podrán acumularse para cumplir con el número de años u horas requeridas. Los certificados serán objeto de verificación de su autenticidad y veracidad tanto en la presentación y posteriormente. En caso de detectarse que la persona que certifica no firmó o no tiene el conocimiento de la emisión de este certificado, el SERCOP procederá a descalificar la oferta o terminar unilateralmente el convenio marco o adenda, sin perjuicio del resto de acciones legales que correspondan.							
881220011	BUZO MANGA LARGA TIPO POLO - FORMACIÓN, CAPACITACIÓN/ EXPERIENCIA: Las personas naturales, cada socio o trabajador deben presentar cualquiera de la siguiente documentación: • Copias de certificado(s) de aprobación de capacitación en la elaboración de prendas de confección textil, de al menos 60 horas, los certificados deben ser emitidos por una entidad acreditada por los organismos públicos competentes; o, • Copias de certificado(s) laboral(es) que respalde experiencia mínimo de 2 años en la confección de prendas de vestir; o, • Copia título profesional; o, técnico o tecnólogo; o, bachilleratos en la rama de la industria de la confección textil debidamente refrendados, o; • Copia de carné de calificación de artesano vigente en la rama de confección textil, emitido por la Junta Nacional de Defensa del Artesano; o, • Copia de certificación de competencias en la rama de confección textil vigente, otorgado por las entidades públicas competentes.| Los oferentes que presenten en su oferta trabajadores bajo relación de dependencia, deberán presentar el Pago de Aportes al IESS mínimo de 3 meses, al momento de entregar la oferta o manifestación de interés.| Los documentos deberán ser legibles y podrán acumularse para cumplir con el número de años u horas requeridas.| Los certificados serán objeto de verificación de su autenticidad y veracidad tanto en la presentación y posteriormente.| En caso de detectarse que la persona que certifica no firmó o no tiene el conocimiento de la emisión de este certificado, el SERCOP procederá a descalificar la oferta o terminar unilateralmente el convenio marco o adenda, sin perjuicio del resto de acciones legales que correspondan.| - GARANTÍAS: No Aplica - FORMA DE PAGO: No Aplica - RECEPCIÓN DEL PRODUCTO: No Aplica - PARCHES / BORDADOS / ESTAMPADOS O LOGOTIPOS / COMPLEMENTOS TEXTILES: No Aplica - OBJETIVO: No Aplica - ANTECEDENTES: No Aplica - PERSONAL MÍNIMO: No Aplica - MUESTRAS: No Aplica - ACABADO: No Aplica - CONDICIONES / FORMA DE ENTREGA DEL BIEN: *Empaquetado en fundas plásticas, transparentes, selladas en las que se distinga claramente talla y color.| * El embalaje se hará en sacos o fundas (resistentes) y deberá estar bien identificada: talla y color.| - CINTA REFLECTIVA (Opcional): No Aplica - TRANSPORTE: El proveedor catalogado asumirá el costo de transporte hasta la dirección establecida por la entidad contratante para la entrega de los bienes dentro	24	14,6400	0,0000	351,3600	12,0000	393,5232	900000000353080213140010000000

	de la localidad en la que se hubiese catalogado, de acuerdo a lo establecido en la orden de compra, salvo acuerdo entre proveedor – entidad.| La entrega del bien incluye el estibaje al interior de las instalaciones de la entidad contratante.| - ÁREA DE INTERVENCIÓN: El área de intervención para la provisión de las prendas será determinada por el domicilio legal del proveedor, registrado en el RUP.| - ADMINISTRACIÓN: La entidad contratante deberá: Suministrar al proveedor catalogado el cronograma de recepción de las prendas y entregar el Acta proveedor – bodega.| Verificar que el producto sea de calidad y en el caso de que existieran productos defectuosos solicitar los cambios necesarios.| La administración de la orden de compra, se realizará por parte de un delegado-técnico designado por la entidad contratante, quien realizará el monitoreo, verificación y control del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas para la entrega del bien.| El Administrador del Contrato dará el informe de fiel cumplimiento del mismo.| - TIEMPO DE ENTREGA DEL BIEN: *El plazo para la entrega de las prendas será de hasta treinta días (30), contados a partir de la formalización de la orden de compra (estado revisado); * En caso que la entidad contratante solicite muestras o se realice toma de medidas, la entidad contratante en conjunto con el proveedor definirán el plazo de entrega, el mismo que será posterior a la entrega de medidas y/o muestras. Los tiempos de entrega podrán modificarse, previo acuerdo expreso entre entidad contratante y proveedor.| *Se podrán realizar entregas parciales totales, antes del plazo estipulado, conforme al cronograma de entrega previamente establecido de mutuo acuerdo entre el proveedor y la entidad contratante generadora de la orden de compra.| - CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL BIEN: * Los materiales empleados en la confección, deben reunir las condiciones de durabilidad, confort, resistencia y calidad.| * Los oferentes garantizarán que los materiales empleados no contengan sustancias tóxicas.| * El proveedor catalogado está obligado a mantener la garantía técnica de confección de las prendas por el lapso de un (1) año.| * La materia prima será exclusivamente de origen nacional.| - INFRACCIONES Y SANCIONES: - En los casos en que exista incumplimiento de entrega de los bienes adquiridos por caso fortuito o fuerza mayor, debidamente comprobados por el administrador de la orden de compra, la entrega se podrá realizar en un plazo máximo adicional de hasta 10 días término, sin que durante dicho tiempo sea aplicable multa alguna, caso contrario se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor a facturar correspondiente al bien no entregado y que consta en la orden de compra.| - Cuando el retraso supere los 10 días término contados a partir de la fecha límite de entrega del requerimiento efectuado a través de la orden de compra, se aplicará una multa del 1,5 por mil diario del valor a facturar, contado desde el décimo primer día de retraso en la entrega de los bienes materia del requerimiento hasta que se realice la entrega de los mismos; es decir, que el valor por la multa podrá acumularse hasta la entrega de los bienes.| - En caso de incumplimientos en las condiciones específicas de elaboración del bien, el proveedor deberá sustituir el bien garantizando el cumplimiento de la presente ficha técnica. - En caso de que el incumplimiento de plazo establecido para la entrega del bien, supere los 29 días término, se realizará la declaratoria de contratista incumplido, exceptuando acuerdo entre las partes para dicha entrega.| - MAQUINARIA: Según el grupo al que correspondan los proveedores deberán contar con la siguiente maquinaria mínima: GRUPO 1: 1 De costura recta, 1 Tirilladora, 1 Overlock de 4 hilos, 1 Recubridora, 1 Ojaladora o 20U, 1 Botonera o 20U.| GRUPO 2: 1 De costura recta, 2 Tirilladora, 1 Overlock de 4 hilos, 1 Recubridora, 1 Ojaladora o 20U, 1 Botonera o 20U.| GRUPO 3: 1 De costura recta, 3 Tirilladora, 1 Overlock de 4 hilos, 1 Recubridora, 1 Ojaladora o 20U, 1 Botonera o 20U.| GRUPO 4: 2 De costura recta, 4 Overlock de 4 hilos, 2 Recubridora, 2 Tirilladora, 1 Ojaladora o 20U, 1 Botonera o 20U.| Los proveedores deberán adjuntar la documentación que respalde la disponibilidad de la maquinaria mínima requerida de acuerdo al GRUPO (contrato de compra-venta, factura, títulos de propiedad, contrato o compromiso de alquiler o arrendamiento, declaración								

	suscrita por el proveedor).| El SERCOP directamente o a través de terceros, verificará la disponibilidad de la maquinaria declarada conforme se establece en el formulario "TABLA DE EQUIPAMIENTO Y HERRAMIENTAS", que consta en el pliego.| Nota: Los "Artesanos y Gremios de artesanos legalmente reconocidos" deberán declarar la maquinaria mínima de acuerdo al GRUPO 1 en el caso de presentarse individualmente y maquinaria del GRUPO 4 en el caso de presentarse como gremio reconocido.| - CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN / MATERIALES /DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: TELA Composición tela 65% poliéster 35% algodón, tipo de tejido polialgodón peinado, peso 200 gm/m2, encogimiento 2.5%.| - COLOR: A definir por la entidad contratante.| - DISEÑO: •Camiseta con cuello de algodón tejido y ajustador de prenda (Vichunga), con tres ojales y botones , puños y bajos recubiertos de 2 cm.| - TALLA: Una vez generada la orden de compra la entidad contratante podrá solicitar muestras de la prenda y/o toma de medidas.| mujer 34, 36, 38, 40, 42, 44.| hombre 34, 36, 38, 40, 42, 44.| - ACTUALIZACIONES: Mediante Oficio Circular SERCOP-CDI-2018-007 de 28 de diciembre de 2018, se actualizan los atributos de "Formación/Capacitación /Experiencia" y "Requisitos para el Pago", se homologan los textos concernientes a la afiliación de la seguridad social en las fichas técnicas.| - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN: Los proveedores podrán ofertar como capacidad máxima total según lo detallado a continuación: GRUPO 1: Personas Naturales 250 prendas, De forma individual. GRUPO 2: Personas Jurídicas (Micro empresas) 200 prendas, por cada trabajador. Hasta 9 trabajadores.| GRUPO 3: Personas Jurídicas (Pequeñas empresas), 100 prendas por cada trabajador. Hasta 49 trabajadores.| GRUPO 4: Organizaciones de la Economía Popular y Solidaria (Sector cooperativo, asociativo y comunitario). 300 prendas por cada socio. De acuerdo al número de socios.| GRUPO 5: Artesanos, Gremios de artesanos legalmente reconocidos. 300 prendas por cada agremiado. De acuerdo al número de artesanos reconocidos.| Nota: Los proveedores que presenten en la oferta socios, agremiados o trabajadores con carnet del CONADIS, obtendrán por cada persona con discapacidad 100 prendas adicionales a la capacidad productiva declarada.| - CONDICIONES / REQUISITOS DE PAGO: Los pagos se realizarán con cargo a la partida presupuestaria de la entidad generadora de la orden de compra y se efectuará en dólares de los Estados Unidos de América previo a la presentación de los siguientes documentos: • Factura emitida por el proveedor. • Copia de factura (s) de compra de tela nacional (Peso, cantidad, tipo de tela). • Acta de entrega-recepción definitiva a satisfacción de la entidad contratante. • Copia de la orden de compra. • Documentos de respaldo referente al cumplimiento de la afiliación a la seguridad social en la modalidad que correspondiere según la naturaleza del proveedor.| La cantidad del personal, debe ser considerada en función a la capacidad productiva de la ficha técnica del producto.| El tiempo mínimo de afiliación que se verificará será desde la fecha de la generación de la orden de compra hasta la fecha del acta de entrega recepción.| - ETIQUETA: La etiqueta deberá estar colocada en el interior de la prenda con la talla, nombre del fabricante, RUC y teléfono de contacto. | Cumplir con la norma NTE INEN 1 875:2004 y RTE INEN 013:2013.|								

Subtotal	662,1600
Impuesto al valor agregado (12%)	79,4592
Total	741,6192

Número de Items	48
Total de la Orden	741,6192

Fecha de Impresión: jueves, 8 de junio de 2023, 13:26:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419590	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	08-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	ASOCIACIÓN DE PRODUCCIÓN TEXTIL LOS NARANJOS VERDES DE CHONE "ASOPROTEXNA"	**RUC:**	1391847750001
Nombre del representante legal:	MEDRANDA CEDEÑO TERESA DIOPAGUITA				
Correo electrónico el representante legal:	asoprotexna2017@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	asoprotexna2017@hotmail.com		
Teléfono:	0964027685 052697969 0985701314				

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

Dirección Entidad:	**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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; ING. CARMEN GARCÍA, TÉCNICO AFÍN
Dirección de entrega:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN S/N y TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA, HOSPITAL, DIRECCION	
Observación:	FAVOR COMUNICARSE CON EL ING. EDUARDO PLAZA, ANALISTA DE TALENTO HUMANO 1, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA AL NÚMERO DE CONTACTO: 0962790435. CONSIDERAR QUE SE DEBE TOMAR LAS MEDIDAS A LOS TRABAJADORES PREVIO A LA	

	CONFECCIÓN DE LOS MISMOS Y/O ENTREGA DE LOS BIENES RAZÓN POR LA CUAL AL MOMENTO DE SU ACEPTACIÓN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON EL ADMINISTRADOR

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
881220011	CONJUNTO DE VESTIR PANTALÓN CON CAMISA O BLUSA - OBJETIVO: Normalizar productos de confección textil, con la finalidad de propiciar la compra inclusiva que beneficie a los actores de la Economía Popular y Solidaria; micro y pequeñas empresas, artesanos y unidades económicas populares dentro del Catálogo Dinámico Inclusivo. - COLOR: El color principal de las prendas, así como los colores de contrastes, la ubicación y diseño de los mismos, serán determinados por la entidad contratante. - ACTUALIZACIONES: Mediante Oficio Circular SERCOP-CDI-2018-007 de 28 de diciembre de 2018, se actualizan los atributos de "Formación/Capacitación /Experiencia" y "Requisitos para el Pago", se homologan los textos concernientes a la afiliación de la seguridad social en las fichas técnicas. - FORMA DE PAGO: Será facultad de cada entidad contratante, establecer la forma de pago, de cualquiera de las siguientes formas: • Contra Entrega: La entidad contratante podrá realizar el pago por la totalidad de la orden de compra, siempre y cuando no exista un anticipo. Si se establecen entregas parciales, el pago será contra entrega parcial del bien, según cronograma establecido por el proveedor y la entidad contratante, de conformidad con la capacidad productiva declarada por el proveedor, o determinada como máxima en la ficha del producto	9	26,0800	0,0000	234,7200	12,0000	262,8864	90000000035308021314001000000000

	especifico. • Anticipo: La entidad contratante podrá otorgar anticipos de hasta el 70% del valor total de la orden de compra. El proveedor adjudicado para recibir el anticipo, deberá rendir previamente la garantía por igual valor del anticipo, el cual se amortizará a medida que se vaya entregando el bien, en el caso que existan entregas parciales. - PERSONAL MÍNIMO: ACTORES NÚMERO DE EMPLEADOS Personas Naturales o Jurídicas (Micro empresas) De 1 hasta 9 Personas Naturales o Jurídicas (Pequeñas empresas) De 10 hasta 49 Organizaciones de la Economía Popular y Solidaria (Sector cooperativo, asociativo y comunitario) De acuerdo al número de socios Artesanos, Gremios de artesanos legalmente reconocidos De acuerdo al número de agremiados reconocidos (mínimo 2 personas) - ETIQUETA: La etiqueta deberá estar colocada en la parte interior de cada prenda, según lo determine la entidad contratante, constando en ella la talla de la prenda, nombre del fabricante, RUC y teléfono de contacto. Adicionalmente, se debe incluir en la etiqueta, recomendaciones breves de lavado para conservación adecuada de la prenda. Cumplir con la norma INEN-13 e INEN-1875:2012. - MUESTRAS: Una vez generada la orden de compra, la entidad contratante podrá solicitar muestras de la prenda y/o toma de tallas. - CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL BIEN: • Los materiales empleados en la confección deben reunir las condiciones de durabilidad, confort, resistencia, solidez de color y calidad. • Los oferentes garantizarán que los materiales empleados no contengan sustancias tóxicas • La materia prima será exclusivamente de origen nacional. • El proveedor catalogado está obligado a mantener la garantía técnica de confección de las prendas por el lapso de un (1) año, según el Artículo 76 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. - ÁREA DE INTERVENCIÓN: El área de intervención para la prestación del servicio será determinada por el domicilio legal del proveedor, registrado en el RUP. La participación de los proveedores es a nivel nacional, excepto para la Provincia de Galápagos. Para la emisión de la orden de compra se regirá la contratación de proveedores locales, de no existir oferta local se podrá contratar proveedores de provincias adyacentes al lugar donde se demanda el bien previo acuerdo entre entidad contratante y proveedor. - ACABADO: El proveedor deberá revisar el acabado de cada prenda a detalle, las prendas serán entregadas en óptimas condiciones. La entidad contratante podrá someter a las prendas a un control de calidad. - CONDICIONES / FORMA DE ENTREGA DEL BIEN: · Empaquetado de cada prenda en fundas termoplásticas, transparentes, selladas. · El embalaje se hará en sacos o fundas (resistentes). - DISEÑO: La descripción del diseño y la imagen es referencial, puede variar (sujeto al precio establecido). La entidad contratante podrá elegir los siguientes diseños de camisa, blusa y pantalón. El precio de la presente ficha técnica incluye: - Un pantalón con una camisa; o - Un pantalón con una blusa. CAMISA MODELO A Cuello camisero, mangas largas, con un bolsillo frontal a la altura del pecho, cuellos, puños y vincha frontal indeformables con entretela tejida. 7 botones frontales más dos botones de repuesto colocados en la parte interior, 2 botones en cada puño con tajalí de un botón. Cerrada con doble costura. Posterior con hombrera y pliegues de armado. Refuerzo en costuras, botones y ojales. CAMISA MODELO B Cuello camisero, mangas cortas con dobladillo y pestpunte de 4 cm., dos bolsillos frontales a la altura del pecho. Cuello y vincha frontal indeformables, con entretela tejida. 7 botones frontales más dos botones de repuesto colocados en la parte interior. Cerrada con doble costura. Posterior con hombrera y pliegues de armado. Refuerzo en costuras, botones y ojales. BLUSA MODELO A Corte y cuello camisero, mangas cortas con dobladillo, o mangas largas con puños indeformables, con entretela tejida y dos botones en cada uno; pinzas y/o breteles frontales y posteriores de armado, de 5 a 7 botones frontales de 18 líneas dos agujeros, más dos botones de repuesto colocados en la parte interior, cuello indeformable con entretela tejida. Vincha de 2,5 cm de ancho, con entretela tejida. BLUSA MODELO B Cuello nerú con vincha de 2 ½ cm. en V, mangas cortas con dobladillo, o mangas largas con puño indeformable, con entretela tejida, ancho de 8 cm con 2 botones y tajalí; delantero con 5 o 6 botones de 18 líneas de dos agujeros, más dos botones de repuesto colocados en la parte interior. Cuello indeformable, breteles y/o pinzas en								

	delanteros y posterior para dar entalle. Entretela tejida en pie de cuello, y vincha. Los dos modelos de las blusas pueden incluir un bolsillo frontal a la altura del pecho. PANTALÓN MODELO A Diseño casual con pretina y pasadores en la cintura. El frente lleva bolsillos en diagonal a los costados con cierre de nylon y botón, la espalda lleva pinzas de asentamiento y bolsillos de ribete, refuerzos de costuras a nivel de bolsillos traseros y bolsillos delanteros. PANTALON MODELO B Modelo tipo clásico, con dos bolsillos traseros tipo parche, dos bolsillos delanteros y un relojero, con atraques y/o refuerzos de costuras a nivel de bolsillos traseros y bolsillos delanteros, cierre de nylon, cinco pasadores, botón a nivel de la cintura. Los pantalones de mujer se deben realizar con detalles de confección de silueta femenina. - PARCHES / BORDADOS / ESTAMPADOS O LOGOTIPOS / COMPLEMENTOS TEXTILES: La entidad contratante en coordinación con el proveedor definirá el diseño del logotipo y ubicación en la prenda; así como el material a utilizar. La prenda incluye un bordado de alta calidad de hasta 10 hilos con medidas hasta 2,5 hasta 8,5. - TALLA: (Cumplir con la norma NTE INEN 0257). Las tallas de las prendas deberán estar en el siguiente rango: 32 34 36 38 40 42 44 46 48 Con el fin de llevar un registro adecuado de tallas y evitar inconvenientes al momento de la entrega de prendas, el Administrador del contrato de la entidad contratante conjuntamente con el proveedor levantarán un acta de control con la toma de tallas de cada funcionario, registrando los nombres y apellidos de cada servidor así como las tallas correspondientes, la misma debe ser suscrita por el funcionario, el administrador y el proveedor; otorgando una copia del Acta a cada uno. El proveedor, de ser requerido por la entidad, deberá presentar con la entrega de muestras, las fichas técnicas de las telas empleadas para la confección, proporcionadas por el proveedor nacional de telas. - TRANSPORTE: El proveedor catalogado asumirá el costo de transporte hasta la dirección establecida por la entidad contratante para la entrega de los bienes dentro de la localidad en la que se hubiese catalogado, de acuerdo a lo establecido en la orden de compra, salvo acuerdo entre proveedor – entidad. La entrega del bien incluye el estibaje al interior de las instalaciones de la entidad contratante - TIEMPO DE ENTREGA DEL BIEN: • El plazo para la entrega de las prendas será de hasta cuarenta y cinco (45), contados a partir de la formalización de la orden de compra (estado revisado). • Los tiempos de entrega podrán modificarse, previo acuerdo expreso entre entidad contratante y proveedor. • Se podrán realizar entregas parciales o totales, antes del plazo estipulado, conforme al cronograma de entrega previamente establecido de mutuo acuerdo entre el proveedor y la entidad contratante generadora de la orden de compra. • En caso de que la orden de compra sea inferior a la capacidad de producción mensual del proveedor, el plazo de entrega podría ser anticipado a lo establecido, previo mutuo acuerdo entre la entidad contratante y el proveedor. - GARANTÍAS: Las Entidades Contratantes deberán exigir la presentación de garantías dependiendo de los siguientes casos: Garantía de Fiel Cumplimiento.- Para seguridad del cumplimiento del contrato y para responder por las obligaciones que contrajeren a favor de terceros, relacionadas con el contrato, el adjudicatario, antes o al momento de la firma del contrato, rendirá garantías por un monto equivalente al cinco (5%) por ciento del valor de la orden de compra, siempre que el monto del contrato sea mayor a multiplicar el coeficiente 0,000002 por el Presupuesto Inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico. Garantía por Anticipo.- El proveedor deberá rendir, previamente, garantías por igual valor del anticipo. Garantía técnica.- Cubrirá el 100% de los bienes con daños o alteraciones ocasionados por: fábrica, embalaje, manipulación, mala calidad de los materiales o componentes empleados en su fabricación/ confección. - CONDICIONES / REQUISITOS DE PAGO: Los pagos se realizarán con cargo a la partida presupuestaria de la entidad generadora de la orden de compra y se efectuará en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica previo a la presentación de los siguientes documentos: • Factura emitida por el proveedor. • Copia de factura (s) de compra de tela nacional (Peso, cantidad, tipo de tela) • Acta de entrega-recepción definitiva a satisfacción de la entidad contratante. • Copia de la orden de compra. • Documentos de respaldo referente al cumplimiento de la afiliación a la seguridad social en la								

	modalidad que correspondiere según la naturaleza del proveedor. La cantidad del personal, debe ser considerada en función a la capacidad productiva de la ficha técnica del producto. El tiempo mínimo de afiliación que se verificará será desde la fecha de la generación de la orden de compra hasta la fecha del acta de entrega recepción. - ANTECEDENTES: El Ministerio de Salud Pública – MSP mediante Oficio Nro. MSP-CGAF-2017-0444-O requiere realizar la adquisición de ropa de trabajo "uniformes" para las/los trabajadores correspondientes al año 2017, mediante Oficio MSP-CGAF-2017-0521-O, el MSP solicita al SERCOP la inclusión de las fichas técnicas aprobadas en el catalogo dinámico inclusivo. El SERCOP en base a sus atribuciones puede elaborar y actualizar fichas técnicas con el objetivo de normalizar bienes y servicios conforme lo establece el artículo 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (LOSNCP) en su numeral 2. "Bienes y Servicios Normalizados: Objeto de contratación cuyas características o especificaciones técnicas que se hallen homologados y catalogados." y numeral 3: "Catálogo Electrónico: Registro de bienes y servicios normalizados publicados en el portal institucional para su contratación directa como resultante de la aplicación de convenios marco". De esta manera, una de las características fundamentales en este proceso de normalización es la determinación del precio unitario del bien o servicio, a partir del cual se formalizará la compra de determinado producto, como se hace referencia en la Resolución No. 025 del SERCOP, Capítulo 1, artículo 3, numeral 3.7 "Orden de Compra.- Es el acuerdo de voluntades por el cual se formaliza la adquisición de bienes o servicios normalizados a través de Catálogo Dinámico Inclusivo, mediante la cual la entidad contratante establece los bienes o servicios objeto de la contratación y su entrega; y, el proveedor seleccionado se obliga a su cumplimiento conforme el precio, plazo, forma y condiciones previstas en el Acuerdo de Compromiso". Observando lo dispuesto en el Art. 252 de la Codificación de Resoluciones SERCOP de 31 de agosto de 2016, que se refiere a Incorporación de nuevos productos en categorías existentes, el Servicio Nacional de Contratación Pública en el caso de requerir la incorporación de nuevos productos en una categoría existente del Catálogo Dinámico Inclusivo, publicará en el Portal Institucional del Servicio Nacional de Contratación Pública las fichas técnicas, y notificará a los proveedores catalogados la inclusión del nuevo producto. De igual manera el Art. 253 de la codificación mencionada anteriormente estipula la adhesión de proveedores a nuevos productos que permite a los proveedores catalogados que consten dentro de un procedimiento en el cual se incorpore un nuevo producto y tengan interés en adherirse al mismo, deberán presentar su manifestación de interés, demostrando que cumple con las condiciones requeridas en la ficha técnica, mediante los medios físicos o electrónicos que para ello disponga el Servicio Nacional de Contratación Pública. - CONDICIONES PARTICULARES DEL BIEN / MATERIALES /DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Tela para la camisa o blusa: Tipo de Ligamento: Tafetán - Popelina Peso: 150 -160 gr/m2 Ancho del útil: 150 cm Composición: 50% algodón 50% Poliéster Acabado: Chamuscado, sanforizado repelente al agua y al aceite Tela para el pantalón: Tipo de Tela: Gabardina Peso: 200 a 220 gr/m2 Ancho del útil: 150 cm Composición: 35% algodón 65% Poliéster Acabado: Chamuscado, sanforizado antiestatico, tacto suave y repelente al agua y al aceite - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN: Los proveedores podrán ofertar como capacidad máxima de producción hasta lo detallado a continuación: ACTORES CAPACIDAD PRODUCTIVA MENSUAL NÚMERO DE EMPLEADOS Personas Naturales o Jurídicas (Micro empresas) 110 prendas por cada trabajador De 1 hasta 9 Personas Naturales o Jurídicas (Pequeñas empresas) 110 prendas por cada trabajador De 10 hasta 49 Organizaciones de la Economía Popular y Solidaria (Sector cooperativo, asociativo y comunitario) 112 prendas por cada socio De acuerdo al número de socios Artesanos, Gremios de artesanos legalmente reconocidos 112 prendas por cada agremiado De acuerdo al número de agremiados reconocidos (mínimo 2 personas) Nota 1: Los proveedores que presenten en la oferta socios, agremiados o trabajadores con carnet del CONADIS, obtendrán por cada persona con discapacidad 100 prendas adicionales a la capacidad productiva declarada en total por todo el grupo. Nota 2: Si un solo proveedor no abastece el requerimiento de la entidad contratante, la entidad podrá generar una o más órdenes de compra; en este caso la								

	entidad deberá coordinar con todos los proveedores que cubrirán su requerimiento los detalles y especificaciones mínimas, color, tonalidades y otros tanto de las telas como de otros insumos, con el fin de obtener prendas totalmente homogéneas. - FORMACIÓN, CAPACITACIÓN/ EXPERIENCIA: Las personas naturales, cada socio o trabajador deben presentar cualquiera de la siguiente documentación: • Copias de certificado(s) de aprobación de capacitación en la elaboración de prendas de confección textil, de al menos 60 horas, los certificados deben ser emitidos por una entidad acreditada por los organismos públicos competentes; o, • Copias de certificado(s) laboral(es) que respalde experiencia mínimo de 2 años en la confección de prendas de vestir; o, • Copia título profesional; o, técnico o tecnólogo; o, bachilleratos en la rama de la industria de la confección textil debidamente refrendados, o; • Copia de carné de calificación de artesano vigente en la rama de confección textil, emitido por la Junta Nacional de Defensa del Artesano; o, • Copia de certificación de competencias en la rama de confección textil vigente, otorgado por las entidades públicas competentes. Los oferentes que presenten en su oferta trabajadores bajo relación de dependencia, deberán presentar el Pago de Aportes al IESS mínimo de 3 meses, al momento de entregar la oferta o manifestación de interés. Los documentos deberán ser legibles y podrán acumularse para cumplir con el número de años u horas requeridas. Los certificados serán objeto de verificación de su autenticidad y veracidad tanto en la presentación y posteriormente. En caso de detectarse que la persona que certifica no firmó o no tiene el conocimiento de la emisión de este certificado, el SERCOP procederá a descalificar la oferta o terminar unilateralmente el convenio marco o adenda, sin perjuicio del resto de acciones legales que correspondan. - ADMINISTRACIÓN; La entidad contratante deberá: • Suministrar al proveedor catalogado el cronograma de recepción de las prendas y entregar el Acta al proveedor. • Verificar que el producto sea de calidad y en el caso de que existieran productos defectuosos solicitar los cambios necesarios. • Verificar que las tallas de las prendas entregadas cumplan con las tallas de cada funcionario acorde al registro detallado en el Acta de control suscrito por el proveedor, el administrador y el funcionario en la toma de tallas. La entrega de prendas se limitará a las tallas registradas en dicha Acta. • La administración de la orden de compra, se realizará por parte de un delegado-técnico designado por la entidad contratante, quien realizará el monitoreo, verificación y control del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas para la entrega del bien. • El Administrador del Contrato dará el informe de fiel cumplimiento del mismo. - INFRACCIONES Y SANCIONES: IINFRACCIÓN MULTA / SANCIÓN Por incumplimiento en las condiciones específicas de elaboración de la prenda El proveedor deberá sustituir el bien garantizando el cumplimiento de la presente ficha técnica. El tiempo de entrega de dichas prendas será determinado por la Entidad Contratante. Por incumplimiento en el plazo de entregas parciales Se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor correspondiente a la cantidad de prendas no entregadas, según lo acordado. Por incumplimiento en el plazo de entregas totales En los casos en que exista incumplimiento de entrega de los bienes adquiridos por caso fortuito o fuerza mayor, debidamente comprobados por el administrador de la orden de compra, la entrega se podrá realizar en un plazo máximo adicional de hasta 10 días término, sin que durante dicho tiempo sea aplicable multa alguna, caso contrario se aplicará una multa del 1 por mil diario del valor de la orden de compra. Cuando el retraso supere los 10 días término contados a partir de la fecha límite de entrega del requerimiento efectuado a través de la orden de compra, se aplicará una multa del 1,5 por mil diario del valor de la orden de compra, contado desde el décimo primer día de retraso en la entrega de los bienes materia del requerimiento hasta que se realice la entrega de los mismos; es decir, que el valor por la multa podrá acumularse hasta la entrega de los bienes. En caso de que el incumplimiento de plazo establecido para la entrega del bien, supere los 29 días término, se realizará la declaratoria de contratista incumplido, salvo acuerdo expreso entre las partes. - MAQUINARIA: Los proveedores deberán contar con la siguiente maquinaria mínima: CANTIDAD MAQUINARIA MÍNIMA 1 De costura recta 1 Overlock de 5 hilos 1 Ojaladora industrial 1 Cortadora tela industrial 1 Botonera o 20 U 1 Fusionadora industrial 1								

	Plancha industrial Los proveedores deberán adjuntar la documentación que respalde la disponibilidad de la maquinaria mínima requerida (contrato de compra-venta, factura, títulos de propiedad, contrato o compromiso de alquiler o arrendamiento, declaración suscrita por el proveedor). El SERCOP directamente o a través de terceros, verificará la disponibilidad de la maquinaria declarada conforme se establece en el formulario "TABLA DE EQUIPAMIENTO Y HERRAMIENTAS", que consta en el pliego. - CINTA REFLECTIVA (Opcional): No Aplica - RECEPCIÓN DEL PRODUCTO: No Aplica							

Subtotal	234,7200
Impuesto al valor agregado (12%)	28,1664
Total	262,8864

Número de Items	9
Total de la Orden	262,8864

Fecha de Impresión: jueves, 8 de junio de 2023, 13:27:43

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419568	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**Razón social:**	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992851651001
Nombre del representante legal:	REPREFAR S.A.S				
Correo electrónico el representante legal:	comercial@sicmafarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	comercial@sicmafarma.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	8179565	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>3000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>2600</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>2600</td></tr>
<tr><td>004</td><td>26/09/2023</td><td>2600</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>2600</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>2600</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>16000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260095163	Ceftriaxona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.325600 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: NORTH CHINA PHARMACEUTICAL COMPANI NCPC HEBEI HUAMIN - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-05-08 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-05-08 14:19:01 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 975-MEE-0515 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 50 VIALES + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE:CEFTRIAXONA DISÓDICA EQUIVALENTE A CEFTRIAXONA 1 g - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTREVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEFTRIAXONA 1.0 g POLVO ESTÉRIL PARA RECONSTITUIR SOLUCIÓN INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ceftriaxona - A. CUM: J01DD04SPR061X0	16000	0,325600	0,000000	5.209,600000	0,000000	5.209,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	5.209,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	5.209,600000

Número de Items	16000
Flete	0,000000
Total de la Orden	5.209,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:50:17

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419567	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PROPHAR S.A	**RUC:**	1791859596001
Nombre del representante legal:	GARCIA MANCERO JUAN MIGUEL				
Correo electrónico el representante legal:	rup@prophar.com	**Correo electrónico de la empresa:**	rup@prophar.com		
Teléfono:	0994761726 2333938 2333935				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3447547004	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	7020
002	26/07/2023	6600
003	25/08/2023	6600
004	25/09/2023	6600
005	26/10/2023	6600
006	27/11/2023	6600
Total		**40020**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260571208	Clortalidona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.030000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROPHAR S.A. SANGOLQUI - PICHINCHA - ECUADOR. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-04-12 10:20:42 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO:	40020	0,030000	0,000000	1.200,600000	0,000000	1.200,600000	9000000001530809131400100000000

	01202-MAC-1-04-11 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERS DE 10 TABLETAS C/U + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS REDONDAS DE COLOR AMARILLO BORDES BISELADOS CARAS PLANAS UNA LLANA Y OTRA RANURADA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORTALIDONA 50 MG TABLETAS NIFA - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clortalidona - A. CUM: C03BA04SOR235X0							

Subtotal	1.200,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.200,600000

Número de Items	40020
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.200,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:51:31

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419566	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PROPHAR S.A	**RUC:**	1791859596001
Nombre del representante legal:	GARCIA MANCERO JUAN MIGUEL				
Correo electrónico el representante legal:	rup@prophar.com	**Correo electrónico de la empresa:**	rup@prophar.com		
Teléfono:	0994761726 2333938 2333935				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3447547004	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	7020
002	26/07/2023	6600
003	25/08/2023	6600
004	25/09/2023	6600
005	26/10/2023	6600
006	27/11/2023	6600
Total		**40020**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260571207	Clortalidona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.030000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROPHAR S.A - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-05-26 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-05-26 11:58:54 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 399-MEN-0515 - K. CONDICIONES DE	40020	0,030000	0,000000	1.200,600000	0,000000	1.200,600000	900000000153080913140010000000

	ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERES DE 10 TABLETAS C/U MAS INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 25 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA LIGERAMENTE AMARILLO UNA CARA LLANA Y LA OTRA RANURADA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORTALIDONA 25 MG TABLETA NIFA - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clortalidona - A. CUM: C03BA04SOR157X0							

Subtotal	1.200,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.200,600000

Número de Items	40020
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.200,600000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:26:22

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419565	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	PIGMALION PHARMA	**Razón social:**	PIGMALION PHARMA LABORATORIOS PPH S.A.	**RUC:**	0993013323001
Nombre del representante legal:	CAMPOVERDE CASTRO WALTER ENRIQUE				
Correo electrónico el representante legal:	walter_campoverde@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	walter_campoverde@hotmail.com		
Teléfono:	0992152882 0992152882 042855782				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	1250621715	**Código de la Entidad Financiera:**	210345	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO INTERNACIONAL

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				
Tipo de entrega requerido:	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**					
	Nro	**Fecha máxima de entrega**			**Cantidad**	

Entregas Parciales	001	26/06/2023	85
	002	26/07/2023	85
	003	28/08/2023	85
	004	28/09/2023	85
	005	27/10/2023	85
	006	27/11/2023	75
	Total		**500**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260459096	Beclometasona - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA CON 1 FRASCO DE ALUMINIO PRESURIZADO CON VALVULA DOSIFICADORA DE ALUMINIO Y DISPOSITIVO INHALALDOR (200 DOSIS) + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA G CONTIENE: DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 0.859 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.000000 - O. ORIGEN FABRICANTE: MEXICO - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACEUTICA HISPANOAMERICANA S.A DE C.V - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-04 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-02-04 00:44:12 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5923-MEE-0221 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: - NO MAYOR A 30C- EL ENVASE PRIMARIO DEBE GARANTIZAR SU ESTABILIDAD FISICO-QUIMICA Y MICROBIOLOGICA - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSION EN AEROSOL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRABUCAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLOFHIVEN SUSPENSION AEROSOL 50MCG - D. CONCENTRACIÓN: 50 mcg/dosis - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido para inhalación - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Beclometasona - A. CUM: R03BA01LIH233X0	500	2,000000	0,000000	1.000,000000	0,000000	1.000,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.000,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.000,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.000,000000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:51:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419564	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>7020</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>6600</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>6600</td></tr>
<tr><td>004</td><td>26/09/2023</td><td>6600</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>6600</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>6600</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>40020</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260631197	Clopidogrel - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: B01AC04SOR271X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clopidogrel - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 75 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLOPIDOGREL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: EQUIVALENTE A CLOPIDOGREL BASE 75.000 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERES X 10 TABLETAS RECUBIERTAS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONCERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 875-MEN-0616 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-06-27 15:41:28 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-06-27 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.018000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	40020	0,018000	0,000000	720,360000	0,000000	720,360000	900000000153080913140010000000

Subtotal	720,360000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	720,360000

Número de Items	40020
Flete	0,000000
Total de la Orden	720,360000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:14:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419563	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN			

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>85</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>75</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>500</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260762216	Clotrimazol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: D01AC01SSC052X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clotrimazol - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 1 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLEMIZOL PLUS 1% - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 G DE CREMA CONTIENE CLOTRIMAZOL 1.00 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 20 G + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 925-MEN-0816 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-08-25 10:35:55 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-08-25 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.260000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	500	0,260000	0,000000	130,000000	0,000000	130,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	130,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	130,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	130,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:14:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419562	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>800</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260602109	Betametasona - R. PRECIO ADJUDICADO: 1,500000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-05 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-07-05 12:00:14 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 886-MEN-0716 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TÓPICA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 15 G + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 G DE CREMA CONTIENE: BETAMETASONA VALERATO* 0.12 G EQUIVALENTE A BETAMETASONA 0.10 G - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BETAMETASONA 0.1% CREMA - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Betametasona - A. CUM: D07AC01SSC022X0	800	1.500000	0,000000	1.200,000000	0,000000	1.200,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.200,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.200,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.200,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:13:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419561	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	4000
002	26/07/2023	4000
003	28/08/2023	4000
004	26/09/2023	4000
005	27/10/2023	4000
006	27/11/2023	4000
Total		**24000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

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.
35260835178	Ciprofloxacina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01MA02SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ciprofloxacina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ZICON 500 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CADA UNO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02069-MAC-07-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-28 13:42:38 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-28 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.028300 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE : CIPROFLOXAZINO CLORHIDRATO 582.30 EQUIVALENTE A 500 MG DE CIPROFLOXACINA BASE	24000	0,028300	0,000000	679,200000	0,000000	679,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	679,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	679,200000

Número de Items	24000
Flete	0,000000
Total de la Orden	679,200000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:11:24

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419560	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>2500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>10000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260095241	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima) - A. CUM: J01EE01SOR284X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima) - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 800 mg + 160 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BITRIM FORTE 800/160 COMPRIMIDOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO CONTIENE: SULFAMETOXAZOL 800.00MG TRIMETOPRIM 160.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERES X 10 COMPRIMIDOS C/U + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01921-MAC-04-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-05-21 16:49:47 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-21 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.027900 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	10000	0,027900	0,000000	279,000000	0,000000	279,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	279,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	279,000000

Número de Items	10000
Flete	0,000000
Total de la Orden	279,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:08:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419559	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	50
002	26/07/2023	50
003	25/08/2023	50
004	25/09/2023	50
005	26/10/2023	50
006	27/11/2023	50
Total		**300**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095238	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima) - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.450000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. PARA PHARMABRAND S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-13 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-13 13:03:08 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02067-MAC-1-03-12 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 100 ML C/U DE SUSPENSIÓN ORAL+ INSERTO + VASO DOSIFICADOR. - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5ML CONTIENE : SULFAMETOXAZOL 200.00 MG TRIMETOPRIM 40.00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSION ORAL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BITRIM SUSPENSION 200/40MG/5ML - D. CONCENTRACIÓN: (200 mg + 40 mg)/5 mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima) - A. CUM: J01EE01LOR007X0	300	0,450000	0,000000	135,000000	0,000000	135,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	135,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	135,000000

Número de Items	300
Flete	0,000000
Total de la Orden	135,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:07:38

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419558	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>2500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>1500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>1490</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>9990</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

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.
35260900135	Calcitriol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: A11CC04SOR042X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Calcitriol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 0,5 mcg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CALCITRIOL 0.5 MCG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA CAPSULA CONTIENE : CALCITRIOL 0.0005 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 CAPSULAS + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 797-MEN-0516 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-04 11:43:54 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-04 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.050000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	9990	0,050000	0,000000	499,500000	0.000000	499,500000	900000000153080913140010000000

Subtotal	499,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	499,500000

Número de Items	9990
Flete	0,000000
Total de la Orden	499,500000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:07:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419557	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>11520</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>64020</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260347138	Carbamazepina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: N03AF01SOR148X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Carbamazepina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 200 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARBAM 200 CARBAMAZEPINA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTINE: CARBAMAZEPINA 200.00 MG - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 04157-MAN-03-06 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2006-03-10 08:12:47 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-03-10 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.036000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA 3 X BLISTERS X 10 TABLETAS C/U + INSERTO.	64020	0,036000	0,000000	2.304,720000	0,000000	2.304,720000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.304,720000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.304,720000

Número de Items	64020
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.304,720000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:06:54

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419556	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>1050</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>990</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>990</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>990</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>990</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>990</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>6000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.


MARIA JANETH
SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade


OMAR FABRICIO
RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES


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.
35260045185	Claritromicina - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01768-MAC-01-02 - A. CUM: J01FA09SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Claritromicina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: XILIN 500 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE:CLARITROMICINA 500.00 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-04-03 15:27:11 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-04-03 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.100000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS + INSERTO	6000	0,100000	0,000000	600,000000	0,000000	600,000000	900000000153080913140010000000

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

Número de Items	6000
Flete	0,000000
Total de la Orden	600,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:06:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419554	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>750</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>650</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>650</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>650</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>650</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>650</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>4000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260765188	Clindamicina - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): CLINDAMICINA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.390000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-01-30 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-01-30 11:24:44 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2530-MEE-0117 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR/INTRAVENOSA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BANDEJAS X 5 AMPOLLAS X 4 ML C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: FOSFATO DE CLINDAMICINA USP 197.89 MG EQUIVALENTE A CLINDAMICINA 150.00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLINDAMICINA 150 MG/ML SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 150 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - A. CUM: J01FF01LPR120A7	4000	0,390000	0,000000	1.560,000000	0,000000	1.560,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.560,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.560,000000

Número de Items	4000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.560,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:05:51

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419555	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>50</td></tr>
<tr><td>002</td><td>25/07/2023</td><td>50</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>50</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>50</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>50</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>50</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>300</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419553	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td rowspan="8">Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td colspan="3">LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS</td></tr>
<tr><td>Nro</td><td>Fecha máxima de entrega</td><td>Cantidad</td></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>60</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>60</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>60</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>60</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>60</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>400</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td colspan="3">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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
352605372404	Cabergolina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: G02CB03SOR043X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cabergolina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 0,5mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CABERGOLINA 0.5 MG TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CABERGOLINA 0.5 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BLISTER X 10 TABLETAS + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6670-MEE-1021 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-10-18 23:25:59 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-10-18 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.460000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	400	0,460000	0,000000	184,000000	0,000000	184,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	184,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	184,000000

Número de Items	400

Flete	0,000000
Total de la Orden	184,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:05:35

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419552	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>1000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>8000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260520127	Butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: BUTILBROMURO DE HIOSCINA BP 20 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.290000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-02-15 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-02-15 10:12:33 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2562-MEE-0217 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BANDEJAS X 10 AMPOLLAS DE 1ML C/U + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR/INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BUTILESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA 20MG/ML SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) - A. CUM: A03BB01LPR144A3	8000	0,290000	0,000000	2.320,000000	0,000000	2.320,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	2.320,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.320,000000

Número de Items	8000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.320,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:05:18

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419551	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>14000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>14000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>14000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>26/09/2023</td><td>14000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>14000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>10000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>80000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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	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.
35260421150	Carvedilol - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: CARVEDILOL 6,250 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.013700 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-12 09:10:16 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2098-MEE-0516 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN X 100 TABLETAS (10 BLÍSTER X 10 TABLETAS) + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEPIRON - D. CONCENTRACIÓN: 6,25 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Carvedilol - A. CUM: C07AG02SOR253X0	80000	0,013700	0,000000	1.096,000000	0,000000	1.096,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.096,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.096,000000

Número de Items	80000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.096,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:05:00

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419550	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS		**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com	

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>200</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>1000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260763221	Clotrimazol - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.128000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-12 11:21:46 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2104-MEE-0516 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: VAGINAL - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN X 100 TABLETAS VAGINALES + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA VAGINAL CONTIENE: CLOTRIMAZOL 500,00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA VAGINAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLOZOL - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido vaginal - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): CLOTRIMAZOL - A. CUM: G01AF02SVG241X0	1000	0,128000	0,000000	128,000000	0,000000	128,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	128,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000

Total	128,000000

Número de Items	1000
Flete	0,000000
Total de la Orden	128,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:04:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419549	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LIFE	**Razón social:**	LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE C.A.	**RUC:**	1790013502001
Nombre del representante legal:	SIMON ISAIAS XAVIER FELIX				
Correo electrónico el representante legal:	elena.iachtchenko@life.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	elena.iachtchenko@life.com.ec		
Teléfono:	0992758976 0992758976				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	00005536154	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>5000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>004</td><td>26/09/2023</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>4600</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>28000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260741212	Cloruro de sodio - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada 1000 ml contiene: Cloruro de sodio 9,0 g - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.623600 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE C.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-04-04 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-04-04 12:47:48 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01911-MAC-04-02 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FUNDA X 500 ml - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE SODIO AL 0.9 % - D. CONCENTRACIÓN: 0,9 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cloruro de sodio - A. CUM: B05CB01LPR050F4	28000	0,623600	0,000000	17.460,800000	0,000000	17.460,800000	900000000153080913140010000000

Subtotal	17.460,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	17.460,800000

Número de Items	28000
Flete	0,000000
Total de la Orden	17.460,800000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:04:22

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419548	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LIFE	**Razón social:**	LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE C.A.	**RUC:**	1790013502001
Nombre del representante legal:	SIMON ISAIAS XAVIER FELIX				
Correo electrónico el representante legal:	elena.iachtchenko@life.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	elena.iachtchenko@life.com.ec		
Teléfono:	0992758976 0992758976				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	00005536154	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>3500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>3300</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>3300</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>3300</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>3300</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>3300</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>20000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
Firmado electrónicamente por: MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260741210	Cloruro de sodio - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-09-23 23:59:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 449-MEE-0914 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.450000 - O. ORIGEN FABRICANTE: COLOMBIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FRESENIUS MEDICAL CARE ANDINA S.A.S, BOGOTA - COLOMBIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-09-23 23:59:00 - K. CONDICIONES	20070	0,450000	0,000000	9.031,500000	0,000000	9.031,500000	900000000153080913140010000000

	DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA INFERIOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 18 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 90 UNIDADES X 100 mL + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML CONTIENE: CLORURO DE SODIO 0.9 G - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION INYECTABLE - D. CONCENTRACIÓN: 0,9 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cloruro de sodio - A. CUM: B05CB01LPR050F2							

Subtotal	9.031,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	9.031,500000

Número de Items	20070
Flete	0,000000
Total de la Orden	9.031,500000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:55:40

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419547	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS DANIVET S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS DANIVET S.A.	**RUC:**	0991413839001
Nombre del representante legal:	AGUILAR AVILES ANDREA CAROLINA				
Correo electrónico el representante legal:	danivet_servicios@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	danivet_servicios@hotmail.com		
Teléfono:	0994540374 2136702 2136701				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0028147503	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	1400

Entregas Parciales	002	26/07/2023	1400
	003	28/08/2023	1400
	004	28/09/2023	1400
	005	27/10/2023	1400
	006	27/11/2023	1000
	Total		**8000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095167	Cefuroxima - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.212300 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA S.A. LABOVIDA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-09-24 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2008-01-24 10:00:34 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GN-58-01-08 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1, Ristras x 10 Tabletas Recubiertas c/u. + PROSPECTO. - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 500 mg - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEFUROXIMA 500 mg TABLETAS RECUBIERTAS - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cefuroxima - A. CUM: J01DC02SOR241X0	8000	0,212300	0,000000	1.698,400000	0,000000	1.698,400000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.698,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.698,400000

Número de Items	8000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.698,400000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:02:27

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419546	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR	**Razón social:**	LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR CIA LTDA	**RUC:**	1790721450001
Nombre del representante legal:	SANDOVAL RUEDA EDGAR EFRAIN				
Correo electrónico el representante legal:	depventas@chalver-ecuador.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	depventas@chalver-ecuador.com.ec		
Teléfono:	0992717947 02251413				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	5537029	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ /	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	60
002	26/07/2023	48
003	28/08/2023	48
004	28/09/2023	48
005	27/10/2023	48
006	27/11/2023	48
Total		**300**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260762187	Clindamicina - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS CHALVER DE COLOMBIA S.A. BOGOTA - COLOMBIA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML CONTIENE: CLINDAMICINA FOSFATO 1.2 G (EQUIVALENTE A 1 G DE CLINDAMICINA BASE) - R. PRECIO ADJUDICADO: 3.100000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-04-11 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-04-11 12:43:04 - L. NÚMERO DE	300	3,100000	0,000000	930,000000	0,000000	930,000000	900000000153080913140010000000

	REGISTRO SANITARIO: 20.866-1-11-03 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Tópica - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 6 frascos x 30 mL c/u + Inserto - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN TÓPICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: EUROCLIN T SOLUCIÓN TÓPICA - D. CONCENTRACIÓN: 1 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido cutáneo - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clindamicina - A. CUM: D10AF01LCT052X0							

Subtotal	930,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	930,000000

Número de Items	300
Flete	0,000000
Total de la Orden	930,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:02:06

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419545	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**Razón social:**	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**RUC:**	0990347654001
Nombre del representante legal:	CARLO UNDA STEFANO ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	stefanocarlo@live.com	**Correo electrónico de la empresa:**	stefanocarlo@live.com		
Teléfono:	042253211 042256791 0995136592 0993509598				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2006007577	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	200
002	26/07/2023	200
003	28/08/2023	150
004	26/09/2023	150
005	26/10/2023	150
006	27/11/2023	150
Total		**1000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260367206	Clorpromazina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.130000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KRONOS LABORATORIOS C. LTDA. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-16 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-16 11:04:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0547-02-05 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS C/U - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 100 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA:	1000	0,130000	0,000000	130,000000	0,000000	130,000000	90000000015308091314001000000000

	COMPRIMIDOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clorpromazina - A. CUM: N05AA01SOR083X0							

Subtotal	130,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	130,000000

Número de Items	1000
Flete	0,000000
Total de la Orden	130,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:01:34

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419544	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**Razón social:**	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**RUC:**	0990347654001
Nombre del representante legal:	CARLO UNDA STEFANO ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	stefanocarlo@live.com	**Correo electrónico de la empresa:**	stefanocarlo@live.com		
Teléfono:	042253211 042256791 0995136592 0993509598				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2006007577	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	3000
002	26/07/2023	3000
003	28/08/2023	1000
004	26/09/2023	1000
005	26/10/2023	1000
006	27/11/2023	1000
Total		**10000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
Firmado electrónicamente por: MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260357115	Biperideno - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLÍSTER X 10 TABLETAS C/U (CAJA X 100 TABLETAS) - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.037211 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS KRONOS LTDA. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-15 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-15 16:59:07 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0540-02-05 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 2 MG - F. FORMA	10000	0,037211	0,000000	372,110000	0,000000	372,110000	90000000015308091314001000000000

	FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BIPERIDENO CLORHIDRATO 2MG TABLETAS - D. CONCENTRACIÓN: 2 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Biperideno - A. CUM: N04AA02SOR128X0							

Subtotal	372,110000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	372,110000

Número de Items	10000
Flete	0,000000
Total de la Orden	372,110000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:01:17

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419543	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FERBOVASA CIA. LTDA.	**Razón social:**	IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA MEDICA FERBOVASA CIA. LTDA.	**RUC:**	1791343360001
Nombre del representante legal:	MUÑOZ VASQUEZ MARIANA SUSANA				
Correo electrónico el representante legal:	ferbovasa@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ferbovasa@hotmail.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3418203704	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	

	DIAGONA SN Y SN				
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION		**Teléfono:**	052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	100
002	26/07/2023	40
003	25/08/2023	40
004	26/09/2023	40
005	27/10/2023	40
006	27/11/2023	40
Total		**300**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260740133	Calcio gluconato - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.185000 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HEBEI TIANCHENG PHARMACEUTICAL CO. LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-23 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-23 13:03:40 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2755-MEE-0517 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYO A 30 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE 5 AMPOLLAS DE PROLIPROPILENO + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL DE 10ml CONTIENE, GLUCONATO DE CALCIO 1G - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ESTERIL, NO PIROGENICA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA	300	0,185000	0,000000	55,500000	0,000000	55,500000	900000000153080913140010000000

	- E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GLUCONATO DE CALCIO SOLUCION INYECYABLE - D. CONCENTRACIÓN: 10 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Calcio gluconato - A. CUM: A12AA03LPR073A9							

Subtotal	55,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	55,500000

Número de Items	300
Flete	0,000000
Total de la Orden	55,500000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:00:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419542	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	408
002	26/07/2023	408
003	25/08/2023	408
004	26/09/2023	408

	005	26/10/2023	408
	006	27/11/2023	360
	Total		**2400**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260317123	Bupivacaina hiperbárica - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.200000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ROPSOHN LABORATORIOS S.A.S - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-01 16:39:10 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 03388-MAE-12-04 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C PROTEGIDO DE LA LUZ - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: EPIDURAL, RAQUÍDEA E INFILTRACIÓN - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 24 AMPOULEPACK (AMPOLLA PLÁSTICA) X 4 ML SOLUCIÓN C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 1 ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE CONTIENE: BUPIVACAINA LEVOGIRA CLORHIDRATO ANHIDRA 7.50 MG GLUCOSA ANHIDRA 72.70 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BUPINEST 0.75% PESADO - D. CONCENTRACIÓN: 0,75 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Bupivacaina hiperbárica - A. CUM: N01BB51LPR048A7	2400	2,200000	0,000000	5.280,000000	0,000000	5.280,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	5.280,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	5.280,000000

Número de Items	2400
Flete	0,000000
Total de la Orden	5.280,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 16:00:32

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419541	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	40
002	26/07/2023	40
003	25/08/2023	40
004	25/09/2023	40
005	26/10/2023	40
006	27/11/2023	40
Total		**240**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260907125	Buprenorfina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: 1004 - R. PRECIO ADJUDICADO: 7.450000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LTS LOHMANN THERAPIE SYSTEME AG - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-24 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-24 13:55:04 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 26.192-02-05 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 PARCHES TRANSDÉRMICOS + INSTRUCTIVO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA PARCHE TRANSDÉRMICO CONTIENE: BUPRENORFINA 20,0 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: PARCHE TRANSDÉRMICO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TRANSDÉRMICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TRANSTEC 35UG/H PARCHE TRANSDERMICO - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido cutáneo (Parche transdérmico) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Buprenorfina - A. CUM: N02AE01SCT140X0	240	7,450000	0,000000	1.788,000000	0,000000	1.788,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.788,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.788,000000

Número de Items	240
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.788,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:57:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419540	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	2000
002	26/07/2023	1000
003	25/08/2023	1000
004	26/09/2023	1000
005	26/10/2023	1000
006	27/11/2023	1000
Total		**7000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260741214	Cloruro de sodio - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 21.841-1-03-05 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.100000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Chile - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS SANDERSON S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-03-02 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-03-02 23:59:00 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:	7000	0,100000	0,000000	700,000000	0,000000	700,000000	90000000015308091314001000000000

	Conservar a temperatura no mayor a 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA CON 100 AMPOLLAS DE 10 ml + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 20% - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 20% - D. CONCENTRACIÓN: 3,4 mEq/mL (20 %) - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cloruro de sodio - A. CUM: B05XA03LPR176A9							

Subtotal	700,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	700,000000

Número de Items	7000
Flete	0,000000
Total de la Orden	700,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:56:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419539	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	3420
002	26/07/2023	3330
003	28/08/2023	3330
004	28/09/2023	3330
005	27/10/2023	3330
006	27/11/2023	3330
Total		**20070**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

	01202-MAC-1-04-11 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERS DE 10 TABLETAS C/U + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS REDONDAS DE COLOR AMARILLO BORDES BISELADOS CARAS PLANAS UNA LLANA Y OTRA RANURADA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORTALIDONA 50 MG TABLETAS NIFA - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clortalidona - A. CUM: C03BA04SOR235X0							

Subtotal	1.200,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.200,600000

Número de Items	40020
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.200,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:51:31

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260571208	Clortalidona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.030000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROPHAR S.A. SANGOLQUI - PICHINCHA - ECUADOR. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-04-12 10:20:42 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO:	40020	0,030000	0,000000	1.200,600000	0,000000	1.200,600000	900000000153080913140010000000

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.
35260347023	Ácido valpróico (sal sódica) - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N03AG01LOR168X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido valpróico (sal sódica) - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VALCOTE JARABE 250 mg / 5 mL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: JARABE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja con frasco de 120 mL + Cuchara Dosificadora + Inserto - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 25.082-04-03 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-12-19 11:22:07 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-19 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: [AR] ARGENTINA - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.750000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250 MG / 5 ML - CADA 100 ML CONTIENE: ÁCIDO VALPROICO USP 5.00 G	800	2,750000	0,000000	2.200,000000	0,000000	2.200,000000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	2.200,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.200,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.200,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:36:06

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419538	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMAYALA PHARMACEUTICAL COMPANY S.A. FPC	**RUC:**	0990013314001
Nombre del representante legal:	AYALA SALCEDO MARIO RAFAEL				
Correo electrónico el representante legal:	instituciones1@farmayala.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones1@farmayala.com		
Teléfono:	0993865771 0993865710 0984813954 0984813954 042815940 042815910				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	00010077278	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 2400 002 / 26/07/2023 / 1920 003 / 28/08/2023 / 1920 004 / 28/09/2023 / 1920 005 / 27/10/2023 / 1920 006 / 27/11/2023 / 1920 **Total** / **12000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260765189	Clindamicina - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 3 BLISTERS x 8 CAPSULAS C/U + PROSPECTO - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.096014 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INDEUREC S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-05-18 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-05-18 08:46:32 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 385-MEN-0515 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA CAPSULA CONTIENE: CLINDAMICINA 300 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLINDAMICHEM 300 MG CAPSULAS - D. CONCENTRACIÓN: 300 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clindamicina - A. CUM: J01FF01SOR186X0	12000	0,096014	0,000000	1.152,168000	0,000000	1.152,168000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.152,168000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.152,168000

Número de Items	12000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.152,168000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:55:10

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419537	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	gerencia1@grupolabovida.com	**Correo electrónico de la empresa:**	gerencia1@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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>11500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>64000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260421152	Carvedilol - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 BLÍSTERES X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.031000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA LABOVIDA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-10-02 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2018-10-02 19:52:47 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2340-MEN-1018 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 25 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARVEDILOL 25 mg - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Carvedilol - A. CUM: C07AG02SOR157X0	64000	0,031000	0,000000	1.984,000000	0,000000	1.984,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.984,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.984,000000

Número de Items	64000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.984,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:54:43

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419536	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td>004</td><td>26/09/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>600</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260839176	Ciprofloxacina - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ml CONTIENE: Ciprofloxacina Clorhidrato USP equivalente a: CIPROFLOXACINA 0.3 g - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.921000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: AHLCON PARENTERALS LIMITED - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-30 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-30 09:41:23 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2774-MEE-0517 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 VIAL X 5 ML + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION OFTALMICA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA / OCULAR - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CIPROFLOXACINA SOLUCION OFTALMICA 0.3% - D. CONCENTRACIÓN: 0,3 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oftálmico - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ciprofloxacina - A. CUM: S01AE03LOF037X0	600	0,921000	0,000000	552,600000	0,000000	552,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	552,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	552,600000

Número de Items	600
Flete	0,000000
Total de la Orden	552,600000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:54:18

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419535	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>11500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>64000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260421151	Carvedilol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.027000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EXEMED PHARMACEUTICALS - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-27 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-04-27 08:41:05 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6200-MEE-0421 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR POR DEBAJO DE 30 GRADOS CENTIGRADOS. PROTEGER DE LA LUZ Y HUMEDAD - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTON X 10 BLISTERES X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 12,5 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARVEDILOL TABLETAS RECUBIERTAS 12,5 MG - D. CONCENTRACIÓN: 12,5 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Carvedilol - A. CUM: C07AG02SOR093X0	64000	0,027000	0,000000	1.728,000000	0,000000	1.728,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.728,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.728,000000

Número de Items	64000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.728,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:53:57

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO

Orden de compra:	CE-20230002419534	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre comercial:	DISPRESFARMA	**Razón social:**	DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS DISPRESFARMA CIA. LTDA.	**RUC:**	0190411877001
Nombre del representante legal:	MONTALVO HERRERA LOURDES DEL ROCIO				
Correo electrónico el representante legal:	ROCIOMONTALVO_HERRERA@HOTMAIL.COM	**Correo electrónico de la empresa:**	ROCIOMONTALVO_HERRERA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	0998236991 072459672				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100099457	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	175
002	26/07/2023	125
003	28/08/2023	125
004	27/09/2023	125
005	26/10/2023	125
006	27/11/2023	125
Total		**800**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.

35260317122	Bupivacaina hiperbárica - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: CLORHIDRATO DE BUPIVACAINA USP EQUIVALENTE A CLORHIDRATO DE BUPIVACAINA ANHIDRA 5 MG DEXTROSA ANHIDRA USP 80 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.900000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ASMOH LABORATORIES LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-10-29 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-10-29 12:01:15 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5584-MEE-1020 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 25 ampollas x 4 ml 5 bandejas plásticas + inserto - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRATECAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORHIDRATO DE BUPIVACAINA EN DEXTROSA - D. CONCENTRACIÓN: 0,5 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Bupivacaina hiperbárica - A. CUM: N01BB51LPR041A7	800	0,900000	0,000000	720,000000	0,000000	720,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	720,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	720,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	720,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:51:27

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419533	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	BETAPHARMA S.A.	**Razón social:**	BETAPHARMA S.A.	**RUC:**	1791929675001
Nombre del representante legal:	ALDANA CELIS ROBERTO JAVIER				
Correo electrónico el representante legal:	aldanamateriales@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	aldanamateriales@hotmail.com		
Teléfono:	0982543256 0982543256 022491658 0997600982 0998605532 0997600982 0997252877 0997600982 0997252877 0997600982 0997252877 0997600982 0982543256				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3088055004	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>11500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>64000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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	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.
35260095156	Cefalexina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01DB01SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cefalexina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEFALEXINA 500 MG CAPSULAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 500 MG - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0755-06-05 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-03-10 14:44:08 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-06-09 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BETAPHARMA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.070000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLÍSTER X 10 CÁPSULAS C/U + INSERTO	64000	0,070000	0,000000	4.480,000000	0,000000	4.480,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	4.480,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	4.480,000000

Número de Items	64000
Flete	0,000000
Total de la Orden	4.480,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:50:35

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419532	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	BETAPHARMA S.A.	**Razón social:**	BETAPHARMA S.A.	**RUC:**	1791929675001
Nombre del representante legal:	ALDANA CELIS ROBERTO JAVIER				
Correo electrónico el representante legal:	aldanamateriales@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	aldanamateriales@hotmail.com		
Teléfono:	0982543256 0982543256 022491658 0997600982 0998605532 0997600982 0997252877 0997600982 0997252877 0997600982 0997252877 0997600982 0982543256				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3088055004	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>002</td><td>25/07/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>800</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260095155	Cefalexina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: J01DB01SOP168X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cefalexina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEFALEXINA 250MG/5ML POLVO PARA SUSPENSION ORAL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA SUSPENSION ORAL - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 3GR DE PRINCIPIO ACTIVO PARA RECONSTITUIR 60ML DE SUSPENSION ORAL + CUCHARA DOSIFICADORA + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0629-04-05 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-04-29 15:38:21 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-04-29 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BETAPHARMA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.784000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250 MG / 5 ML - CADA 60 ML CONTIENE CEFALEXINA MONOHIDRATO *3,155 G EQUIVALENTE A 3 G DE CEFALEXINA ANHIDRA	800	0,784000	0,000000	627,200000	0,000000	627,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	627,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	627,200000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	627,200000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:47:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419392	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	TOTALCARE PHARMA S.A.	**Razón social:**	TOTALCARE PHARMA S.A.	**RUC:**	0992893028001
Nombre del representante legal:	PAREDES ALAVA PABLO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	mparedes@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	mparedes@grupocare.ec		
Teléfono:	0989625084				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005299579	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">Edificio: HOSPITAL | Departamento: DIRECCION | Teléfono: 052690009</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Datos de entrega:</td><td>Horario de recepción de mercaderia:</td><td colspan="2">08h00 a 16h00</td></tr>
<tr><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td colspan="2">ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN</td></tr>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td colspan="3">LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>1080</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>1080</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>1080</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>1080</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>1080</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>600</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>6000</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td colspan="3">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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
Firmado electrónicamente por: MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	Firmado electrónicamente por: OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260830089	Atropina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: A03BA01LPR056A3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Atropina - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO DE ATROPINA 1MG / ML - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / SUBCUTANEA / INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2230-MEE-0616 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-06-08 14:59:05 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-06-08 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ACULIFE	6000	0,140000	0,000000	840,000000	0,000000	840,000000	900000000153080913140010000000

	HEALTHCARE PRIVATE LIMITED - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.140000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 120 AMPOLLAS POR 1ML C/U (TIRAS DE 6 AMPOLLAS X 20 TIRAS EN CAJA DE CARTÓN). - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE 1 MG							

Subtotal	840,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	840,000000

Número de Items	6000
Flete	0,000000
Total de la Orden	840,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:47:03

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419391	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	TOTALCARE PHARMA S.A.	**Razón social:**	TOTALCARE PHARMA S.A.	**RUC:**	0992893028001
Nombre del representante legal:	PAREDES ALAVA PABLO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	mparedes@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	mparedes@grupocare.ec		
Teléfono:	0989625084				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005299579	**Código de la Entidad Financiera:**	210315
Nombre de la Entidad Financiera:	BANCO BOLIVARIANO				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	270
002	26/07/2023	270
003	28/08/2023	270
004	28/09/2023	270
005	27/10/2023	270
006	27/11/2023	250
Total		**1600**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419390	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**Razón social:**	SICMAFARMA ECUADOR S.A.	**RUC:**	0992851651001
Nombre del representante legal:	REPREFAR S.A.S				
Correo electrónico el representante legal:	comercial@sicmafarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	comercial@sicmafarma.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	8179565	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>700</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>4000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260005077	Ampicilina - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 891-MEE-0415 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.150000 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: NORTH CHINA PHARMACEUTICAL CO., CHINA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-04-01 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-04-01 23:59:00 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVESE A TEMPERATURA INFERIOR A 30C EN SU ENVASE Y EMPAQUE ORIGINAL. LA SOLUCION RECONSTITUIDA - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 50 VIALES MÁS INSERTO. (SIN DILUYENTE) - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: AMPICILINA SODICA EQUIVALENTE A 1G AMPICILINA BASE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMPICILINA 1G POLVO - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ampicilina - A. CUM: J01CA01SPR061X0	4000	0,150000	0,000000	600,000000	0,000000	600,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	600,000000

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

Número de Items	4000
Flete	0,000000
Total de la Orden	600,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:40:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419389	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	SALUD EXPRESS SALUDEXPRESS CIA LTDA	**RUC:**	1792666074001
Nombre del representante legal:	GOMEZ SALAZAR RICHARD ALEJANDRO				
Correo electrónico el representante legal:	richigom@googlemail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	richigom@googlemail.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100125653	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	85
002	26/07/2023	85
003	28/08/2023	85
004	28/09/2023	85
005	27/10/2023	85
006	27/11/2023	75
Total		**500**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260839087	Atropina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.650000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: OPES HEALTHCARE PVT LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-11-14 00:00:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-11-14 00:00:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7600-MEE-1122 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO GOTERO 5 ML + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN OFTALMICA CONTIENE: SULFATO DE ATROPINA 5,00 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN OFTÁLMICA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oftálmica - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ATROPINA - D. CONCENTRACIÓN: 0,5 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido oftálmico - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Atropina - A. CUM: S01FA01LOF041X0	500	0,650000	0,000000	325,000000	0,000000	325,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	325,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	325,000000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	325,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:40:31

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419388	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	RRPGOLDEN INTEGRA IMPORTADORA S.A.	**Razón social:**	RRPGOLDEN INTEGRA IMPORTADORA S.A.	**RUC:**	1792156734001
Nombre del representante legal:	GUERRERO BURNEO RUTH HELENA				
Correo electrónico el representante legal:	rguerrero@goldenecuador.com	**Correo electrónico de la empresa:**	rguerrero@goldenecuador.com		
Teléfono:	0984117089 0983505866 0983819632 2528491 2231827 2548731 2557557 0995637250				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3413179104	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

<table>
<tr><td></td><td>Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN</td></tr>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>30</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>30</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>30</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>30</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>30</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>10</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>160</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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	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.
35260671044	Albúmina humana - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 24.100000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AT] AUSTRIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: OCTAPHARMA PHARMAZEUTIKA PRODUKTIONSGES.M.B.H - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-01-25 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-01-25 13:35:54 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 29580-01-11 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS, PROTEGER DE LA LUZ, NO CONGELAR - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO DE VIDRIO X 50 ML DE SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML DE SOLUCIÓN CONTIENEN: PROTEINAS DE PLASMA CON AL MENOS 96 % DE ALBUMINA HUMANA 20 G - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION PARA INFUSIÓN - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ALBUNORM 20% SOLUCION PARA INFUSION - D. CONCENTRACIÓN: 20 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Albúmina humana - A. CUM: B05AA01LPR139B4	160	24,100000	0,000000	3.856,000000	0,000000	3.856,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	3.856,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000

Total	3.856,000000

Número de Items	160
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.856,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:38:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419387	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>11010</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>80010</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260421067	Amlodipina - A. CUM: C08CA01SOR223X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amlodipina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VASODIL 5MG TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: BESILATO DE AMLODIPINA 6.96 MG , EQUIVALENTE A 5.00 MG DE AMLODIPINA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERES X 10 TABLETAS C/U +INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01964-MAC-05-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-19 08:32:49 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-19 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.005729 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	80010	0,005729	0,000000	458,377290	0,000000	458,377290	900000000153080913140010000000

Subtotal	458,377290
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	458,377290

Número de Items	80010
Flete	0,000000
Total de la Orden	458,377290

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:38:09

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419386	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>270</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>270</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>270</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>270</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>270</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>250</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>1600</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260845009	Aciclovir - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-11 23:59:00 - A. CUM: J05AB01SOR283X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Aciclovir - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 800 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HERPEXIL 800 MG COMPRIMIDOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO CONTIENE: ACICLOVIR 800.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 COMPRIMIDOS + INSERTO - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02501-MAC-03-03 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-12-11 08:04:50 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.094000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	1600	0,094000	0,000000	150,400000	0,000000	150,400000	900000000153080913140010000000

Subtotal	150,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	150,400000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	150,400000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:37:48

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419385	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>13800</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>11010</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>80010</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260421068	Amlodipina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: C08CA01SOR075X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amlodipina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VASODIL 10 MG TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: BESILATO DE AMLODIPINA 13.92 MG EQUIVALENTE A 10MG DE AMLODIPINA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERES X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA MENOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01965-MAC-1-03-12 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-16 13:59:48 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-16 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.007900 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	80010	0,007900	0,000000	632,079000	0,000000	632,079000	900000000153080913140010000000

Subtotal	632,079000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	632,079000

Número de Items	80010
Flete	0,000000
Total de la Orden	632,079000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:37:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419384	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 2500 002 | 26/07/2023 | 2500 003 | 28/08/2023 | 2500 004 | 28/09/2023 | 2500 005 | 27/10/2023 | 2500 006 | 27/11/2023 | 2500 **Total** | **15000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260045093	Azitromicina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: J01FA10SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Azitromicina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NOKAR 500 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE: AZITROMICINA 500MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS C/U - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 03726-MAN-07-05 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-07-06 13:38:11 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-07-06 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.110000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	15000	0,110000	0,000000	1.650,000000	0,000000	1.650,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.650,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.650,000000

Número de Items	15000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.650,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:37:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419383	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 4000 002 / 26/07/2023 / 4000 003 / 28/08/2023 / 4000 004 / 28/09/2023 / 4000 005 / 27/10/2023 / 4000 006 / 27/11/2023 / 4000 **Total** / **24000**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260347027	Ácido valpróico (sal sódica) - A. CUM: N03AG01SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido valpróico (sal sódica) - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ACIDO VALPROICO 500 MG - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: DIVALPROATO SODICO 538.200 MG EQUIVALENTE A ACIDO VALPROICO 500.0 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 755-MEN-0416 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-04-01 12:07:53 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-01 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.055550 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 4 BLISTER X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO	24000	0,055550	0,000000	1.333,200000	0,000000	1.333,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.333,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.333,200000

Número de Items	24000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.333,200000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:36:47

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419382	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	PHARMABRAND S.A.	**RUC:**	1791362160001
Nombre del representante legal:	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL				
Correo electrónico el representante legal:	pledesma.@pharmabrand.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	pledesma.@pharmabrand.com.ec		
Teléfono:	0994704331 3829620				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>11500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>10500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>64000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260301012	Ácido acetil salicílico - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: B01AC06SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido acetil salicílico - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ANTIPLAC TABLETAS CON RECUBRIMIENTO ENTERICO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS CON RECUBRIMIENTO ENTERICO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLE CON RECUBRIMIENTO ENTERICO: ACIDO ACETILSALICILICO 100.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02091-MAC-08-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-04-03 13:23:21 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-04-03 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	64000	0,008000	0,000000	512,000000	0,000000	512,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	512,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	512,000000

Número de Items	64000
Flete	0,000000
Total de la Orden	512,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:36:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419381	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	OFTALVIS S.A.	**Razón social:**	OFTALVIS S.A.	**RUC:**	1791434501001
Nombre del representante legal:	TOMALA ESPAÑA ANGELA ISABEL				
Correo electrónico el representante legal:	angela.tomala@oftalvis.com	**Correo electrónico de la empresa:**	angela.tomala@oftalvis.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005309007	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>800</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.
35260347023	Ácido valpróico (sal sódica) - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: N03AG01LOR168X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido valpróico (sal sódica) - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VALCOTE JARABE 250 mg / 5 mL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: JARABE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja con frasco de 120 mL + Cuchara Dosificadora + Inserto - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 25.082-04-03 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-12-19 11:22:07 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-19 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: [AR] ARGENTINA - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.750000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250 MG / 5 ML - CADA 100 ML CONTIENE: ÁCIDO VALPROICO USP 5.00 G	800	2,750000	0,000000	2.200,000000	0,000000	2.200,000000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	2.200,000000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.200,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.200,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:36:06

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419541	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

<table>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td>
LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>40</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>40</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>40</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>40</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/10/2023</td><td>40</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>40</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>240</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td>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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td>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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260907125	Buprenorfina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: 1004 - R. PRECIO ADJUDICADO: 7.450000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LTS LOHMANN THERAPIE SYSTEME AG - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-24 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-24 13:55:04 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 26.192-02-05 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 PARCHES TRANSDÉRMICOS + INSTRUCTIVO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA PARCHE TRANSDÉRMICO CONTIENE: BUPRENORFINA 20,0 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: PARCHE TRANSDÉRMICO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TRANSDÉRMICA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TRANSTEC 35UG/H PARCHE TRANSDERMICO - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido cutáneo (Parche transdérmico) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Buprenorfina - A. CUM: N02AE01SCT140X0	240	7,450000	0,000000	1.788,000000	0,000000	1.788,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.788,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.788,000000

Número de Items	240
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.788,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:57:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419540	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	2000
002	26/07/2023	1000
003	25/08/2023	1000
004	26/09/2023	1000
005	26/10/2023	1000
006	27/11/2023	1000
Total		**7000**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	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.
35260741214	Cloruro de sodio - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 21.841-1-03-05 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.100000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Chile - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS SANDERSON S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-03-02 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-03-02 23:59:00 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:	7000	0,100000	0,000000	700,000000	0,000000	700,000000	900000000153080913140010000000

	Conservar a temperatura no mayor a 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA CON 100 AMPOLLAS DE 10 ml + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 20% - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 20% - D. CONCENTRACIÓN: 3,4 mEq/mL (20 %) - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cloruro de sodio - A. CUM: B05XA03LPR176A9							

Subtotal	700,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	700,000000

Número de Items	7000
Flete	0,000000
Total de la Orden	700,000000

Fecha de Impresión: lunes, 12 de junio de 2023, 15:56:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419539	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	3420
002	26/07/2023	3330
003	28/08/2023	3330
004	28/09/2023	3330
005	27/10/2023	3330
006	27/11/2023	3330
Total		**20070**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

	01202-MAC-1-04-11 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERS DE 10 TABLETAS C/U + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS REDONDAS DE COLOR AMARILLO BORDES BISELADOS CARAS PLANAS UNA LLANA Y OTRA RANURADA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORTALIDONA 50 MG TABLETAS NIFA - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clortalidona - A. CUM: C03BA04SOR235X0							

Subtotal	1.200,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.200,600000

Número de Items	40020
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.200,600000

Fecha de Impresión: martes, 13 de junio de 2023, 10:51:31

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	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.
35260571208	Clortalidona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.030000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROPHAR S.A. SANGOLQUI - PICHINCHA - ECUADOR. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-04-12 10:20:42 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO:	40020	0,030000	0,000000	1.200,600000	0,000000	1.200,600000	9000000001530809131400100000000

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419380	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	NUÑEZ PEREZ RICHARD MARCELO	**RUC:**	1802603744001
Nombre del representante legal:	NUÑEZ PEREZ RICHARD MARCELO				
Correo electrónico el representante legal:	contrataciones@meinjor.com	**Correo electrónico de la empresa:**	contrataciones@meinjor.com		
Teléfono:	0999819590				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0009448853	**Código de la Entidad Financiera:**	210312	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL AUSTRO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	550
002	26/07/2023	550
003	28/08/2023	550
004	28/09/2023	550
005	27/10/2023	550
006	27/11/2023	450
Total		**3200**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260858004	Acetilcisteína - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.540000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: REMUS PHARMACEUTICALS PVT. LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-05 00:00:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-12-05 00:00:00 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7661-MEE-1222 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: No mayor a 30 °C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 AMPOLLAS DE 3 ML CON SOLUCIÓN INYECTABLE (300 MG/ 3 ML) C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE CONTIENE: ACETILCISTEÍNA 100 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Liquido parenteral - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA / INHALATORIA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: MEINFLU 100MG/ML - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Acetilcisteina - A. CUM: V03AB23LPR088A6	3200	0,540000	0,000000	1.728,000000	0,000000	1.728,000000	90000000015308091314001000000000

Subtotal	1.728,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.728,000000

Número de Items	3200
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.728,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:35:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20230002419379	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	NOVARTIS ECUADOR S.A.	**Razón social:**	NOVARTIS ECUADOR S.A.	**RUC:**	1790233332001		
Nombre del representante legal:	GABELA BAQUERO FRANCISCO JAVIER						
Correo electrónico el representante legal:	instituciones.clientes@novartis.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones.clientes@novartis.com				
Teléfono:							
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0012585047	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com				

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

<table>
<tr><td rowspan="8">Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td colspan="3">LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS</td></tr>
<tr><td>Nro</td><td>Fecha máxima de entrega</td><td>Cantidad</td></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/08/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/09/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>140</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>800</td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td colspan="3">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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260846029	Adalimumab - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 30 MESES - A. CUM: L04AB04LPR209X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Adalimumab - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 40 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HYRIMOZ - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: SUBCUTANEO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 40 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 2 BLISTER X 1 JERINGAS PRECARGADA DE 0.8 ML CADA BLISTER+ INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR BAJO REFRIGERACION A TEMPERATURA ENTRE 2 Y 8 GRADOS C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 197-MBE-0521 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-05-20 09:30:43 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-20 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SANDOZ GMBH - O. ORIGEN FABRICANTE: AUSTRIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 41.530000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	800	41,530000	0,000000	33.224,000000	0,000000	33.224,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	33.224,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	33.224,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	33.224,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:35:25

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20230002419378	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001		
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES						
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com				
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com				
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 mercaderia:**	08h00 a 16h00					
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN					

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS**

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	1400
002	26/07/2023	1400
003	28/08/2023	1400
004	26/09/2023	1400
005	26/10/2023	1400
006	27/11/2023	1000
Total		**8000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260411064	Amiodarona - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLÍSTERES X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - A. CUM: C01BD01SOR148X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amiodarona - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 200 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMIODARONA 200 MG TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CLORHIDRATO DE AMIODARONA BP 200 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2706-MEE-0517 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-08 11:17:37 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-08 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.061900 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	8000	0,061900	0,000000	495,200000	0,000000	495,200000	900000000153080913140010000000

Subtotal	495,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	495,200000

Número de Items	8000

Flete	0,000000
Total de la Orden	495,200000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:34:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419377	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**Razón social:**	NEOETHICALS CIA. LTDA.	**RUC:**	1792430526001
Nombre del representante legal:	MARTINEZ ARIAS MARIA MERCEDES				
Correo electrónico el representante legal:	mercedes.caplin@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mercedes.caplin@gmail.com		
Teléfono:	0968589142 042162308 042162178 0939579831				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	07501137	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	6000
002	26/07/2023	6000
003	28/08/2023	6000
004	28/09/2023	6000
005	27/10/2023	6000
006	27/11/2023	5000
Total		**35000**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260731084	Atorvastatina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: C10AA05SOR140X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Atorvastatina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Atorvastatina 20 mg Tabletas Recubiertas - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Atorvastatina 20 mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 10 blisteres x 10 tabletas c/u + inserto - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2120-MEE-0516 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-14 13:58:52 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-14 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CAPLIN POINT LABORATORIES LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.025400 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	35000	0,025400	0,000000	889,000000	0,000000	889,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	889,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	889,000000

Número de Items	35000

Flete	0,000000
Total de la Orden	889,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:34:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419376	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	140
002	26/07/2023	140
003	25/08/2023	140
004	25/09/2023	140
005	26/10/2023	140
006	27/11/2023	100
Total		**800**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260612030	Adapaleno - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - A. CUM: D10AD03SSC022X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Adapaleno - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DERIVA GEL ACUOSO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: GEL SEMISOLIDO DE COLOR BLANCO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 0.1% - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 TUBO X 30 G DE GEL + INSERTO - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 28988-08-09 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-08-25 13:27:59 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-08-25 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GLENMARK PHARMACEUTICALS LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: [IN] INDIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.080000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE	800	1,080000	0,000000	864,000000	0,000000	864,000000	9000000001530809131400100000000

Subtotal	864,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000

Total	864,000000

Número de Items	800
Flete	0,000000
Total de la Orden	864,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:33:58

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20230002419375	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023		
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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com				
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 mercaderia:** 08h00 a 16h00						

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	15
002	26/07/2023	5
003	28/08/2023	5
004	28/09/2023	5
005	27/10/2023	5
006	27/11/2023	5
Total		**40**

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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
3526053829	Alprostadil, Líquido parenteral, 20 mcg/mL, Caja x ampolla(s) x 1 mL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 80.000000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BAG HEALTH CARE GMBH - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-02-05 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-02-05 12:33:58 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: H3160113 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA ENTRE 2 C Y 8C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 5 AMPOLLAS DE 1 ML DE SOLUCION INYECTABLE MAS INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN CONTIENE: ALPROSTADIL 0,020000 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ALPROSTAPINT 20 mcg AMPOLLAS - D. CONCENTRACIÓN: 20 mcg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Alprostadil	40	80,000000	0,000000	3.200,000000	0,000000	3.200,000000	9000000001530809131400100000000

	- A. CUM: C01EA01LPR145A3							

Subtotal	3.200,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.200,000000

Número de Items	40
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.200,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:33:35

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419374	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	LABORATORIOS TOFIS S.A.	**RUC:**	0990000360001
Nombre del representante legal:	TORBAY LECARO EDUARDO RAUL				
Correo electrónico el representante legal:	etorbay@tofis.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	etorbay@tofis.com.ec		
Teléfono:	0987220428 0959623648 0984815440 0987166590 0987166590 042202173 042202949 042204255				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	10014225	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	VIA CHONE DIAGONA SN Y SN			
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009	

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	270
002	26/07/2023	270
003	25/08/2023	270
004	26/09/2023	270
005	26/10/2023	270
006	27/11/2023	250
Total		**1600**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260005071	Amoxicilina + Ácido clavulánico - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5 ML DE SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA CONTIENE: AMOXICILINA TRIHIDRATO 0.288 G EQUIVALENTE A AMOXICILINA 250.00 MG CLAVULANATO DE POTASIO 0.0745 G EQUIVALENTE A ÁCIDO CLAVULÁNICO 62.5 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.950000 - O. ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS TOFIS S.A. - N. FECHA DE	1600	1,950000	0,000000	3.120,000000	0,000000	3.120,000000	900000000153080913140010000000

	VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-04-06 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-04-06 13:20:18 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 337-MEN-0415 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a temperatura no mayor de 30 C lugarfresco y seco - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X UN FRASCO X 27 G + VASO DOSIFICADOR + PROSPECTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA RECONSTITUIR SUSPENSION ORAL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMOXICILINA 250mg Y ACIDO CLAVULANICO 62.5mg - D. CONCENTRACIÓN: (250 mg + 62,5 mg)/5 mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amoxicilina + Ácido clavulánico - A. CUM: J01CR02SOP008X0							

Subtotal	3.120,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.120,000000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.120,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:33:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419373	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 70 002 | 26/07/2023 | 70 003 | 25/08/2023 | 70 004 | 25/09/2023 | 70 005 | 26/10/2023 | 70 006 | 27/11/2023 | 50 **Total** | **400**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260347025	Ácido valpróico (sal sódica) - R. PRECIO ADJUDICADO: 6.700000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-01-12 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-01-12 17:11:28 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7765-MEE-0123 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN X 10 VIALES DE VIDRIO TIPO I ÁMBAR DE 5 ML C/U, CON O SIN CUNETAS O SEPARADORES + INSERTO. - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: VALPROATO DE SODIO EQUIVALENTE A 500 MG DE ÁCIDO VALPRÓICO 576,24 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VALPRAX - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido valpróico (sal sódica)	400	6,700000	0,000000	2.680,000000	0,000000	2.680,000000	90000000015308091314001000000000

	- A. CUM: N03AG01LPR088V5							

Subtotal	2.680,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.680,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.680,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:32:41

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419372	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS LACFARMA S.A.	**RUC:**	1792397294001
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 023237538 023237499				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 26/06/2023 | 70 002 | 26/07/2023 | 70 003 | 25/08/2023 | 70 004 | 25/09/2023 | 70 005 | 26/10/2023 | 70 006 | 27/11/2023 | 50 **Total** | **400**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260431031	Adenosina - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA CONTIENE: ADENOSINA 6.00 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 3.370000 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-10-19 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-10-19 11:16:26 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1475-MEE-1015 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMANCENAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 AMPOLLAS X 2 mL + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARDIMAX - D. CONCENTRACIÓN: 3 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Adenosina - A. CUM: C01EB10LPR175A4	400	3,370000	0,000000	1.348,000000	0,000000	1.348,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	1.348,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.348,000000

Número de Items	400
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.348,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:32:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419371	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LABORATORIOS ANYUPA S.A.	**Razón social:**	LABORATORIOS ANYUPA S.A.	**RUC:**	0993030961001
Nombre del representante legal:	VARGAS CABRERA ALBERTO ANDRES				
Correo electrónico el representante legal:	laboratoriosanyupasa@outlook.com	**Correo electrónico de la empresa:**	laboratoriosanyupasa@outlook.com		
Teléfono:	0996573624 0990145776 0999019672				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100152049	**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		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	100
002	26/07/2023	100
003	28/08/2023	100

	004	28/09/2023	100
	005	27/10/2023	100
	006	27/11/2023	100
	Total		**600**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260778043	Albendazol - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.045200 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA LABOVIDA S.A. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-06-10 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-06-10 12:57:20 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2679-MEN-0620 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 20 BLÍSTER X 10 TABLETAS MASTICABLES C/U + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 400 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA PLANA DE COLOR ROSADO SIN RANURA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ALBENDAZOL 400 mg TABLETAS MASTICABLES - D. CONCENTRACIÓN: 400 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Albendazol - A. CUM: P02CA03SOR211X0	600	0,045200	0,000000	27,120000	0,000000	27,120000	900000000153080913140010000000

Subtotal	27,120000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	27,120000

Número de Items	600
Flete	0,000000
Total de la Orden	27,120000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:32:01

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419370	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**Razón social:**	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**RUC:**	0990347654001
Nombre del representante legal:	CARLO UNDA STEFANO ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	stefanocarlo@live.com	**Correo electrónico de la empresa:**	stefanocarlo@live.com		
Teléfono:	042253211 042256791 0995136592 0993509598				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2006007577	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	270
002	26/07/2023	270
003	28/08/2023	270
004	28/09/2023	270
005	27/10/2023	270
006	27/11/2023	250
Total		**1600**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260005074	Amoxicilina - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - G. CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 G DE POLVO CONTIENE: AMOXICILINA TRIHIDRATO POLVO 9.459 G * EQUIVALENTE A AMOXICILINA ANHIDRA 8.108 G - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.834000 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KRONOS LABORATORIOS CIA. LTDA. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-09-07 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-09-07 12:31:05 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-1296-09-09 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO	1600	0,834000	0,000000	1.334,400000	0,000000	1.334,400000	900000000153080913140010000000

	MAYOR A 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 1 FRASCO DE CAPACIDAD DE 120 ML CON 60 G DE POLVO PARA RECONSTITUÍR 100 ML DE SUSPENSION + DOSIFICADOR + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: KRO AMOXICILINA 250MG/5ML. POLVO PARA SUSPENSION ORAL - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg/5 mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): AMOXICILINA - A. CUM: J01CA04SOP168X0							

Subtotal	1.334,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.334,400000

Número de Items	1600
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.334,400000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:31:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419369	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**Razón social:**	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**RUC:**	0990347654001
Nombre del representante legal:	CARLO UNDA STEFANO ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	stefanocarlo@live.com	**Correo electrónico de la empresa:**	stefanocarlo@live.com		
Teléfono:	042253211 042256791 0995136592 0993509598				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2006007577	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA	

	SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	2670
002	26/07/2023	2670
003	28/08/2023	2670
004	28/09/2023	2670
005	27/10/2023	2670
006	27/11/2023	2670
Total		**16020**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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	Persona que autoriza	Máxima Autoridad
MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES
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.
35260809003	Acetazolamida - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 TABLETAS C/U (CAJA X 30 TABLETAS) - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.150000 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KRONOS LABORATORIOS C. LTDA. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-05-05 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-05-05 12:56:59 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0645-05-05 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER EN TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - G. CONCENTRACION	16020	0,150000	0,000000	2.403,000000	0,000000	2.403,000000	900000000153080913140010000000

	ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ACETAZOLAMIDA 250mg TABLETAS - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Acetazolamida - A. CUM: S01EC01SOR165X0							

Subtotal	2.403,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.403,000000

Número de Items	16020
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.403,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:31:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419368	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				
DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**Razón social:**	KRONOS LABORATORIOS C. LTDA.	**RUC:**	0990347654001
Nombre del representante legal:	CARLO UNDA STEFANO ALBERTO				
Correo electrónico el representante legal:	stefanocarlo@live.com	**Correo electrónico de la empresa:**	stefanocarlo@live.com		
Teléfono:	042253211 042256791 0995136592 0993509598				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2006007577	**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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	SN		
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h00 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN		

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	6000
002	28/07/2023	6000
003	28/08/2023	6000
004	28/09/2023	6000
005	27/10/2023	6000
006	27/11/2023	5010
Total		**35010**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260731086	Atorvastatina - A. CUM: C10AA05SOR281X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Atorvastatina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 80 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LIPI-KRON 80MG TABLETAS RECUBIERTAS - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 80 MG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5997-MAN-02-11 - M. FECHA DE EMISIÓN	35010	0,230000	0,000000	8.052,300000	0,000000	8.052,300000	900000000153080913140010000000

	DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-02-15 14:12:17 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-15 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KRONOS LABORATORIOS CIA. LTDA. - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.230000 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 BLISTER X 6 TABLETAS RECUBIERTAS (Caja x 30 tabletas recubiertas)							

Subtotal	8.052,300000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	8.052,300000

Número de Items	35010
Flete	0,000000
Total de la Orden	8.052,300000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:30:48

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419367	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	INTERBIOTIK CIA. LTDA.	**RUC:**	1792902975001
Nombre del representante legal:	CHUMAÑA SOLANO ANDREA STEFANIA				
Correo electrónico el representante legal:	contrataciones@interbiotik.com	**Correo electrónico de la empresa:**	contrataciones@interbiotik.com		
Teléfono:	022850070 0958899597				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0009448977	**Código de la Entidad Financiera:**	210312
Nombre de la Entidad Financiera:	BANCO DEL AUSTRO				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	1380

Entregas Parciales	002	26/07/2023	1380
	003	28/08/2023	1380
	004	28/09/2023	1380
	005	27/10/2023	1380
	006	27/11/2023	1110
	Total		**8010**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260901021	Ácido tranexámico - G. CONCENTRACION ESPECIFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CON PELICULA CONTIENE: ACIDO TRANEXAMICO BP 500 MG - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.389000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INNOVA CAPTAP LTD. - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-11-30 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-11-30 15:51:43 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7657-MEE-1122 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: No mayor a 30C - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Via oral - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERS X 10 TABLETAS RECUBIERTAS C/U + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Sólido oral - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ACIDO TRANEXAMICO TABLETAS RECUBIERTAS 500MG - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido tranexámico - A. CUM: B02AA02SOR241X0	8010	0,389000	0,000000	3.115,890000	0,000000	3.115,890000	900000000153080913140010000000

Subtotal	3.115,890000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.115,890000

Número de Items	8010
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.115,890000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:30:33

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419366	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	INTERBIOTIK CIA. LTDA.	**RUC:**	1792902975001
Nombre del representante legal:	CHUMAÑA SOLANO ANDREA STEFANIA				
Correo electrónico el representante legal:	contrataciones@interbiotik.com	**Correo electrónico de la empresa:**	contrataciones@interbiotik.com		
Teléfono:	022850070 0958899597				
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0009448977	**Código de la Entidad Financiera:**	210312
Nombre de la Entidad Financiera:	BANCO DEL AUSTRO				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com		

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	250

Entregas Parciales	002	27/07/2023	250
	003	28/08/2023	250
	004	28/09/2023	250
	005	27/10/2023	250
	006	27/11/2023	250
	Total		**1500**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260910015	Ácido ascórbico (Vitamina C) - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6405-MEE-0621 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.150000 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CISEN PHARMACEUTICAL CO., LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-06-30 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-06-30 22:21:37 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: NO MAYOR A 30 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 AMPOLLAS X 5 ML + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA 5 ML CONTIENE: ÁCIDO ASCÓRBICO 500 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Líquido parenteral - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Ácido ascórbico Vitamina C - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg/mL - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido ascórbico (Vitamina C) - A. CUM: A11GA01LPR088A8	1500	0,150000	0,000000	225,000000	0,000000	225,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	225,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	225,000000

Número de Items	1500
Flete	0,000000
Total de la Orden	225,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:30:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419365	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	GYKORMED S.A.	**RUC:**	0992689943001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	gykormed@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	gykormed@hotmail.com		
Teléfono:	2817484				

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	400
002	26/07/2023	400
003	28/08/2023	400
004	28/09/2023	400
005	27/10/2023	400
006	27/11/2023	400
Total		**2400**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260005072	Amoxicilina + Ácido clavulánico - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.990000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROTECH BIOSYSTEMS PVT LTD - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-12-15 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-12-15 23:03:33 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 552-MEE-1214 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVESE A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C,PROTEGIDO DE LA LUZ YHUMEDAD - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO VIAL X 1.2 G DE POLVO PARA RECONSTITUIR + 20 ML DE AGUA ESTÉRIL + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL	2400	0,990000	0,000000	2.376,000000	0,000000	2.376,000000	900000000153080913140010000000

	MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: AMOXICILINA SÓDICA BP ESTÉRIL EQUIVALENTE A AMOXICILINA 1000 MG CLAVULANATO DE POTASIO BP ESTÉRIL EQUIVALENTE A ÁCIDO CLAVULANICO 200 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO ESTERIL PARA INYECCION - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg + 200 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amoxicilina + Ácido clavulánico - A. CUM: J01CR02SPR063X0							

Subtotal	2.376,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.376,000000

Número de Items	2400
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.376,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:29:40

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419364	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	GENECOM	**Razón social:**	GENECOM CIA. LTDA.	**RUC:**	1792066921001
Nombre del representante legal:	CARRERA LOZA RUBEN DARIO				
Correo electrónico el representante legal:	compraspublicas@genecom.com.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	compraspublicas@genecom.com.ec		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3366959304	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 125 002 / 27/07/2023 / 75 003 / 28/08/2023 / 75 004 / 27/09/2023 / 75 005 / 27/10/2023 / 75 006 / 27/11/2023 / 75 **Total** / **500**
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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260411063	Amiodarona - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - A. CUM: C01BD01LPR239A6 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amiodarona - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMIODARONA CLORHIDRATO 150 mg / 3 mL - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 25 ampollas de 3 mL de solución inyectable c/u + inserto. - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5767-MEE-1220 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-12-14 14:25:31 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-12-14 23:59:00 - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ADS PHARMA S.A.S. - O. ORIGEN FABRICANTE: COLOMBIA - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.608100 - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 150 mg/3mL - 50 mg/mL	500	0,608100	0,000000	304,050000	0,000000	304,050000	900000000153080913140010000000

Subtotal	304,050000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	304,050000

Número de Items	500
Flete	0,000000
Total de la Orden	304,050000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:29:17

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419363	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	FRESENIUS KABI S.A	**Razón social:**	FRESENIUS KABI S.A	**RUC:**	0991312080001
Nombre del representante legal:	VILLIEU . RENAN FRANCOIS ALAIN EMMANUEL				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:	023825572 0988974528 023825572 045091003 0988974528				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0005038417	**Código de la Entidad Financiera:**	210315	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO BOLIVARIANO

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:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

	DIAGONA SN Y SN			
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009	

Datos de entrega:

Horario de recepción de mercaderia:	08h00 a 16h00
Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	26/06/2023	40
002	26/07/2023	20
003	25/08/2023	10
004	25/09/2023	10
005	27/10/2023	10
006	27/11/2023	10
Total		**100**

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 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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260741061	Aminoácidos - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN CONTIENE: LISOLEUCINA 5.200 MG L-LEUCINA 8.900 MG L-METIONINA 3.800 MG L-LICINA ACETATO 15.660 MG L-FENILALANINA 5.500 MG L-TREONINA 5.500 MG L-ARGININA 20.000 MG L-HISTIDINA 7.300 MG L-ALANINA 25.000 MG GLICINA 18.500 MG L-PROLINA 17.000 mg L- SERINA 9.600 mg L-TIROSINA 0.400 mg TAURINA 2.000 mg - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 6.810000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AT] AUSTRIA	100	6,810000	0,000000	681,000000	0,000000	681,000000	900000000153080913140010000000

	- P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS FRESENIUS KABI AUSTRIA GMBH - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-08-13 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-08-13 08:57:42 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 361470812 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 FRASCOS X 500 ML + PROSPECTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN ESTERIL INCOLORA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMINOVEN 15% SOLUCION PARA INFUSION - D. CONCENTRACIÓN: 15 % - C. FORMA FARMACEUTICA: Liquido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Aminoácidos - A. CUM: B05BA01LPR105H6							

Subtotal	681,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	681,000000

Número de Items	100
Flete	0,000000
Total de la Orden	681,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:25:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419362	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 3500 002 / 26/07/2023 / 3500 003 / 25/08/2023 / 3500 004 / 25/09/2023 / 3500 005 / 26/10/2023 / 3500 006 / 27/11/2023 / 2520 **Total** / **20020**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260421083	Atenolol - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: ATENOLOL 100 MG - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.024000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MACLEODS PHARMACEUTICALS LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-26 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-26 19:28:21 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2192-MEE-0516 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 2 BLISTER X 14 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ATENOLOL TABLETAS RECUBIERTAS - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Atenolol - A. CUM: C07AB03SOR083X0	20020	0,024000	0,000000	480,480000	0,000000	480,480000	900000000153080913140010000000

Subtotal	480,480000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	480,480000

Número de Items	20020
Flete	0,000000
Total de la Orden	480,480000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:24:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419361	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN

Tipo de entrega requerido: Entrega Definitiva (Total)	**Fecha máxima de entrega:**	24/06/2023	**Cantidad:**	50
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260905054	Amfotericina B - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: ANFOTERICINA B 50 MG - R. PRECIO ADJUDICADO: 5.312000 - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BHARAT SERUMS AND VACCINES LIMITED - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-01-10 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-01-10 18:41:44 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 618-MEE-0115 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: REFRIGERACIÓN DE 2 A 8 GRADOS CENTÍGRADOS - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 50 FRASCOS AMPOLLAS EN VIDRIO BOROSILICATO TIPO I, 10ML C/U, TAPON DE GOMA Y AGRAFE DE ALUMINIO Y MÁS INSERTO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FUNGIPLUS - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amfotericina B - A. CUM: J02AA01SPR235X0	50	5,312000	0,000000	265,600000	0,000000	265,600000	900000000153080913140010000000

Subtotal	265,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	265,600000

Número de Items	50
Flete	0,000000
Total de la Orden	265,600000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:22:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419360	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	.	**Razón social:**	FARMABION DEL ECUADOR C.A.	**RUC:**	1792488761001
Nombre del representante legal:	QUITO RODRIGUEZ MARIUXI DEL PILAR				
Correo electrónico el representante legal:	mariuxi.quito@farmabion.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mariuxi.quito@farmabion.com		
Teléfono:	0958937162 0988552910 0988580315 0988552910 023808890				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100077490	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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 mercaderia:**	08h00 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN				

Tipo de entrega requerido: Entregas Parciales	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 26/06/2023 / 6000 002 / 27/07/2023 / 6000 003 / 25/08/2023 / 6000 004 / 25/09/2023 / 6000 005 / 27/10/2023 / 6000 006 / 27/11/2023 / 5000 **Total** / **35000**
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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES

Persona que autoriza

Nombre: DR. OMAR RODRÍGUEZ PAREDES

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.
35260731085	Atorvastatina - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.099000 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: M/S THEON PHARMACEUTICALS LTD. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-20 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-12-20 10:07:46 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6866-MEE-1221 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTON X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 40 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ATORVASTATINA TABLETAS 40 MG - D. CONCENTRACIÓN: 40 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Atorvastatina - A. CUM: C10AA05SOR209X0	35000	0,099000	0,000000	3.465,000000	0,000000	3.465,000000	900000000153080913140010000000

Subtotal	3.465,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.465,000000

Número de Items	35000
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.465,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:22:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20230002419359	**Fecha de emisión:**	07-06-2023	**Fecha de aceptación:**	09-06-2023
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	BOEHRINGER INGELHEIM DEL ECUADOR CIA. LTDA.	**RUC:**	1790280179001
Nombre del representante legal:	DOTTI RATTI MARCELO JOSE				
Correo electrónico el representante legal:	marcelo.dotti@boehringer-ingelheim.com	**Correo electrónico de la empresa:**	marcelo.dotti@boehringer-ingelheim.com		
Teléfono:	0989430419 023979900 0989430419				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3044636604	**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
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, SUBDIRECTORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	jebc79@gmail.com

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

<table>
<tr><td rowspan="2">Datos de entrega:</td><td>Horario de recepción de mercaderia:</td><td>08h00 a 16h00</td></tr>
<tr><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td>ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA; BQF. BRYAN AGILA CELI, TÉCNICO AFÍN</td></tr>
<tr><td>Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales</td><td colspan="2">LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS
<table>
<tr><th>Nro</th><th>Fecha máxima de entrega</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>001</td><td>26/06/2023</td><td>4</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/07/2023</td><td>4</td></tr>
<tr><td>003</td><td>25/08/2023</td><td>4</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/09/2023</td><td>4</td></tr>
<tr><td>005</td><td>27/10/2023</td><td>2</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/11/2023</td><td>2</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>20</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Nota:</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td>Observación:</td><td colspan="2">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 Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, nuevas instalaciones del Hospital Miguel H. Alcívar. Favor comunicarse a los números de celular Ing. Paúl Bravo Barreto, Responsable de Bodega: 0967463027; Administradora de Orden de Compra: Dra. Judy Bandera Córdova, contacto: 0989819338 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; paulbravoec@gmail.com</td></tr>
</table>

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.

MARIA JANETH SALAZAR CEVALLOS	OMAR FABRICIO RODRIGUEZ PAREDES	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.
35260631052	Alteplasa - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - R. PRECIO ADJUDICADO: 521.000000 - O. ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA GMBH &CO. KG. - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-02 23:59:00 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-05-02 10:14:29 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 29776-05-11 - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 2 VIALES + 2 VIALES DE SOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE + 2 CANULAS + PROSPECTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL	20	521,000000	0,000000	10.420,000000	0,000000	10.420,000000	900000000153080913140010000000

	MEDICAMENTO: 50MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO LIOFILIZADO Y SOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ACTILYSE 50MG - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Alteplasa - A. CUM: B01AD02SPR235X0							

Subtotal	10.420,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	10.420,000000

Número de Items	20
Flete	0,000000
Total de la Orden	10.420,000000

Fecha de Impresión: viernes, 9 de junio de 2023, 15:20:58