ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767659	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	richard.np20@gmail.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CORDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: ING. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA GENERAL

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	1230
002	24/02/2025	1230
003	26/03/2025	1230
004	25/04/2025	1230
005	26/05/2025	1230
006	25/06/2025	1230
Total		**7380**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260858004	Acetilcisteína - A. CUM: V03AB23LPR088A6 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Acetilcisteína - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg/ mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: MEINFLU 100MG/ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Líquido parenteral - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE CONTIENE: ACETILCISTEÍNA 100 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 AMPOLLAS DE 3 ML CON SOLUCIÓN INYECTABLE (300 MG/ 3 ML) C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA / INHALATORIA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: No mayor a 30 °C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7661-MEE-1222 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-12-05 00:00:00 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-05 00:00:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: REMUS PHARMACEUTICALS PVT. LTD - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.540000	7380	0,540000	0,000000	3.985,200000	0,000000	3.985,200000	900000000353080913140010000000

Subtotal	3.985,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.985,200000

Número de Items	7380
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.985,200000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:13:27

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767662	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CORDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA GENERAL				

<table>
<tr><td rowspan="9">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>23/01/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>400</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>400</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>400</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>2700</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260845009	Aciclovir - 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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-11 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.094000	2700	0,094000	0,000000	253,800000	0,000000	253,800000	900000000353080913140010000000

Subtotal	253,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	253,800000

Número de Items	2700
Flete	0,000000
Total de la Orden	253,800000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:14:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767660	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	lacfarma@lacfarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	lacfarma@lacfarma.com		
Teléfono:	0988073794 023237538 023237499				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0000656164	**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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CORDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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 12h00 y de 13h30 a 16h00</td></tr>
<tr><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td>ING. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA GENERAL</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>23/01/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>3200</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260902014	Ácido alendrónico (Alendronato sódico) - A. CUM: M05BA04SOR269X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido alendrónico (Alendronato sódico) - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 70 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ENDRONAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 70 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 100 TABLETAS + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2549-MEE-0217 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-02-07 16:31:32 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-02-07 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE:	3200	0,032900	0,000000	105,280000	0,000000	105,280000	900000000353080913140010000000

	PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.032900							

Subtotal	105,280000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	105,280000

Número de Items	3200
Flete	0,000000
Total de la Orden	105,280000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:13:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767668	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	serviciocliente2@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	serviciocliente2@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entregas Parciales**	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 23/01/2025 / 90 002 / 24/02/2025 / 90 003 / 26/03/2025 / 90 004 / 25/04/2025 / 90 005 / 26/05/2025 / 90 006 / 25/06/2025 / 90 **Total** / **540**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260602018	Ácido fusídico - A. CUM: D06AX01SSC123X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido fusídico - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 2 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ÁCIDO FUSÍDICO CREMA 2 % p/p - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA BLANCA A BLANQUECINA SUAVE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 20 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 15 G + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 oC - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2029-MEE-0416 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-04-20 11:15:37 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-20 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: AUROCHEM LABORATORIES (I) PVT. LDT. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.890000	540	0,890000	0,000000	480,600000	0,000000	480,600000	900000000353080913140010000000

Subtotal	480,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	480,600000

Número de Items	540
Flete	0,000000
Total de la Orden	480,600000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:52:47

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767665	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	oftalvis@gmail.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	180
002	24/02/2025	160
003	26/03/2025	160
004	25/04/2025	160
005	26/05/2025	160
006	25/06/2025	155
Total		**975**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260347023	Ácido valpróico (sal sódica) - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: JARABE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250 MG / 5 ML - CADA 100 ML CONTIENE: ÁCIDO VALPROICO USP 5.00 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja con frasco de 120 mL + Cuchara Dosificadora + Inserto - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AR] ARGENTINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.750000	975	2,750000	0,000000	2.681,250000	0,000000	2.681,250000	90000000035308091314001000000000

Subtotal	2.681,250000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.681,250000

Número de Items	975
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.681,250000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:51:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767666	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	oftalvis@gmail.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	9000
002	24/02/2025	8850
003	26/03/2025	8850
004	25/04/2025	8850
005	26/05/2025	8850
006	25/06/2025	8850
Total		**53250**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260347026	Ácido valpróico (sal sódica) - A. CUM: N03AG01SOR165X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ácido valpróico (sal sódica) - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VALCOTE 250 mg TABLETAS RECUBIERTAS - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: DIVALPROATO DE SODIO 269.06 MG EQUIVALENTE A 250.00 MG DE ACIDO VALPRÓICO - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA-FRASCO X 30 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR ATEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 25.139-05-03 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2003-05-14 15:20:23 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-01-12 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AR] ARGENTINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES	53250	0,160000	0,000000	8.520,000000	0,000000	8.520,000000	900000000353080913140010000000

	- R. PRECIO ADJUDICADO: 0.160000							

Subtotal	8.520,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	8.520,000000

Número de Items	53250
Flete	0,000000
Total de la Orden	8.520,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:52:09

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767667	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

<table>
<tr><td></td><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td>DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA</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>23/01/2025</td><td>225</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>225</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>225</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>225</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>225</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>225</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>1350</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260671044	Albúmina humana - A. CUM: B05AA01LPR139B4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Albúmina humana - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 20 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ALBUNORM 20% SOLUCION PARA INFUSION - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION PARA INFUSIÓN - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML DE SOLUCIÓN CONTIENEN: PROTEINAS DE PLASMA CON AL MENOS 96 % DE ALBUMINA HUMANA 20 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO DE VIDRIO X 50 ML DE SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C, PROTEGER DE LA LUZ. NO CONGELAR - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 29580-01-11 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-01-25 13:35:54 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-01-25 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AT] AUSTRIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: OCTAPHARMA PHARMAZEUTIKA PRODUKTIONSGES.M.B.H; OCTAPHARMA PRODUKTIONSGESELLSCHAFT DEUTSCHLAND MBH - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 24.100000	1350	24,100000	0,000000	32.535,000000	0,000000	32.535,000000	90000000035308091314001000000000

Subtotal	32.535,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	32.535,000000

Número de Items	1350
Flete	0,000000
Total de la Orden	32.535,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:52:31

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767663	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	augusto.boada@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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>08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00</td></tr>
<tr><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td>DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA</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>23/01/2025</td><td>2</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>2</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>2</td></tr>
<tr><td>004</td><td>26/04/2025</td><td>2</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>2</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>2</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>12</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260631052	Alteplasa - A. CUM: B01AD02SPR235X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Alteplasa - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ACTILYSE 50MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO LIOFILIZADO Y SOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 2 VIALES + 2 VIALES DE SOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE + 2 CANULAS + PROSPECTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 ºC - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 29776-05-11 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO:	12	521,000000	0,000000	6.252,000000	0,000000	6.252,000000	900000000353080913140010000000

	2011-05-02 10:14:29 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-02 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA GMBH &CO. KG. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 521.000000							

Subtotal	6.252,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	6.252,000000

Número de Items	12
Flete	0,000000
Total de la Orden	6.252,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:14:56

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767664	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	VALLEJO CAMACHO JUAN FRANCISCO				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:					

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

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

Datos de entrega:

Horario de recepción de mercaderia:	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	20
002	24/02/2025	20
003	26/03/2025	20
004	25/04/2025	20
005	26/05/2025	10
006	25/06/2025	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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260741061	Aminoácidos - A. CUM: B05BA01LPR105H6 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Aminoácidos - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 15 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMINOVEN 15% SOLUCION PARA INFUSION - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN ESTERIL INCOLORA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML DE SOLUCIÓN CONTIENE: LISOLEUCINA 5.200 MG L-	100	6,810000	0,000000	681,000000	0,000000	681,000000	900000000353080913140010000000

	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 - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 FRASCOS X 500 ML + PROSPECTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 361470812 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-08-13 08:57:42 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-08-13 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AT] AUSTRIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS FRESENIUS KABI AUSTRIA GMBH - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 6.810000							

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: jueves, 9 de enero de 2025, 14:51:24

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767678	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>23/01/2025</td><td>18150</td></tr>
<tr><td>002</td><td>25/02/2025</td><td>18120</td></tr>
<tr><td>003</td><td>27/03/2025</td><td>18120</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>18120</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>18120</td></tr>
<tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>18120</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>108750</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 5 MG TABLETAS - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.005729	108750	0,005729	0,000000	623,028750	0,000000	623,028750	900000000353080913140010000000

Subtotal	623,028750
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	623,028750

Número de Items	108750
Flete	0,000000
Total de la Orden	623,028750

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:01:11

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767677	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>23/01/2025</td><td>18450</td></tr><tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>18450</td></tr><tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>18450</td></tr><tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>18450</td></tr><tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>18450</td></tr><tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>18450</td></tr><tr><td colspan="2">Total</td><td>110700</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260421068	Amlodipina - 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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.007900	110700	0,007900	0,000000	874,530000	0,000000	874,530000	900000000353080913140010000000

Subtotal	874,530000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	874,530000

Número de Items	110700
Flete	0,000000
Total de la Orden	874,530000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:00:42

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767674	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	institucionalestofis@labtofis.com		
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	240
002	24/02/2025	220
003	26/03/2025	220
004	25/04/2025	220
005	26/05/2025	220
006	25/06/2025	220
Total		**1340**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260005071	Amoxicilina + Ácido clavulánico - A. CUM: J01CR02SOP008X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Amoxicilina + Ácido clavulánico - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - D. CONCENTRACIÓN: (250 mg + 62,5 mg)/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AMOXICILINA 250mg Y ACIDO CLAVULANICO 62.5mg - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA RECONSTITUIR SUSPENSION ORAL - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5 ML DE SUSPENSIÓN	1340	1,950000	0,000000	2.613,000000	0,000000	2.613,000000	900000000353080913140010000000

	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 - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X UN FRASCO X 27 G + VASO DOSIFICADOR + PROSPECTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a temperatura no mayor de 30 C lugarfresco y seco - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 337-MEN-0415 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-04-06 13:20:18 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-04-06 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS TOFIS S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.950000							

Subtotal	2.613,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.613,000000

Número de Items	1340
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.613,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:59:41

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767672	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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@kronoslaboratorios.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:							
	Provincia:	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA			

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	190
002	24/02/2025	190
003	26/03/2025	190
004	25/04/2025	190
005	26/05/2025	190
006	25/06/2025	190
Total		**1140**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260005074	Amoxicilina - A. CUM: J01CA04SOP168X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): AMOXICILINA - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral (polvo) - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: KRO AMOXICILINA 250MG/5ML. POLVO PARA SUSPENSION ORAL - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 G DE POLVO CONTIENE: AMOXICILINA TRIHIDRATO POLVO 9.459 G * EQUIVALENTE A AMOXICILINA ANHIDRA 8.108 G - 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 - I. VIA DE	1140	0,834000	0,000000	950,760000	0,000000	950,760000	90000000035308091314001000000000

	ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-1296-09-09 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-09-07 12:31:05 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-09-07 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KRONOS LABORATORIOS CIA. LTDA. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.834000							

Subtotal	950,760000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	950,760000

Número de Items	1140
Flete	0,000000
Total de la Orden	950,760000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:58:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767681	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	serviciocliente2@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	serviciocliente2@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entregas Parciales**	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 23/01/2025 | 240 002 | 25/02/2025 | 240 003 | 28/03/2025 | 240 004 | 29/04/2025 | 240 005 | 29/05/2025 | 240 006 | 30/06/2025 | 240 **Total** | **1440**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260830089	Atropina - A. CUM: A03BA01LPR056A3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Atropina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO DE ATROPINA 1MG / ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE 1 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 120 AMPOLLAS POR 1ML C/U (TIRAS DE 6 AMPOLLAS X 20 TIRAS EN CAJA DE CARTÓN). - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / SUBCUTANEA / INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ACULIFE HEALTHCARE PRIVATE LIMITED - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.140000	1440	0,140000	0,000000	201,600000	0,000000	201,600000	900000000353080913140010000000

Subtotal	201,600000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	201,600000

Número de Items	1440
Flete	0,000000

Total de la Orden	201,600000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:02:10

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767626	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	glucosamina@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entrega Definitiva (Total)**	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	4500
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;			

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525011056	Azatioprina - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada tableta contiene: AZATIOPRINA 50,0 mg - CONCENTRACIÓN: 50 MG - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 °C - CUM: L04AX01SOR329X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-02-03 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-03 23:59:00. - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AZATIOPRINA 50 MG - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 651-MEN-0216 - ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - PRECIO ADJUDICADO: 0,164900 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): AZATIOPRINA - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS BIOGENET SCC - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral	4500	0,164900	0,000000	742,050000	0,000000	742,050000	900000000353080913140010000000

Subtotal	742,050000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	742,050000

Número de Items	4500
Flete	0,000000
Total de la Orden	742,050000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:10:48

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767675	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>23/01/2025</td><td>375</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>375</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>375</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>375</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>375</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>375</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>2250</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260602109	Betametasona - A. CUM: D07AC01SSC022X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Betametasona - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BETAMETASONA 0.1% CREMA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 G DE CREMA CONTIENE: BETAMETASONA VALERATO* 0.12 G EQUIVALENTE A BETAMETASONA 0.10 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 15 G + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TÓPICA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 886-MEN-0716 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-07-05 12:00:14 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-05 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.500000	2250	1,500000	0,000000	3.375,000000	0,000000	3.375,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	3.375,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.375,000000

Número de Items	2250
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.375,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:00:02

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767671	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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@kronoslaboratorios.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:							
	Provincia:	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00			
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA			

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	2500
002	24/02/2025	2200
003	26/03/2025	2200
004	25/04/2025	2200
005	26/05/2025	2200
006	25/06/2025	2200
Total		**13500**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260357115	Biperideno - A. CUM: N04AA02SOR128X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Biperideno - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 2 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BIPERIDENO CLORHIDRATO 2MG TABLETAS - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 2 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLÍSTER X 10 TABLETAS C/U (CAJA X 100 TABLETAS) - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBN-0540-02-05 - M. FECHA DE EMISIÓN	13500	0,037211	0,000000	502,348500	0,000000	502,348500	900000000353080913140010000000

	DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-15 16:59:07 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-15 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS KRONOS LTDA. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.037211							

Subtotal	502,348500
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	502,348500

Número de Items	13500
Flete	0,000000
Total de la Orden	502,348500

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:55:22

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767670	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**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:	0997934147 22546226				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	23/01/2025	120
002	24/02/2025	100
003	27/03/2025	100
004	28/04/2025	100
005	28/05/2025	100
006	30/06/2025	100
Total		**620**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260740133	Calcio gluconato - A. CUM: A12AA03LPR073A9 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Calcio gluconato - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 10 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GLUCONATO DE CALCIO SOLUCION INYECYABLE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ESTERIL, NO PIROGENICA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL DE 10ml CONTIENE, GLUCONATO DE CALCIO 1G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE 5 AMPOLLAS DE PROLIPROPILENO + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2755-MEE-0517 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-23 13:03:40 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL	620	0,185000	0,000000	114,700000	0,000000	114,700000	900000000353080913140010000000

	REGISTRO SANITARIO: 2027-05-23 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HEBEI TIANCHENG PHARMACEUTICAL CO. LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.185000							

Subtotal	114,700000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	114,700000

Número de Items	620
Flete	0,000000
Total de la Orden	114,700000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:55:05

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767676	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>23/01/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>25/02/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>27/03/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>90000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260900135	Calcitriol - 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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.050000	90000	0,050000	0,000000	4.500,000000	0,000000	4.500,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	4.500,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	4.500,000000

Número de Items	90000
Flete	0,000000
Total de la Orden	4.500,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:00:27

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767673	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	lacfarma@lacfarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	lacfarma@lacfarma.com		
Teléfono:	0988073794 023237538 023237499				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0000656164	**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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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>08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00</td></tr>
<tr><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td>DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA</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>23/01/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>15000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>90000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260421150	Carvedilol - A. CUM: C07AG02SOR253X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Carvedilol - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 6,25 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEPIRON - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: CARVEDILOL 6,250 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTÓN X 100 TABLETAS (10 BLÍSTER X 10 TABLETAS) + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2098-MEE-0516	90000	0,013700	0,000000	1.233,000000	0,000000	1.233,000000	900000000353080913140010000000

	- M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-05-12 09:10:16 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-05-12 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.013700							

Subtotal	1.233,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.233,000000

Número de Items	90000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.233,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:58:54

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767680	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	serviciocliente2@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	serviciocliente2@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entregas Parciales**	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** | **Fecha máxima de entrega** | **Cantidad** 001 | 23/01/2025 | 2900 002 | 25/02/2025 | 2870 003 | 27/03/2025 | 2870 004 | 28/04/2025 | 2870 005 | 28/05/2025 | 2870 006 | 30/06/2025 | 2870 **Total** | **17250**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095157	Cefazolina - A. CUM: J01DB04SPR061X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cefazolina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Cefazolina Sódica 1 g Polvo para reconstituir solución inyectable - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO CRISTALINO BLANCO A BLANQUECINO, PRÁCTICAMENTE INODORO O SÓLIDO. - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: 1.1 G DE CEFAZOLINA SÓDICA EQUIVALENTE A 1.0 G DE CEFAZOLINA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 10 viales x 1 g de cefazolina c/u + inserto - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4919-MEE-0120 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-01-04 09:10:59 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-01-04 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: REYOUNG PHARMACEUTICAL CO., LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.380000	17250	0,380000	0,000000	6.555,000000	0,000000	6.555,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	6.555,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	6.555,000000

Número de Items	17250
Flete	0,000000
Total de la Orden	6.555,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:01:53

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767669	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	maria.lucero@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>23/01/2025</td><td>125</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>125</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>125</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>125</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>125</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>125</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>750</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095159	Cefotaxima - A. CUM: J01DD01SPR061X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cefotaxima - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEFOTAXIMA 1000 mg - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: CEFOTAXIMA SÓDICA 1082.00 MG EQUIVALENTE A CEFOTAXIMA 1000.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 vial 1000 mg de principio activo Cefotaxima + 1 ampolla de 10 mL de agua estéril + prospecto - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR/INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C. - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6958-MEE-0122 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-01-31 11:22:18 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-01-31 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INNOVA CAPTAB LTD - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.670000	750	0,670000	0,000000	502,500000	0,000000	502,500000	900000000353080913140010000000

Subtotal	502,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	502,500000

Número de Items	750
Flete	0,000000
Total de la Orden	502,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:53:05

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767679	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	serviciocliente2@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	serviciocliente2@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>23/01/2025</td><td>750</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>750</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>750</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>750</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>750</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>750</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>4500</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095161	Ceftazidima - A. CUM: J01DD02SPR061X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Ceftazidima - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 000 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Ceftazidima 1 g Polvo para reconstituir solución inyectable - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO BLANCO A BLANQUECINO. SOLUCION RECONSTITUIDA CLARA E INCOLORA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: CEFTAZIDIMA PENTAHIDRATO 1.16 G EQUIVALENTE A 1.0 G DE CEFTAZIDIMA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 VIALES + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4935-MEE-0120 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2020-01-15 16:46:06 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-01-15 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: REYOUNG PHARMACEUTICAL CO., LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.720000	4500	0,720000	0,000000	3.240,000000	0,000000	3.240,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	3.240,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.240,000000

Número de Items	4500
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.240,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:01:33

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767697	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad

Entregas Parciales	001	27/01/2025	2750
	002	26/02/2025	2750
	003	28/03/2025	2750
	004	29/04/2025	2750
	005	29/05/2025	2750
	006	30/06/2025	2750
	Total		**16500**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;		

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095167	Cefuroxima - A. CUM: J01DC02SOR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cefuroxima - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CEFUROXIMA 500 mg TABLETAS RECUBIERTAS - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 500 mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1, Ristras x 10 Tabletas Recubiertas c/u. + PROSPECTO. - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR DE 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GN-58-01-08 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2008-01-24 10:00:34 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-09-24 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA S.A. (LABOVIDA S.A.) - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.212300	16500	0,212300	0,000000	3.502,950000	0,000000	3.502,950000	900000000353080913140010000000

Subtotal	3.502,950000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.502,950000

Número de Items	16500
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.502,950000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:07:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767700	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>27/01/2025</td><td>1600</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>1300</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>1300</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>1300</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>1300</td></tr>
<tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>1300</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>8100</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260835178	Ciprofloxacina - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE : CIPROFLOXAZINO CLORHIDRATO 582.30 EQUIVALENTE A 500 MG DE CIPROFLOXACINA BASE - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CADA UNO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.028300	8100	0,028300	0,000000	229,230000	0,000000	229,230000	900000000353080913140010000000

Subtotal	229,230000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	229,230000

Número de Items	8100
Flete	0,000000
Total de la Orden	229,230000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:09:00

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767701	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<table>
<tr><td rowspan="9">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>24/01/2025</td><td>360</td></tr>
<tr><td>002</td><td>25/02/2025</td><td>360</td></tr>
<tr><td>003</td><td>27/03/2025</td><td>360</td></tr>
<tr><td>004</td><td>29/04/2025</td><td>360</td></tr>
<tr><td>005</td><td>29/05/2025</td><td>330</td></tr>
<tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>330</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>2100</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260045185	Claritromicina - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE:CLARITROMICINA 500.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01768-MAC-01-02 - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.100000	2100	0,100000	0,000000	210,000000	0,000000	210,000000	900000000353080913140010000000

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

Número de Items	2100
Flete	0,000000
Total de la Orden	210,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:09:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767696	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/01/2025	6
002	26/02/2025	6
003	28/03/2025	6
004	29/04/2025	6
005	29/05/2025	6
006	30/06/2025	0
Total		**30**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260762187	Clindamicina - A. CUM: D10AF01LCT052X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clindamicina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 1 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: EUROCLIN T SOLUCIÓN TÓPICA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN TÓPICA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 ML CONTIENE: CLINDAMICINA FOSFATO 1.2 G (EQUIVALENTE A 1 G DE CLINDAMICINA BASE) - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 6 frascos x 30 mL c/u + Inserto	30	3,100000	0,000000	93,000000	0,000000	93,000000	900000000353080913140010000000

	- I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Tópica - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 20.866-1-11-03 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-04-11 12:43:04 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-04-11 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS CHALVER DE COLOMBIA S.A. BOGOTA - COLOMBIA - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 3.100000							

Subtotal	93,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	93,000000

Número de Items	30
Flete	0,000000
Total de la Orden	93,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:07:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767704	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<table>
<tr><td rowspan="9">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>28/01/2025</td><td>3480</td></tr>
<tr><td>002</td><td>28/02/2025</td><td>3450</td></tr>
<tr><td>003</td><td>01/04/2025</td><td>3450</td></tr>
<tr><td>004</td><td>02/05/2025</td><td>3450</td></tr>
<tr><td>005</td><td>03/06/2025</td><td>3450</td></tr>
<tr><td>006</td><td>04/07/2025</td><td>3450</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>20730</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260631197	Clopidogrel - A. CUM: B01AC04SOR271X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clopidogrel - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 75 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLOPIDOGREL - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.018000	20730	0,018000	0,000000	373,140000	0,000000	373,140000	900000000353080913140010000000

Subtotal	373,140000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	373,140000

Número de Items	20730
Flete	0,000000
Total de la Orden	373,140000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:10:40

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767706	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

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

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/01/2025	19500
002	28/02/2025	19500
003	01/04/2025	19500
004	02/05/2025	19500
005	03/06/2025	19500
006	03/07/2025	19500
Total		**117000**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260571207	Clortalidona - A. CUM: C03BA04SOR157X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clortalidona - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORTALIDONA 25 MG TABLETA NIFA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA LIGERAMENTE AMARILLO UNA CARA LLANA Y LA OTRA RANURADA - G.	117000	0,030000	0,000000	3.510,000000	0,000000	3.510,000000	900000000353080913140010000000

	CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 25 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERES DE 10 TABLETAS C/U MAS INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 399-MEN-0515 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-05-26 11:58:54 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-05-26 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROPHAR S.A - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.030000							

Subtotal	3.510,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.510,000000

Número de Items	117000
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.510,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:14:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767705	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

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

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/01/2025	12750
002	26/02/2025	12750
003	28/03/2025	12750
004	29/04/2025	12750
005	30/05/2025	12750
006	01/07/2025	12750
Total		**76500**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260571208	Clortalidona - A. CUM: C03BA04SOR235X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Clortalidona - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORTALIDONA 50 MG TABLETAS NIFA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS REDONDAS DE COLOR AMARILLO BORDES BISELADOS CARAS PLANAS UNA LLANA Y OTRA RANURADA	76500	0,030000	0,000000	2.295,000000	0,000000	2.295,000000	900000000353080913140010000000

	- G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERS DE 10 TABLETAS C/U + PROSPECTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01202-MAC-1-04-11 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-04-12 10:20:42 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-04-12 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: PROPHAR S.A. SANGOLQUI - PICHINCHA - ECUADOR. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.030000							

Subtotal	2.295,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.295,000000

Número de Items	76500
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.295,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:10:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767693	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	VALLEJO CAMACHO JUAN FRANCISCO				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:					

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

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

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	4140
002	25/02/2025	3960
003	28/03/2025	3960
004	28/04/2025	3960
005	28/05/2025	3960
006	27/06/2025	3960
Total		**23940**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260741210	Cloruro de sodio - A. CUM: B05CB01LPR050F2 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cloruro de sodio - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 0,9 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION INYECTABLE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL	23940	0,450000	0,000000	10.773,000000	0,000000	10.773,000000	90000000035308091314001000000000

	MEDICAMENTO: CADA 100 ML CONTIENE: CLORURO DE SODIO 0.9 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 90 UNIDADES X 100 mL + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA INFERIOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 449-MEE-0914 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-09-23 23:59:00 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-09-23 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: COLOMBIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FRESENIUS MEDICAL CARE ANDINA S.A.S - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.450000							

Subtotal	10.773,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	10.773,000000

Número de Items	23940
Flete	0,000000
Total de la Orden	10.773,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:04:21

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767812	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>1040</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>1040</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>1040</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>1040</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>1040</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/06/2025</td><td>1040</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>6240</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260741211	Cloruro de sodio - A. CUM: B05CB01LPR050F3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cloruro de sodio - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 0,9 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE SODIO AL 0.9 % - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 1000 ML CONTIENE: CLORURO DE SODIO 9,0 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FUNDA X 250 ml - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01911-MAC-04-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-04-04 12:47:48 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-04-04 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE C.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.530000	6240	0,530000	0,000000	3.307,200000	0,000000	3.307,200000	900000000353080913140010000000

Subtotal	3.307,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.307,200000

Número de Items	6240
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.307,200000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:48:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767893	**Fecha de emisión:**	09-01-2025	**Fecha de aceptación:**	13-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>28/01/2025</td><td>6250</td></tr>
<tr><td>002</td><td>27/02/2025</td><td>6250</td></tr>
<tr><td>003</td><td>31/03/2025</td><td>6250</td></tr>
<tr><td>004</td><td>01/05/2025</td><td>6250</td></tr>
<tr><td>005</td><td>02/06/2025</td><td>6250</td></tr>
<tr><td>006</td><td>02/07/2025</td><td>6250</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>37500</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260741212	Cloruro de sodio - A. CUM: B05CB01LPR050F4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cloruro de sodio - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 0,9 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE SODIO AL 0.9 % - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada 1000 ml contiene: Cloruro de sodio 9,0 g - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FUNDA X 500 ml - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01911-MAC-04-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-04-04 12:47:48 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-04-04 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE C.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.623600	37500	0,623600	0,000000	23.385,000000	0,000000	23.385,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	23.385,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	23.385,000000

Número de Items	37500
Flete	0,000000
Total de la Orden	23.385,000000

Fecha de Impresión: lunes, 13 de enero de 2025, 16:19:56

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767694	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**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:	0997934147 22546226				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	900
002	26/02/2025	900
003	28/03/2025	900
004	29/04/2025	900
005	29/05/2025	900
006	30/06/2025	900
Total		**5400**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260741209	Cloruro de potasio - A. CUM: B05XA01LPR127A9 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): CLORURO DE POTASIO - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 2 mEq/ mL (14,9 %) - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CLORURO DE POTASIO CONCENTRADO SOLUCION INYECTABLE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 10 ML CONTIENE: CLORURO DE POTASIO 1.5 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 5 AMPOLLAS DE 10 ML EN BANDEJA PLÁSTICA DE PVC + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7641-MEE-1122 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO:	5400	0,130000	0,000000	702,000000	0,000000	702,000000	900000000353080913140010000000

	2022-11-25 09:38:54 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-11-25 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CISEN PHARMACEUTICAL CO. LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.130000							

Subtotal	702,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	702,000000

Número de Items	5400
Flete	0,000000
Total de la Orden	702,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:04:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767708	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	serviciocliente2@grupocare.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	serviciocliente2@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>24/01/2025</td><td>27500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>27500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>27500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>27500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>27500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>27500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>165000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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) - A. CUM: A11DB00SOR013X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Complejo B: Tiamina (Vitamina B1) - Piridoxina (Vitamina B6) - Cianocobalamina (Vitamina B12) - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 4 mg - 1 mg - 1 mcg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VITAMINA COMPLEJO B TABLETAS RECUBIERTAS - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - 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 - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 10 blísteres x 10 tabletas recubiertas c/u + inserto - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2763-MEE-0517 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-25 10:14:07 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-25 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: AUROCHEM PHARMACEUTICALS (INDIA) PVT. LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.014550	165000	0,014550	0,000000	2.400,750000	0,000000	2.400,750000	900000000353080913140010000000

Subtotal	2.400,750000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.400,750000

Número de Items	165000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.400,750000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:15:34

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767702	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>27/01/2025</td><td>5</td></tr>
<tr><td>002</td><td>27/02/2025</td><td>5</td></tr>
<tr><td>003</td><td>31/03/2025</td><td>5</td></tr>
<tr><td>004</td><td>30/04/2025</td><td>5</td></tr>
<tr><td>005</td><td>30/05/2025</td><td>5</td></tr>
<tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>30</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095238	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima) - A. CUM: J01EE01LOR007X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima) - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - D. CONCENTRACIÓN: (200 mg + 40 mg)/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: BITRIM SUSPENSION 200/40MG/5ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSION ORAL - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5ML CONTIENE : SULFAMETOXAZOL 200.00 MG TRIMETOPRIM 40.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 100 ML C/U DE SUSPENSIÓN ORAL+ INSERTO + VASO DOSIFICADOR. - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02067-MAC-1-03-12 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-13 13:03:08 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-13 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. PARA PHARMABRAND S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.450000	30	0,450000	0,000000	13,500000	0,000000	13,500000	900000000353080913140010000000

Subtotal	13,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	13,500000

Número de Items	30
Flete	0,000000
Total de la Orden	13,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:09:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767703	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entregas Parciales**	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 27/01/2025 / 1600 002 / 27/02/2025 / 1600 003 / 31/03/2025 / 1400 004 / 30/04/2025 / 1400 005 / 02/06/2025 / 1400 006 / 02/07/2025 / 1400 **Total** / **8800**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.027900	8800	0,027900	0,000000	245,520000	0,000000	245,520000	900000000353080913140010000000

Subtotal	245,520000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	245,520000

Número de Items	8800
Flete	0,000000
Total de la Orden	245,520000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:10:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767707	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	REJETI SASINDRA				
Correo electrónico el representante legal:	sasi@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	ecuador@appssevenpharma.net		
Teléfono:	0993784639 0984340137				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>24/01/2025</td><td>900</td></tr>
<tr><td>002</td><td>25/02/2025</td><td>800</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>700</td></tr>
<tr><td>004</td><td>29/04/2025</td><td>700</td></tr>
<tr><td>005</td><td>29/05/2025</td><td>700</td></tr>
<tr><td>006</td><td>01/07/2025</td><td>700</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>4500</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260834259	Dexametasona - A. CUM: H02AB02LPR203A4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): DEXAMETASONA - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 4 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DEXAMETASONA SODIO FOSFATO INYECCION 4mg/ml - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE DEXAMETASONA SODIO FOSFATO 4.4 MG EQUIVALENTE A 4MG DE DEXAMETASONA FOSFATO - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BANDEJA X 100 AMPOLLAS X 2ML + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7702-MEE-1222 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-12-13 15:27:57 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-13 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SANJIVANI PARANTERAL LIMITED - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.095000	4500	0,095000	0,000000	427,500000	0,000000	427,500000	900000000353080913140010000000

Subtotal	427,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	427,500000

Número de Items	4500
Flete	0,000000
Total de la Orden	427,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:14:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767695	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/01/2025	40
002	26/02/2025	40
003	28/03/2025	30
004	29/04/2025	30
005	29/05/2025	30
006	30/06/2025	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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260387262	Dexmedetomidina - A. CUM: N05CM18LPR341Y1 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dexmedetomidina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mcg/mL (0,1 mg/mL) - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: IMAPREN - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA FRASCO VIAL DE 2 mL CONTIENE: 200 ug - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 5 VIALES DE 2 mL + INSERTO - I. VIA DE	200	1,212000	0,000000	242,400000	0,000000	242,400000	900000000353080913140010000000

	ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: COLOMBIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS CHALVER DE COLOMBIA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.212000							

Subtotal	242,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	242,400000

Número de Items	200
Flete	0,000000
Total de la Orden	242,400000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:05:35

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767690	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	0987619558 0967594221 0967594221 0990464548 0990600510 0990415710 0990464548 0990600510 0990415710 0990464548 0990600510 0990415710 0990464548 0990600510 0990415710				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	750
002	24/02/2025	750
003	26/03/2025	750
004	25/04/2025	750
005	26/05/2025	750
006	25/06/2025	750
Total		**4500**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260832269	Diclofenaco - A. CUM: M01AB05LPR160A6 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Diclofenaco - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML SOLUCIÓN INYECTABLE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 3 ML CONTIENE: DICLOFENACO SÓDICO 75 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 50 AMPOLLAS X 3 ML C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a temperatura no mayor a 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE2740913 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-09-02 23:59:00 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-09-02 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [PE] PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MEDIFARMA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.048290	4500	0,048290	0,000000	217,305000	0,000000	217,305000	900000000353080913140010000000

Subtotal	217,305000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	217,305000

Número de Items	4500
Flete	0,000000
Total de la Orden	217,305000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:02:25

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767692	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	noemi.salas@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

Nombres Razón Social del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	MILTON ANTONIO QUINTEROS LOOR		
Ruc apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	0105284038	**Correo electrónico del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:**	milton.quinteros@farmabion.com

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ

	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	1500
002	24/02/2025	1500
003	26/03/2025	1500
004	25/04/2025	1500
005	27/05/2025	1500
006	26/06/2025	1500
Total		**9000**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260901283	Diltiazem - A. CUM: C08DB01SOR256X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Diltiazem - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 60 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DILTIAZEM CLORHIDRATO COMPRIMIDO RECUBIERTO 60 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDO RECUBIERTO - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: DILTIAZEM CLORHIDRATO 60 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1809-MEE-0216 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-02-19 19:13:30 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-19 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CARITAS HEALTHCARE PVT. LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.055030	9000	0,055030	0,000000	495,270000	0,000000	495,270000	900000000353080913140010000000

Subtotal	495,270000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	495,270000

Número de Items	9000
Flete	0,000000
Total de la Orden	495,270000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:03:44

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767811	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	VALLEJO CAMACHO JUAN FRANCISCO				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:					

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

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

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	60
002	25/02/2025	50
003	27/03/2025	40
004	28/04/2025	40
005	28/05/2025	40
006	27/06/2025	40
Total		**270**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260431289	Dobutamina - A. CUM: C01CA07LPR239A8 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Dobutamina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DOBUTAMINA SOLUCION INYECTABLE 250 mg/ 5ml - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 5 ML CONTIENE: DOBUTAMINA CLORHIDRATO 280.0 MG EQUIVALENTE A 250 MG	270	1,220000	0,000000	329,400000	0,000000	329,400000	900000000353080913140010000000

	DE DOBUTAMINA - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 BLISTER X 10 AMPOLLAS DE 5 ml + PROSPECTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: GBE-0538-02-05 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-14 12:16:07 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-14 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO SANDERSON S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.220000							

Subtotal	329,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	329,400000

Número de Items	270
Flete	0,000000
Total de la Orden	329,400000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:47:09

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767691	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	noemi.salas@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				
Nombres Razón Social del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	MILTON ANTONIO QUINTEROS LOOR				
Ruc apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	0105284038	**Correo electrónico del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:**	milton.quinteros@farmabion.com		
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ

	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	1500
002	25/02/2025	1500
003	28/03/2025	1500
004	28/04/2025	1500
005	28/05/2025	1500
006	30/06/2025	1500
Total		**9000**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260025297	Doxiciclina - A. CUM: J01AA02SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Doxiciclina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DOXICICLINA HICLATO COMPRIMIDOS 100 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE: DOXICICLINA HICLATO 120 MG EQUIVALENTE A DOXICICLINA 100 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1760-MEE-0216 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-02-03 19:30:13 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-02-03 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: CARITAS HEALTHCARE PVT. LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.073100	9000	0,073100	0,000000	657,900000	0,000000	657,900000	900000000353080913140010000000

Subtotal	657,900000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	657,900000

Número de Items	9000
Flete	0,000000
Total de la Orden	657,900000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:02:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767751	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	VALLEJO CAMACHO JUAN FRANCISCO				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:					

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

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

Datos de entrega:

Horario de recepción de mercaderia:	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/01/2025	20
002	27/02/2025	20
003	31/03/2025	10
004	30/04/2025	10
005	02/06/2025	10
006	02/07/2025	10
Total		**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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260741306	Emulsiones grasas (lípidos) - A. CUM: B05BA02LPR139C3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Emulsiones grasas (lípidos) - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 20 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SMOFLIPID 200 mg/mL EMULSION PARA INFUSION - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: EMULSION - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: ACEITE DE SOYA 60.0 MG TRIGLICERIDOS DE	80	7,772000	0,000000	621,760000	0,000000	621,760000	900000000353080913140010000000

	CADENA MEDIA 60.0 MG ACEITE DE OLIVA 50.0 MG ACEITE DE PESCADO RICO EN OMEGA 3. 30.0 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FRASCO DE VIDRIO 10 X 500 ML + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 30256-06-12 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-06-25 15:59:06 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-06-25 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [AT] AUSTRIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FRESENIUS KABI AUSTRIA GMBH, - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 18 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 7.772000							

Subtotal	621,760000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	621,760000

Número de Items	80
Flete	0,000000
Total de la Orden	621,760000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:18:42

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767762	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entregas Parciales**	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 24/01/2025 / 7710 002 / 25/02/2025 / 7680 003 / 27/03/2025 / 7590 004 / 28/04/2025 / 7590 005 / 28/05/2025 / 7590 006 / 30/06/2025 / 7590 **Total** / **45750**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260421308	Enalapril - A. CUM: C09AA02SOR223X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Enalapril - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARDIOL 5 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: ENALAPRIL MALEATO 5.000MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 RISTRAS X 10 TABLETAS + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.014000	45750	0,014000	0,000000	640,500000	0,000000	640,500000	900000000353080913140010000000

Subtotal	640,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	640,500000

Número de Items	45750
Flete	0,000000
Total de la Orden	640,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:28:21

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767761	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>5500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>5500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>5000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>5000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>5000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>5000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>31000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260421309	Enalapril - A. CUM: C09AA02SOR075X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Enalapril - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 10 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CARDIOL 10 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: ENALAPRIL MALEATO 10.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 RISTRAS X 10 TABLETAS C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.010920	31000	0,010920	0,000000	338,520000	0,000000	338,520000	900000000353080913140010000000

Subtotal	338,520000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	338,520000

Número de Items	31000
Flete	0,000000
Total de la Orden	338,520000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:28:01

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767756	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	lacfarma@lacfarma.com	**Correo electrónico de la empresa:**	lacfarma@lacfarma.com		
Teléfono:	0988073794 023237538 023237499				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0000656164	**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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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>08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00</td></tr>
<tr><td>Responsable de recepción de mercaderia:</td><td>DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA</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>24/01/2025</td><td>8900</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>8800</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>8700</td></tr>
<tr><td>004</td><td>30/04/2025</td><td>8700</td></tr>
<tr><td>005</td><td>02/06/2025</td><td>8700</td></tr>
<tr><td>006</td><td>02/07/2025</td><td>8700</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>52500</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260571333	Espironolactona - A. CUM: C03DA01SOR157X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Espironolactona - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 25 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: ESPIRONOLACTONA - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE ESPIRONOLACTONA- 25,00 mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLÍSTER X 10 TABLETAS CADA BLÍSTER + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2626-MEE-0317	52500	0,025800	0,000000	1.354,500000	0,000000	1.354,500000	900000000353080913140010000000

	- M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-03-29 15:09:44 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-29 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS AC FARMA S.A - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.025800							

Subtotal	1.354,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.354,500000

Número de Items	52500
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.354,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:22:11

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767749	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	0987619558 0967594221 0967594221 0990464548 0990600510 0990415710 0990464548 0990600510 0990415710 0990464548 0990600510 0990415710 0990464548 0990600510 0990415710				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	225
002	24/02/2025	200
003	26/03/2025	200
004	25/04/2025	200
005	26/05/2025	200
006	25/06/2025	100
Total		**1125**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260193335	Estradiol valerato + Noretisterona enantato - A. CUM: G03AA05LPR009C6 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Estradiol valerato + Noretisterona enantato - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: (5 mg + 50 mg)/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SOLUNA 5 SOLUCION INYECTABLE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: ENANTATO DE NORETISTERONA 50 mgVALERATO DE ESTRADIOL 5 mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 AMPOLLA X 1ML + INSERTO + JERINGA - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSEVAR A TEMPERATURA NO MAYOR 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5447-MAE-04-09 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2009-04-06 16:24:51 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-04-06 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [PE] PERU - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MEDIFARMA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.488000	1125	0,488000	0,000000	549,000000	0,000000	549,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	549,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	549,000000

Número de Items	1125
Flete	0,000000
Total de la Orden	549,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:17:22

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767624	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	farmalight_gye@hotmail.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entrega Definitiva (Total)**	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	54000
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;			

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525011196	Ferroso sulfato - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Hierro 50,00 mg - CONCENTRACIÓN: 50 MG (EQUIVALENTE A HIERRO ELEMENTAL) - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30° C - CUM: B03AA07SOR329X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2013-02-28 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-02-28 - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA, BICONVEXA, RANURADA - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO FERROSO TABLETAS 250 mg (50 mg DE HIERRO) - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 02678-MAC-05-03 - ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - PRECIO ADJUDICADO: 0,050000 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 20 Blísteres x 10 Tabletas c/u - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): FERROSO SULFATO - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIO VIDA S.A. (LABOVIDA S.A.) - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral	54000	0,050000	0,000000	2.700,000000	0,000000	2.700,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	2.700,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.700,000000

Número de Items	54000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.700,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:09:58

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767763	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>27/01/2025</td><td>12000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>12000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>12000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>12000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>12000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/06/2025</td><td>12000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>72000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260347395	Gabapentina - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.039000	72000	0,039000	0,000000	2.808,000000	0,000000	2.808,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	2.808,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.808,000000

Número de Items	72000
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.808,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:28:48

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767755	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**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:	0997934147 22546226				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/01/2025	150
002	28/02/2025	120
003	01/04/2025	120
004	02/05/2025	120
005	02/06/2025	120
006	04/07/2025	120
Total		**750**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260095400	Gentamicina - A. CUM: J01GB03LPR210A4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Gentamicina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 40 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: GENTAMICINA SOLUCION INYECTABLE 80 mg/2 ml - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada ampolla de 2 ml contiene Gentamicina Sulfato?122,32 mg Equivalente a 80 mg de Gentamicina - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 10 AMPOLLAS DE 2 ML + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 8175-MEE-0623 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-06-30 12:22:24 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-06-30	750	0,090000	0,000000	67,500000	0,000000	67,500000	900000000353080913140010000000

	23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: CHINA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: TIANJIN KINGYORK GROUP HUBEI TIANYAO PHARMACEUTICAL CO. LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24P - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.090000							

Subtotal	67,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	67,500000

Número de Items	750
Flete	0,000000
Total de la Orden	67,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:21:25

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767625	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	VALLEJO CAMACHO JUAN FRANCISCO				
Correo electrónico el representante legal:	tender-ec@fresenius-kabi.com	**Correo electrónico de la empresa:**	tender-ec@fresenius-kabi.com		
Teléfono:					

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:							
	Provincia:	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

	Y SN			
	Edificio: HOSPITAL	**Departamento:** DIRECCION	**Teléfono:** 052690009	
Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA		
Tipo de entrega requerido: **Entrega Definitiva (Total)**	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	900
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;			

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525011221	Haloperidol - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5 MG / 1 ML - CONCENTRACIÓN: 5 mg/ mL - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 °C - CUM: N05AD01LPR320A0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-12 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-12 - FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HALOPERIDOL 5 mg/1ml SOLUCIÓN INYECTABLE - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO:	900	0,170000	0,000000	153,000000	0,000000	153,000000	900000000353080913140010000000

	GBE-00133-1-04-07 - ORIGEN FABRICANTE: [CL] CHILE - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 - PRECIO ADJUDICADO: 0.170000 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X NIDO X 100 AMPOLLAS X 1ML CADA UNA - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Haloperidol - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS SANDERSON S.A. - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular / Intravenosa							

Subtotal	153,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	153,000000

Número de Items	900
Flete	0,000000
Total de la Orden	153,000000

Fecha de Impresión: jueves, 16 de enero de 2025, 14:29:31

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767757	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	90
002	26/02/2025	90
003	28/03/2025	85
004	29/04/2025	85
005	29/05/2025	85
006	30/06/2025	85
Total		**520**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260367411	Haloperidol decanoato - A. CUM: N05AD01LPR239A3 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Haloperidol - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DEP 50 mg/ml. SOLUCION INYECTABLE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 50 mg/ml. - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 cuna x 1 ampolla x 1 ml + Prospecto adjunto - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: No mayor a 30C. - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 5681-MAN-01-10 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2010-01-04 22:32:50 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-01-04 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL	520	7,200000	0,000000	3.744,000000	0,000000	3.744,000000	900000000353080913140010000000

	FABRICANTE: ACROMAX LABORATORIO QUIMICO FARMACEUTICO S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 7.200000							

Subtotal	3.744,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.744,000000

Número de Items	520
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.744,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:26:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767750	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	noemi.salas@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				
Nombres Razón Social del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	MILTON ANTONIO QUINTEROS LOOR				
Ruc apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	0105284038	**Correo electrónico del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:**	milton.quinteros@farmabion.com		
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ

	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/01/2025	250
002	27/02/2025	250
003	31/03/2025	250
004	30/04/2025	250
005	02/06/2025	250
006	02/07/2025	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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260124423	Hidrocortisona - A. CUM: H02AB09SPR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Hidrocortisona, succinato sódico - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HIDROCORTISONA SUCCIONATO DE SODIO PARA INYECCIÓN 100 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO SECO PARA INYECCION - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: HIDROCORTISONA SUCCINATO DE SODIO TAMPONADO (ESTÉRIL) EQUIVALENTE A HIDROCORTISONA 100 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO VIAL X 100MG DE POLVO PARA RECONSTITUIR CON 2ML DE SOLVENTE + AMPOLLA X 5ML DE SOLVENTE + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7529-MEE-1022 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-10-03 12:59:26 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-03 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SKYMAP HEALTHCARE PVT. LTD. (POLVO PARA RECONSTITUIR)/ AXA PARENTALS LTD (SOLVENTE) - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.349000	1500	0,349000	0,000000	523,500000	0,000000	523,500000	900000000353080913140010000000

Subtotal	523,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	523,500000

Número de Items	1500
Flete	0,000000
Total de la Orden	523,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:18:05

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767752	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	125
002	25/02/2025	110
003	27/03/2025	110
004	28/04/2025	110
005	28/05/2025	110
006	27/06/2025	110
Total		**675**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260124424	Hidrocortisona - A. CUM: H02AB09SPR241X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Hidrocortisona, succinato sódico - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 500 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HIDROCORTIF 500 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION	675	1,580000	0,000000	1.066,500000	0,000000	1.066,500000	900000000353080913140010000000

	ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA FRASCO UNA DOSIS CONTIENE: HIDROCORTISONA HEMISUCCINATO 640 MG, EQUIVALENTE A HIDROCORTISONA BASE 500 mg - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR/ INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: MANTENER A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7.981-1-01-04 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-01-10 12:54:43 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-01-10 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE C.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.580000							

Subtotal	1.066,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.066,500000

Número de Items	675
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.066,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:19:03

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767758	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	5
002	24/02/2025	4
003	26/03/2025	4
004	25/04/2025	4
005	26/05/2025	4
006	25/06/2025	4
Total		**25**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260845442	Inmunoglobulina anti D - A. CUM: J06BB01LPR185X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Inmunoglobulina anti D - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 300 mcg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Rhophylac 300 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Cada 2 ml de solución inyectable contiene: Inmunoglobulina Humana Anti -D 300 µg 1500 UI - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 blíster x 1 jeringa prellenada con 2 ml de solución inyectable y 1 aguja para inyección + prospecto - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular/Intravenosa - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ENTRE +2 C Y +8 C. NO CONGELAR. MANTENER LA JERINGA EN EL BLISTER Y EN EL EMBALAJE ORIGINAL - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 220-MBE-1221 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL	25	72,670000	0,000000	1.816,750000	0,000000	1.816,750000	900000000353080913140010000000

	REGISTRO SANITARIO: 2021-12-23 00:10:22 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-23 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: SUIZA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FAB. API Y FAB. PT: CSL BEHRING AG - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 72.670000							

Subtotal	1.816,750000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.816,750000

Número de Items	25
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.816,750000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:26:47

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767760	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	oftalvis@gmail.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	450
002	24/02/2025	450
003	26/03/2025	450
004	25/04/2025	450
005	26/05/2025	450
006	25/06/2025	450
Total		**2700**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260100450	Insulina glargina - A. CUM: A10AE04LPR090X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Insulina glargina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 100 UI/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LANTUS 100 UNIDADES / ml SOLUCION INYECTABLE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - SOLUCION INCOLORA TRANSPARENTE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA VIAL CONTIENE: 3ML - INSULINA GLARGINA 10.9134 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 APLICADOR SOLOSTAR CON CARTUCHO DE 3ml - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: SUBCUTANEA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA 2-8°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 24.489-05-02 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-05-21 12:32:05 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-21 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SANOFI-	2700	7,480000	0,000000	20.196,000000	0,000000	20.196,000000	900000000353080913140010000000

	AVENTIS DEUTSCHLAND GMBH - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 7.480000							

Subtotal	20.196,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	20.196,000000

Número de Items	2700
Flete	0,000000
Total de la Orden	20.196,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:27:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767698	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>27/01/2025</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>1400</td></tr>
<tr><td>005</td><td>29/05/2025</td><td>1200</td></tr>
<tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>1200</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260741227	Combinaciones (Lactato de Ringer) - A. CUM: B05CB10LPR000F4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Combinaciones (Lactato de Ringer) - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: No definido - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LACTATO DE RINGER - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: LACTATO DE SODIO 1.55 G, CLORURO DE CALCIO 0.1 G, CLORURO DE POTASIO 0.15 G, CLORURO DE SODIO 3 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FUNDA X 500 ml - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 03444-MAN-02-05 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2005-02-21 13:17:20 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-02-21 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS LIFE - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.939000	8000	0,939000	0,000000	7.512,000000	0,000000	7.512,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	7.512,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	7.512,000000

Número de Items	8000
Flete	0,000000
Total de la Orden	7.512,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:08:06

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767753	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	jaime.munoz@celsius.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	3750

Entregas Parciales	002	24/02/2025	3750
	003	26/03/2025	3750
	004	25/04/2025	3750
	005	26/05/2025	3750
	006	25/06/2025	3750
	Total		**22500**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;		

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDO CONTINE: LAMOTRIGINA 100,00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTERE X 10 COMPRIMIDOS C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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: 2028-11-13 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GENERICOS NACIONALES GENA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.021000	22500	0,021000	0,000000	472,500000	0,000000	472,500000	900000000353080913140010000000

Subtotal	472,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	472,500000

Número de Items	22500
Flete	0,000000
Total de la Orden	472,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:19:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767810	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	aregalado@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>3750</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>3750</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>3750</td></tr>
<tr><td>004</td><td>29/04/2025</td><td>3750</td></tr>
<tr><td>005</td><td>29/05/2025</td><td>3750</td></tr>
<tr><td>006</td><td>30/06/2025</td><td>3750</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>22500</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260357500	Levodopa + Carbidopa - A. CUM: N04BA02SOR167X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levodopa + Carbidopa - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 250 mg + 25 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEVOCARCHEM 250 MG MAS 25 MG TABLETAS RECUBIERTAS - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RCUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 250 MG MAS 25 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA POR 3 BLISTER POR 10 TABLETAS RECUBIERTAS CADA UNA MAS PROSPECTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTRIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 219-MEN-0115 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2015-01-07 23:59:00 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2025-01-07 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INDEUREC S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.099375	22500	0,099375	0,000000	2.235,937500	0,000000	2.235,937500	900000000353080913140010000000

Subtotal	2.235,937500
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.235,937500

Número de Items	22500
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.235,937500

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:46:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767748	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	CONSORCIO SICM - 619 - 2022	**RUC:**	1793210583001
Nombre del representante legal:	SEPA LESCANO GLORIA LILIANA				
Correo electrónico el representante legal:	ventas@northlife.com	**Correo electrónico de la empresa:**	humberto@northlife.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100307281	**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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	Calle:	MANABI / SUCRE / LEONIDAS PLAZA GUTIERREZ / KM 4 Y MEDIO VIA CHONE DIAGONA SN	**Número:**	S/N	**Intersección:**	TERMINAL TERRESTRE DR. ANSELMO VERA SALAVARRIA

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

Datos de entrega:	**Horario de recepción de mercaderia:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	5700
002	25/02/2025	5700
003	27/03/2025	5700
004	28/04/2025	5700
005	28/05/2025	5700
006	27/06/2025	5700
Total		**34200**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260194515	Levotiroxina sódica - A. CUM: H03AA01SOR019X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Levotiroxina sódica - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mcg (0,05 mg) - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG TABLETAS - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA CONTIENE: LEVOTIROXINA SODICA* USP 50 mcg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 10 BLÍSTER X 10 TABLETAS +	34200	0,012900	0,000000	441,180000	0,000000	441,180000	900000000353080913140010000000

	INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar protegido de la luz y la humedad a una temperatura no mayor a 30oC - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 7658-MEE-1222 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2022-12-01 11:11:59 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-01 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: ACME GENERICS PRIVATE LIMITED - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.012900							

Subtotal	441,180000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	441,180000

Número de Items	34200
Flete	0,000000
Total de la Orden	441,180000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:16:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767628	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	instituciones2@merckgroup.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones2@merckgroup.com		
Teléfono:	022987200				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0001233009	**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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00		
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA		
Tipo de entrega requerido:	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	27600

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525011258	Levotiroxina sódica - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: Levotiroxina sódica 100.00 mcg - CONCENTRACIÓN: 0.100MG - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30°C - CUM: H03AA01SOR029X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2004-09-01 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-09-01 - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Tableta casi blanca redonda, plana con ranura en ambos lados. - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: EUTIROX 100MCG TABLETAS - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 25.894-08-04 - ORIGEN FABRICANTE: [MX] MEXICO - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - PRECIO ADJUDICADO: 0,030000 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 2 blister x 25 tabletas c/u = 50 tabletas - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): LEVOTIROXINA SODICA - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MERK S.A. DE C.V. - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral	27600	0,030000	0,000000	828,000000	0,000000	828,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	828,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	828,000000

Número de Items	27600
Flete	0,000000
Total de la Orden	828,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:11:27

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767759	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	instituciones2@merckgroup.com	**Correo electrónico de la empresa:**	instituciones2@merckgroup.com		
Teléfono:	022987200				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0001233009	**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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	28/01/2025	2250

Entregas Parciales	002	27/02/2025	2100
	003	31/03/2025	2100
	004	30/04/2025	2100
	005	30/05/2025	2100
	006	30/06/2025	2100
	Total		**12750**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;		

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260194518	Levotiroxina sódica - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: [MX] MEXICO - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: MERCK S.A DE C.V. NAUCALPAN DE J. EDO DE MEXICO. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.047000	12750	0,047000	0,000000	599,250000	0,000000	599,250000	900000000353080913140010000000

Subtotal	599,250000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	599,250000

Número de Items	12750
Flete	0,000000
Total de la Orden	599,250000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:27:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767754	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	27/01/2025	300
002	27/02/2025	300
003	31/03/2025	300
004	30/04/2025	300
005	02/06/2025	300
006	02/07/2025	300
Total		**1800**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260317528	Lidocaína sin epinefrina - A. CUM: N01BB02SCT220X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Lidocaína sin epinefrina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido cutáneo (Parche transdérmico) - D. CONCENTRACIÓN: 5 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: VERSATIS 5% PARCHE PARA USO TOPICO - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: Parche - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5% - 700 mg Lidocaina - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 1 sachet x 5 parches de 14 cm x 10 cm c/u + instructivo - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Tópica - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 27.909-12-07 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-10-01 15:07:57 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-01 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: JAPON - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: TEIKOKU SEIYAKU CO. LTDA - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 2.990000	1800	2,990000	0,000000	5.382,000000	0,000000	5.382,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	5.382,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	5.382,000000

Número de Items	1800
Flete	0,000000
Total de la Orden	5.382,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:20:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767623	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	noemi.salas@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				
Nombres Razón Social del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	MILTON ANTONIO QUINTEROS LOOR				
Ruc apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	0105284038	**Correo electrónico del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:**	milton.quinteros@farmabion.com		
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ

	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				
Tipo de entrega requerido: **Entrega Definitiva (Total)**	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	150		
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;					

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525011263	Lidocaína (sin epinefrina) - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: LIDOCAINA HIDROCLORURO 20 mg - CONCENTRACIÓN: 2 % - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 °C - CUM: N01BB02LPR185X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-05-23 14:29:51 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-05-23 23:59:00 - FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION INYECTABLE - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LIDOCAINA INYECCIÓN 2% (Sin epinefrina) - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2752-MEE-0517 - ORIGEN FABRICANTE: INDIA - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 - PRECIO ADJUDICADO: 1.055600 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 1 BLISTER x 5 CARTUCHOS DENTALES x 1,8 ml + INSERTO - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Lidocaína (sin epinefrina) - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: KWALITY PHARMACEUTICALS LIMITED - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Subcutánea/ Submucosa	150	1,055600	0,000000	158,340000	0,000000	158,340000	900000000353080913140010000000

Subtotal	158,340000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	158,340000

Número de Items	150
Flete	0,000000
Total de la Orden	158,340000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:09:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767765	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<table>
<tr><td rowspan="9">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>24/01/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>002</td><td>25/02/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>003</td><td>27/03/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/06/2025</td><td>500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>3000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260709538	Loratadina - A. CUM: R06AX13LOR224X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Loratadina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 5 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: LORATADINA JARABE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.408000	3000	0,408000	0,000000	1.224,000000	0,000000	1.224,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	1.224,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.224,000000

Número de Items	3000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.224,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:29:56

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767767	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>24/01/2025</td><td>13000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>13000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>13000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>13000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>13000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>13000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>78000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008190	78000	0,008190	0,000000	638,820000	0,000000	638,820000	900000000353080913140010000000

Subtotal	638,820000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	638,820000

Número de Items	78000
Flete	0,000000
Total de la Orden	638,820000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:30:33

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767766	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>46000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>46000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>46000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>46000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>46000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>45800</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>275800</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260901544	Losartán - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: LOSARTAN POTASICO 50.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008977	275800	0,008977	0,000000	2.475,856600	0,000000	2.475,856600	900000000353080913140010000000

Subtotal	2.475,856600
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.475,856600

Número de Items	275800
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.475,856600

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:30:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767764	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>60000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>60000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>60000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>60000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>60000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>60000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>360000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260901545	Losartán - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: LOSARTAN POTASICO 100.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 10 BLISTERS X 10 TABLETAS RECUBIERTAS + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.009000	360000	0,009000	0,000000	3.240,000000	0,000000	3.240,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	3.240,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.240,000000

Número de Items	360000
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.240,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:29:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767627	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:	SALINAS ROJAS JOSE ANTONIO				
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				

	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA		
Tipo de entrega requerido: **Entrega Definitiva (Total)**	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;		

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525011328	Polietilenglicol (macrogol) en combinaciones - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: POLIETILENGLICOL 3350 …… 105,00g - CONCENTRACIÓN: 105.00 G - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - CUM: A06AD65SOG000X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-03-13 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-03-13 - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL (GRANULADO) - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: POLVO GRANULAR DE COLOR BLANCO. - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NULYTELY POLVO PARA PREPARAR SOLUCION ORAL - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 24.496-05-02 - ORIGEN FABRICANTE: [MX] MEXICO - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - PRECIO ADJUDICADO: 3,500000 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 4 SOBRES X 109,6 g + INSERTO - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): POLIETILENGLICOL (MACROGOL) EN COMBINACIONES - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EMIFARMA S.A. DE C.V. - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral	1500	3,500000	0,000000	5.250,000000	0,000000	5.250,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	5.250,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	5.250,000000

Número de Items	1500
Flete	0,000000

Total de la Orden	5.250,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:11:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767794	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	aregalado@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>850</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>830</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>830</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>830</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>830</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/06/2025</td><td>830</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260530546	Magaldrato con simeticona (Hidróxido de Al y Mg) - A. CUM: A02AF01LOR000X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Magaldrato con simeticona (Hidróxido de Al y Mg) - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - D. CONCENTRACIÓN: No definido - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: DIGERIL SUSPENSION - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSION ORAL - 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 - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 150 ML DE SUSPENSIÓN ORAL + PROSPECTO +VASO DOSIFICADOR. - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 01637-MAC-1-12-11 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2011-12-12 23:59:00 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-12 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: INDEUREC S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.720000	5000	0,720000	0,000000	3.600,000000	0,000000	3.600,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	3.600,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	3.600,000000

Número de Items	5000
Flete	0,000000
Total de la Orden	3.600,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:33:06

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767796	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>17000</td></tr><tr><td>002</td><td>25/02/2025</td><td>17000</td></tr><tr><td>003</td><td>27/03/2025</td><td>17000</td></tr><tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>17000</td></tr><tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>17000</td></tr><tr><td>006</td><td>27/06/2025</td><td>17000</td></tr><tr><td colspan="2">Total</td><td>102000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260900562	Metformina - 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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C. - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.010760	102000	0,010760	0,000000	1.097,520000	0,000000	1.097,520000	900000000353080913140010000000

Subtotal	1.097,520000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.097,520000

Número de Items	102000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.097,520000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:33:49

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767797	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>24/01/2025</td><td>12000</td></tr><tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>12000</td></tr><tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>12000</td></tr><tr><td>004</td><td>29/04/2025</td><td>12000</td></tr><tr><td>005</td><td>29/05/2025</td><td>12000</td></tr><tr><td>006</td><td>01/07/2025</td><td>12000</td></tr><tr><td colspan="2">Total</td><td>72000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260900564	Metformina - 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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008249	72000	0,008249	0,000000	593,928000	0,000000	593,928000	900000000353080913140010000000

Subtotal	593,928000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	593,928000

Número de Items	72000
Flete	0,000000
Total de la Orden	593,928000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:34:14

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767803	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>12660</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>12510</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>12510</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>12510</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>12510</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>12510</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>75210</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260900565	Metformina - 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 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA COMPRIMIDOP RECUBIERTO CONTIENE: METFORMINA CLORHIDRATO 1000.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 COMPRIMIDOS RECUBIUERTOS C/U + INSERTO. - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 699-MEN-0316 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-03-09 15:16:30 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-03-09 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.027750	75210	0,027750	0,000000	2.087,077500	0,000000	2.087,077500	900000000353080913140010000000

Subtotal	2.087,077500
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.087,077500

Número de Items	75210
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.087,077500

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:40:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767793	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	farmalight_gye@hotmail.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	3000
002	24/02/2025	2850
003	26/03/2025	2850
004	28/04/2025	2850
005	28/05/2025	2850
006	27/06/2025	2850
Total		**17250**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS VIDA S.A. (LABOVIDA S.A.) - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.056400	17250	0,056400	0,000000	972,900000	0,000000	972,900000	900000000353080913140010000000

Subtotal	972,900000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	972,900000

Número de Items	17250
Flete	0,000000
Total de la Orden	972,900000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:32:38

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767805	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	REJETI SASINDRA				
Correo electrónico el representante legal:	sasi@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	ecuador@appssevenpharma.net		
Teléfono:	0993784639 0984340137				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>27/01/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/06/2025</td><td>600</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>3600</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260431615	Norepinefrina - A. CUM: C01CA03LPR056A7 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Norepinefrina - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 1 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: NOREPINEFRINA BITARTRATO INYECCIÓN 4MG ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA x 4mL CONTIENE: NOREPINEFRINA BITARTRATO 7.96 mg (EQUIVALENTE A NOREPINEFRINA 4.00 mg) - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 1 BANDEJA x 5 AMPOLLAS x 4mL DE SOLUCION C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 CENTÍGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 8070-MEE-0523 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2023-05-17 17:47:31 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2028-05-17 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: SANJIVANI PARANTERAL LIMITED - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.337800	3600	0,337800	0,000000	1.216,080000	0,000000	1.216,080000	900000000353080913140010000000

Subtotal	1.216,080000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.216,080000

Número de Items	3600
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.216,080000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:42:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767799	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>20400</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>20400</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>20400</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>20400</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>20400</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>20200</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>122200</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA MENOR A 30°C. - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. PARA PHARMABRAND S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.012508	122200	0,012508	0,000000	1.528,477600	0,000000	1.528,477600	900000000353080913140010000000

Subtotal	1.528,477600
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.528,477600

Número de Items	122200
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.528,477600

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:34:57

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767801	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>50</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>50</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>50</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>50</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>50</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260307641	Paracetamol - A. CUM: N02BE01LOR088X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Paracetamol - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FEVERIL GOTAS PEDIATRICAS - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ORAL - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 1 ML CONTIENE: PARACETAMOL 100.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 15 ML + GOTERO PLASTICO + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.218200	300	0,218200	0,000000	65,460000	0,000000	65,460000	900000000353080913140010000000

Subtotal	65,460000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	65,460000

Número de Items	300
Flete	0,000000
Total de la Orden	65,460000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:37:49

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767798	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

Tipo de entrega requerido: **Entregas Parciales**	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 24/01/2025 / 1000 002 / 24/02/2025 / 800 003 / 26/03/2025 / 800 004 / 28/04/2025 / 800 005 / 28/05/2025 / 800 006 / 30/06/2025 / 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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260307644	Paracetamol - A. CUM: N02BE01LOR121X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Paracetamol - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - D. CONCENTRACIÓN: 160 mg/5 mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: FEVERIL JARABE - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: JARABE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 5 ML CONTIENE PARACETAMOL ACETAMINOFEN 160.00MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 1 FRASCO X 60 ML CON DOSIFICADOR + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.366000	5000	0,366000	0,000000	1.830,000000	0,000000	1.830,000000	900000000353080913140010000000

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: jueves, 9 de enero de 2025, 15:34:34

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767800	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>24/01/2025</td><td>50000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>50000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>50000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>50000</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>50000</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>50000</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>300000</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: GENERICOS NACIONALES GENA S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.006400	300000	0,006400	0,000000	1.920,000000	0,000000	1.920,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	1.920,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.920,000000

Número de Items	300000
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.920,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:35:15

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767806	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	REJETI SASINDRA				
Correo electrónico el representante legal:	sasi@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	ecuador@appssevenpharma.net		
Teléfono:	0993784639 0984340137				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

Tipo de entrega requerido: **Entregas Parciales**	**LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS** **Nro** / **Fecha máxima de entrega** / **Cantidad** 001 / 24/01/2025 / 2400 002 / 25/02/2025 / 2400 003 / 27/03/2025 / 2400 004 / 28/04/2025 / 2400 005 / 28/05/2025 / 2400 006 / 27/06/2025 / 2400 **Total** / **14400**
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260367685	Quetiapina - A. CUM: N05AH04SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Quetiapina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TIQUEPIN 100mg - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: QUETIAPINA FUMARATO EQUIVALENTE A QUETIAPINA 100 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 10 TABLETAS RECUBIERTAS C/U + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: Conservar a una temperatura no mayor a 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4729-MEE-0519 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2019-05-31 16:52:58 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-05-31 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.051600	14400	0,051600	0,000000	743,040000	0,000000	743,040000	900000000353080913140010000000

Subtotal	743,040000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	743,040000

Número de Items	14400
Flete	0,000000
Total de la Orden	743,040000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:44:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767804	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:	REJETI SASINDRA				
Correo electrónico el representante legal:	sasi@sevenpharma.net	**Correo electrónico de la empresa:**	ecuador@appssevenpharma.net		
Teléfono:	0993784639 0984340137				

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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>24/01/2025</td><td>2328</td></tr>
<tr><td>002</td><td>26/02/2025</td><td>2232</td></tr>
<tr><td>003</td><td>28/03/2025</td><td>2232</td></tr>
<tr><td>004</td><td>28/04/2025</td><td>2232</td></tr>
<tr><td>005</td><td>28/05/2025</td><td>2232</td></tr>
<tr><td>006</td><td>27/06/2025</td><td>2232</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>13488</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260367686	Quetiapina - A. CUM: N05AH04SOR148X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Quetiapina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 200 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TIQUEPIN 200 - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA RECUBIERTA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 200mg - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 3 BLISTER X 8 UNIDADES C/U+ INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 4541-MEE-0119 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2019-01-15 23:59:00 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-01-15 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED UNIT V - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.067000	13488	0,067000	0,000000	903,696000	0,000000	903,696000	900000000353080913140010000000

Subtotal	903,696000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	903,696000

Número de Items	13488
Flete	0,000000
Total de la Orden	903,696000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:42:10

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767809	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	noemi.salas@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				
Nombres Razón Social del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	MILTON ANTONIO QUINTEROS LOOR				
Ruc apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	0105284038	**Correo electrónico del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:**	milton.quinteros@farmabion.com		
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ

	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	1950
002	24/02/2025	1860
003	26/03/2025	1860
004	25/04/2025	1860
005	26/05/2025	1860
006	25/06/2025	1860
Total		**11250**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260631708	Rivaroxabán - 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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EXEMED PHARMACEUTICALS, - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.225000	11250	0,225000	0,000000	2.531,250000	0,000000	2.531,250000	900000000353080913140010000000

Subtotal	2.531,250000

Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	2.531,250000

Número de Items	11250
Flete	0,000000
Total de la Orden	2.531,250000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:45:57

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767790	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	noemi.salas@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				
Nombres Razón Social del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	MILTON ANTONIO QUINTEROS LOOR				
Ruc apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	0105284038	**Correo electrónico del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:**	milton.quinteros@farmabion.com		
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ

	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	450
002	24/02/2025	360
003	26/03/2025	360
004	25/04/2025	360
005	26/05/2025	360
006	25/06/2025	360
Total		**2250**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260631710	Rivaroxabán - A. CUM: B01AF01SOR140X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Rivaroxabán - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 20 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: RIVAROXABAN TABLETAS 20 MG - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETAS RECUBIERTAS - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: RIVAROXABAN 20 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA DE CARTON X 2 BLISTERS X 15 TABLETAS MAS INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: ALMACENAR POR DEBAJO DE 30 ° C. - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 6841-MEE-1221 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2021-12-15 23:59:00 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-12-15 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: EXEMED PHARMACEUTICALS - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.259000	2250	0,259000	0,000000	582,750000	0,000000	582,750000	900000000353080913140010000000

Subtotal	582,750000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	582,750000

Número de Items	2250
Flete	0,000000
Total de la Orden	582,750000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:30:56

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767795	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:** 08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia: DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	150
002	24/02/2025	150
003	26/03/2025	150
004	25/04/2025	150
005	26/05/2025	150
006	25/06/2025	150
Total		**900**

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260459716	Salbutamol - A. CUM: R03AC02LIH025D4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Salbutamol - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido para inhalación - D. CONCENTRACIÓN: 0,1 mg/dosis - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: AIRMAX INHALADOR - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA ML CONTIENE: SALBUTAMOL SULFATO EQUIVALENTE A SALBUTAMOL 2.00000 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA x 1	900	0,920000	0,000000	828,000000	0,000000	828,000000	900000000353080913140010000000

	ENVASE AEROSOL x 10 mL + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: Inhalatoria - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: H2541212 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-12-11 22:30:08 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-11 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: [CO] COLOMBIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: LABORATORIOS CHALVER - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 48 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.920000							

Subtotal	828,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	828,000000

Número de Items	900
Flete	0,000000
Total de la Orden	828,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:33:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767622	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido:	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	112500	

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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;			

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525011351	Sales de hierro + Ácido fólico - 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 - CONCENTRACIÓN: 60 MG + 400 MCG - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 ºC - CUM: B03AD00SOR361X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2014-03-12 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2024-03-12 - FORMA FARMACEUTICA: SÓLIDO ORAL - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: TABLETA REDONDA COLOR CAFE - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: HEMOTONIC 60 - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 43-MEN-0314 - ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - PRECIO ADJUDICADO: 0,060000 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Caja x 3 blísters con 10 tabletas cada uno, con inserto - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): SALES DE HIERRO + ÁCIDO FÓLICO - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A. - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral	112500	0,060000	0,000000	6.750,000000	0,000000	6.750,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	6.750,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	6.750,000000

Número de Items	112500
Flete	0,000000
Total de la Orden	6.750,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:08:40

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767802	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

<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>24/01/2025</td><td>5000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>4600</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.026300	28000	0,026300	0,000000	736,400000	0,000000	736,400000	900000000353080913140010000000

Subtotal	736,400000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	736,400000

Número de Items	28000
Flete	0,000000
Total de la Orden	736,400000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:38:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767808	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<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>24/01/2025</td><td>4450</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>4250</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>4250</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>4250</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>4250</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>4250</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>25700</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260337722	Sertralina - A. CUM: N06AB06SOR083X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sertralina - C. FORMA FARMACEUTICA: Sólido oral - D. CONCENTRACIÓN: 100 mg - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SERTRALINA 100MG - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.035000	25700	0,035000	0,000000	899,500000	0,000000	899,500000	900000000353080913140010000000

Subtotal	899,500000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	899,500000

Número de Items	25700
Flete	0,000000
Total de la Orden	899,500000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:45:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767629	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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@qualipharmlab.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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entrega Definitiva (Total)**	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	3240
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;			

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525015271	Sulfato de zinc - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: 5 mg/ml - CONCENTRACIÓN: 5 mg/mL - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30ºC - CUM: A12CB01LOR320X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2017-12-07 15:56:18 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-12-07 23:59:00 - FORMA FARMACEUTICA: Líquido oral - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCION ORAL - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SULFATO DE ZINC - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 1269-MEN-1217 - ORIGEN FABRICANTE: ECUADOR - PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - PRECIO ADJUDICADO: 2.280000 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: Frasco x 20 ml - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Sulfato de zinc - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: QUALIPHARM LABORATORIO FARMACEUTICO S.A. - VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral	3240	2,280000	0,000000	7.387,200000	0,000000	7.387,200000	900000000353080913140010000000

Subtotal	7.387,200000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	7.387,200000

Número de Items	3240
Flete	0,000000
Total de la Orden	7.387,200000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:12:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767630	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Tipo de entrega requerido: **Entrega Definitiva (Total)**	**Fecha máxima de entrega:**	07/02/2025	**Cantidad:**	16200
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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;			

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3525015281	Tiotropio bromuro - CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: BROMURO DE TIOTROPIO MONOHIDRATADO (0.0225MG) - CONCENTRACIÓN: 22,5 mcg (equivalente a 18 mcg de tiotropio base) - CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVESE A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30°C. - CUM: R03BB04SIH172X0 - FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2012-10-26 14:56:23 - FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2027-10-26 23:59:00 - FORMA FARMACEUTICA: Sólido para inhalación - FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CAPSULAS - LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: SPIRIVA CAPSULAS DURAS CON POLVO PARA INHALACIÓN - NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 24.913-01-03 - ORIGEN FABRICANTE: [DE] GERMANY - PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - PRECIO ADJUDICADO: 1.048700 - PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: COMBO CAJA x 1.3 BLISTERS x 10 CÁPSULAS + HANDIHALER - PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tiotropio bromuro - RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA GMBH & CO KG. - VIA DE ADMINISTRACIÓN: [001] Inhalatoria	16200	1,048700	0,000000	16.988,940000	0,000000	16.988,940000	900000000353080913140010000000

Subtotal	16.988,940000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	16.988,940000

Número de Items	16200
Flete	0,000000
Total de la Orden	16.988,940000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:12:32

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767807	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

<table>
<tr><td rowspan="9">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>24/01/2025</td><td>1900</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>1750</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>1750</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>1750</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>1750</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>1750</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>10650</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260207799	Tramadol - A. CUM: N02AX02LPR239A4 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Tramadol - C. FORMA FARMACEUTICA: Líquido parenteral - D. CONCENTRACIÓN: 50 mg/mL - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: TRAMADOL 100MG/2ML - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: SOLUCIÓN INYECTABLE - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA AMPOLLA DE 2ML CONTIENE : TRAMADOL CLORHIDRATO 100.00 MG - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X 50 AMPOLLAS DE 2ML + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR/INTRAVENOSA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A TEMPERATURA NO MAYOR A 30 C - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 753-MEN-0316 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-03-31 11:36:12 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-03-31 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.112000	10650	0,112000	0,000000	1.192,800000	0,000000	1.192,800000	900000000353080913140010000000

Subtotal	1.192,800000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	1.192,800000

Número de Items	10650
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.192,800000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:45:15

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767791	**Fecha de emisión:**	07-01-2025	**Fecha de aceptación:**	09-01-2025
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:**	noemi.salas@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				
Nombres Razón Social del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	MILTON ANTONIO QUINTEROS LOOR				
Ruc apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:	0105284038	**Correo electrónico del apoderado/ representante domiciliado en Ecuador:**	milton.quinteros@farmabion.com		
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA	**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec		
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ

	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:**	08h30 a 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	DRA. JUDY BANDERA CÓRDOVA, ADMINISTRADORA DE ORDEN; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA				

Tipo de entrega requerido:

Entregas Parciales

LISTADO DE ENTREGAS PARCIALES REQUERIDAS

Nro	Fecha máxima de entrega	Cantidad
001	24/01/2025	250
002	25/02/2025	250
003	27/03/2025	250
004	28/04/2025	250
005	28/05/2025	250
006	27/06/2025	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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec;

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260612806	Urea - A. CUM: D02AE01SSC220X0 - B. PRINCIPIO ACTIVO (DCI): Urea - C. FORMA FARMACEUTICA: Semisólido cutáneo - D. CONCENTRACIÓN: 5 % - E. NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: UREA CREMA 5% w/w - F. FORMA FARMACÉUTICA ESPECÍFICA: CREMA - G. CONCENTRACION ESPECÍFICA DEL MEDICAMENTO: CADA 100 g CONTIENE: UREA 5.0 G - H. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO: CAJA X TUBO X 90 G + INSERTO - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - K. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: CONSERVAR A UNA TEMPERATURA NO MAYOR A 30 GRADOS CENTIGRADOS - L. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO: 2301-MEE-0716 - M. FECHA DE EMISIÓN DEL REGISTRO SANITARIO: 2016-07-01 11:11:13 - N. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO: 2026-07-01 23:59:00 - O. ORIGEN FABRICANTE: INDIA - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: WEST- COAST PHARMACEUTICAL WORKS LTD. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 36 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 1.076000	1500	1,076000	0,000000	1.614,000000	0,000000	1.614,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	1.614,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000

Total	1.614,000000

Número de Items	1500
Flete	0,000000
Total de la Orden	1.614,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 15:31:18

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002767661	**Fecha de emisión:**	06-01-2025	**Fecha de aceptación:**	08-01-2025
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:**	compraspublicas@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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com
Administrador de la orden de compra:	DRA. JUDY BANDERA CORDOVA			**Correo electrónico administrador de la orden de compra:**	judy_bandera@hmha.gob.ec

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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 12h00 y de 13h30 a 16h00				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA GENERAL				

<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>23/01/2025</td><td>7000</td></tr>
<tr><td>002</td><td>24/02/2025</td><td>7000</td></tr>
<tr><td>003</td><td>26/03/2025</td><td>7000</td></tr>
<tr><td>004</td><td>25/04/2025</td><td>6500</td></tr>
<tr><td>005</td><td>26/05/2025</td><td>6500</td></tr>
<tr><td>006</td><td>25/06/2025</td><td>6500</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total</td><td>40500</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 y Responsable de Bodega. 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. La entrega de la medicina se debe realizar en las instalaciones donde funciona la Bodega General del Hospital en la Avenida Sixto Durán Ballén, Km 4 ½ vía Bahía – Tosagua, diagonal al TT Dr. Anselmo Vera Salavarría. 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: 0994832691, designada mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2024-5834-M suscrito por el Dr. Carlos Cevallos Vélez, Gerente del Hospital. Favor la factura comercial electrónica y de más documentos electrónicos enviarlos a los correos electrónicos: hospmhalcivar@gmail.com; vanessa_anchundia@hmha.gob.ec; paulbravoec@gmail.com; paul_bravo@hmha.gob.ec; judy_bandera@hmha.gob.ec</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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
35260301012	Ácido acetil salicílico - 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 - 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 - I. VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL - J. LICENCIA CONSEP / SETED: NO REQUIERE - 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 - O. ORIGEN FABRICANTE: Ecuador - P. RAZON SOCIAL DEL FABRICANTE: FARMACID S.A. - Q. PERIODO DE VIDA UTIL: 24 MESES - R. PRECIO ADJUDICADO: 0.008000	40500	0,008000	0,000000	324,000000	0,000000	324,000000	900000000353080913140010000000

Subtotal	324,000000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,000000
Total	324,000000

Número de Items	40500
Flete	0,000000
Total de la Orden	324,000000

Fecha de Impresión: jueves, 9 de enero de 2025, 14:14:10

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787973	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
321290418	* RESMA DE PAPEL BOND A4 DE 75 G **MARCA:** REPORT - BLANCURA: 97 % DE BLANCURA - COLOR: BLANCO - FABRICANTE: SUZANO - GRAMAJE: 75 G/M2 - HUMEDAD: 5 % - MATERIAL: PAPEL - MODELO: PAPEL BOND 75 G - OPACIDAD DEL PAPEL: 90 % - PESO: 2,33 KG - TAMAÑO: A4 - UNIDAD: RESMILLA DE 500 HOJAS	800	3,2300	0,0000	2.584,0000	0,0000	2.584,0000	900000000383080413140010000000

Subtotal	2.584,0000
Impuesto al valor agregado (0%)	0,0000
Total	2.584,0000

Número de Items	800
Flete	0,0000
Total de la Orden	2.584,0000

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:10:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787972	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
429950019	*CLIPS MARIPOSA CAJA 50 UNIDADES **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO DE CLIP: 32 MM - COLOR: PLATA - ESPESOR DE ALAMBRE: 1,4 MM - FABRICANTE: FRAMECO S.A. - LARGO DE CLIP: 40 MM - MATERIAL: CUERPO DE ACERO NIQUELADO - UNIDAD: 1 CAJA DE 50 UNIDADES	50	1,2400	0,0000	62,0000	15,0000	71,3000	9000000003830804131400100000000

Subtotal	62,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	9,3000
Total	71,3000

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	71,3000

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:10:42

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787971	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
4299500110	*CLIPS STANDAR 25 MM METÁLICOS **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - COLOR: PLATA - ESPESOR DE ALAMBRE: 0,80 MM - FABRICANTE: FRAMECO - MATERIAL: CUERPO DE ACERO NIQUELADO - TAMAÑO: 25 MM - UNIDAD: 1 CAJA DE 100 UNIDADES	100	0,3500	0,0000	35,0000	15,0000	40,2500	900000000383080413140010000000

Subtotal	35,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	5,2500
Total	40,2500

Número de Items	100
Flete	0,0000
Total de la Orden	40,2500

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:11:01

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787970	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3212920150	* SOBRE MANILA F4 **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO: 33,8 CM - COLOR: AMARILLO - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - GRAMAJE: 75 G/M2 - LARGO: 24,7 CM - MATERIAL: PAPEL MANILA - SOLAPA: TROQUELADO, CON FILM AUTOADHESIVO - UNIDAD: 1 UNIDAD	50	0,1000	0,0000	5,0000	15,0000	5,7500	900000000383080413140010000000

Subtotal	5,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	0,7500
Total	5,7500

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	5,7500

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:11:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787969	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3699000183	* GOMA LIQUIDA DE 250 G **MARCA:** ADHEPLAST - CARACTERÍSTICA: NO TÓXICO - COLOR: BLANCA - FABRICANTE: ADHEPLAST S.A. - MATERIAL: POLIVINILO PVP - PESO: 250 G - UNIDAD: 1 UNIDAD	6	1,4800	0,0000	8,8800	15,0000	10,2120	900000000383080413140010000000

Subtotal	8,8800
Impuesto al valor agregado (15%)	1,3320
Total	10,2120

Número de Items	6
Flete	0,0000
Total de la Orden	10,2120

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:11:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787968	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
326000969	*CDS REGRABABLES CON CAJA CD-RW **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - CAPACIDAD DE DATOS: 700 MB - DIÁMETRO: 12 CM - FABRICANTE: RITEK - MATERIAL: POLICARBONATO - TIPO DE EMBALAJE: CAJA DE CARTULINA - UNIDAD: 1 UNIDAD	50	1,0500	0,0050	52,2500	15,0000	60,0875	900000000383080413140010000000

Subtotal	52,2500
Impuesto al valor agregado (15%)	7,8375
Total	60,0875

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	60,0875

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:11:52

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787967	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
4516002111	* PERFORADORA DE ESCRITORIO MEDIANA **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ALTO: 8 CM - ANCHO: 9 CM - CAPACIDAD: 15 HOJAS - COLOR: NEGRO - FABRICANTE: ANHUI TIANHUI INDUSTRIAL - INCLUYE: RECEPTÁCULO PARA RESIDUOS - LARGO: 10,8 CM - MATERIAL BASE: PLÁSTICO - MATERIAL MANGO: ACERO INOXIDABLE - NÚMERO DE PERFORACIONES: 2 PERFORACIONES A 8 CM ENTRE CADA PERFORACIÓN - REGLA: INTEGRADA PARA CENTRAR - UNIDAD: 1 UNIDAD	6	2,8000	0,0000	16,8000	15,0000	19,3200	900000000383080413140010000000

Subtotal	16,8000
Impuesto al valor agregado (15%)	2,5200
Total	19,3200

Número de Items	6
Flete	0,0000
Total de la Orden	19,3200

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:12:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002787966	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA

Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.

36990001139	* RESALTADORES VARIOS COLORES **MARCA:** CARIOCA - ANCHO: 16 MM - COLOR: VARIOS COLORES CELESTE,VERDE,AMARILLO,ROSADO,TOMATE - DISEÑO: PUNTA BISELADA - FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL S.A. - LARGO: 12,9 CM - MATERIAL CUERPO Y TAPA: PLÁSTICO - MATERIAL FELPA: POLIÉSTER - TAPA: PLÁSTICA - UNIDAD: 1 UNIDAD	25	0,7500	0,0020	18,7000	15,0000	21,5050	900000000383080413140010000000

Subtotal	18,7000
Impuesto al valor agregado (15%)	2,8050
Total	21,5050

Número de Items	25
Flete	0,0000
Total de la Orden	21,5050

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:12:25

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787965	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3699000160	*CARPETAS PLÁSTICAS DOS ANILLOS TAMAÑO OFICIO LOMO 4 **MARCA:** COGECOMSA - ALTO: 31,8 CM - ANCHO: 24 CM - ANILLO METÁLICO: 2 ARGOLLAS - CALIBRE DEL PLÁSTICO: 180 MICRAS - COLOR: VARIOS COLORES BLANCO,NEGRO,AZUL - DIMENSIÓN DEL LOMO: 4 CM - DIÁMETRO ANILLO METÁLICO: 2X30 [2 ANILLOS DE 30 MM DE DIÁMETRO CADA UNO] - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - INCLUYE: UN BOLSILLO INTERNO - MATERIAL: CARTÓN, PLÁSTICO - MATERIAL CUBIERTA: PLÁSTICO - UNIDAD: 1 UNIDAD	50	3,9200	0,0000	196,0000	15,0000	225,4000	900000000383080413140010000000

Subtotal	196,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	29,4000
Total	225,4000

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	225,4000

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:12:44

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787964	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001130	*TIJERA GRANDE DE 8 PULG **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - COLOR: VARIOS COLORES NEGRO, CAFE - FABRICANTE: YANGJIANG BONLY INDUSTRIES - MATERIAL HOJAS: ACERO INOXIDABLE - MATERIAL MANGO: POLIPROPILENO - TAMAÑO: 8 PULGADAS - UNIDAD: 1 UNIDAD	12	1,3300	0,0000	15,9600	15,0000	18,3540	900000000383080413140010000000

Subtotal	15,9600
Impuesto al valor agregado (15%)	2,3940
Total	18,3540

Número de Items	12
Flete	0,0000
Total de la Orden	18,3540

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:13:01

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787963	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001114	* PARES DE PILAS D (ALCALINA) **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - FABRICANTE: RITEK - MATERIAL: ALCALINA - TIPO: D - UNIDAD: 1 PAR	10	6,3900	0,0030	63,8700	15,0000	73,4505	900000000383080413140010000000

Subtotal	63,8700
Impuesto al valor agregado (15%)	9,5805
Total	73,4505

Número de Items	10
Flete	0,0000
Total de la Orden	73,4505

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:13:18

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787962	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001125	* SEPARADORES PLÁSTICOS A4 FUNDA ABECEDARIO **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - COLOR: VARIOS COLORES ROJO, AMARILLO, AZUL, VERDE, GRIS - ESPESOR DEL PLÁSTICO: 120 MICRAS - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - MATERIAL: PLÁSTICO - PRESENTACIÓN: CON PESTAÑAS IMPRESAS DE A-Z ABECEDARIOS - REFUERZOS: CON PERFORACIONES PARA CARPETA - TAMAÑO: A4 - UNIDAD: FUNDA DE SEPARADORES PLÁSTICOS A4 A A LA Z	6	6,0500	0,0000	36,3000	15,0000	41,7450	900000000383080413140010000000

Subtotal	36,3000
Impuesto al valor agregado (15%)	5,4450
Total	41,7450

Número de Items	6
Flete	0,0000
Total de la Orden	41,7450

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:13:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787961	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3212920151	* SOBRE MANILA F5 **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO: 37 CM - COLOR: AMARILLO - FABRICANTE: Cogecomsa S.A. - GRAMAJE: 75 G/M2 - LARGO: 27,2 CM - MATERIAL: PAPEL MANILA - SOLAPA: TROQUELADO, CON FILM AUTOADHESIVO - UNIDAD: 1 UNIDAD	50	0,1100	0,0000	5,5000	15,0000	6,3250	900000000383080413140010000000

Subtotal	5,5000
Impuesto al valor agregado (15%)	0,8250
Total	6,3250

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	6,3250

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:13:57

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787960	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
389110736	* LAPIZ HB CON GOMA CAJA 12 UNIDADES **MARCA:** CARIOCA - FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL S.A. - FORMA DEL CUERPO: TRIANGULAR - LARGO: 18,9 CM - MATERIAL: RESINA, MADERA Y GRAFITO - MINA: TIPO HB - UNIDAD: 1 CAJA DE 12 UNIDADES	25	3,8900	0,0000	97,2500	15,0000	111,8375	900000000383080413140010000000

Subtotal	97,2500
Impuesto al valor agregado (15%)	14,5875
Total	111,8375

Número de Items	25
Flete	0,0000
Total de la Orden	111,8375

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:14:13

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787959	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
326000934	*TINTA CORRECTORA TIPO ESFERO **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - COLOR DEL CUERPO: BLANCO - CONTENIDO NETO: 7 ML - ENVASE: CUERPO ERGONÓMICO DE MATERIAL PLÁSTICO CON VÁLVULA DOSIFICADORA - FABRICANTE: QINGDAO ATON STATIONERY - LARGO: 13,1 CM - MATERIAL ENVASE: PLÁSTICO - MATERIAL TINTA: TINTA CORRECTORA COLOR BLANCO - TAPA: TAPA CON CLIP DE CIERRE PERFECTO - TIPO DE PUNTA: PROVISTA DE UNA BOLILLA MEZCLADORA - UNIDAD: 1 UNIDAD	30	1,0500	0,0000	31,5000	15,0000	36,2250	900000000383080413140010000000

Subtotal	31,5000
Impuesto al valor agregado (15%)	4,7250
Total	36,2250

Número de Items	30
Flete	0,0000
Total de la Orden	36,2250

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:14:28

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787958	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001148	* MARCADOR TIZA LIQUIDA PUNTA GRUESA VARIOS COLORES **MARCA:** CARIOCA. - CANTIDAD DE TINTA: 4 G - COLOR: - COLOR: VARIOS COLORES NEGRO, ROJO, VERDE, AZUL - FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL - MATERIAL CUERPO Y TAPÓN: POLIPROPILENO - MATERIAL FELPA: POLYESTER EN FIBRA - MATERIAL PUNTA: POLYESTER EN FIBRA - MATERIAL TAPA: POLIETILENO - MODELO: PUNTA GRUESA - TIPO DE PUNTA: BISELADA ES DECIR CORTADA EN ÁNGULO QUE PERMITE DOS TIPOS DE TRAZOS - UNIDAD: 1 UNIDAD	12	0,6500	0,0030	7,7640	15,0000	8,9286	900000000383080413140010000000

Subtotal	7,7640
Impuesto al valor agregado (15%)	1,1646
Total	8,9286

Número de Items	12
Flete	0,0000
Total de la Orden	8,9286

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:14:44

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787957	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001100	* MARCADOR PERMANENTE NEGRO PUNTA GRUESA **MARCA:** CARIOCA - CANTIDAD DE TINTA: 4 G - COLOR DE LA TINTA: NEGRO - FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL S.A. - LARGO: 129 MM - MATERIAL CUERPO Y TAPÓN: POLIPROPILENO - MATERIAL FELPA: POLIESTIRENO EN FIBRA - MATERIAL PUNTA: MATERIAL POROSO - MATERIAL TAPA: POLIETILENO - UNIDAD: 1 UNIDAD	50	0,5900	0,0030	29,3500	15,0000	33,7525	900000000383080413140010000000

Subtotal	29,3500
Impuesto al valor agregado (15%)	4,4025
Total	33,7525

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	33,7525

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:15:31

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787956	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001147	* MARCADOR PERMANENTE VERDE PUNTA GRUESA **MARCA:** CARIOCA - CANTIDAD DE TINTA: 4 G - COLOR DE LA TINTA: VERDE - FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL S.A. - LARGO: 129 MM - MATERIAL CUERPO Y TAPÓN: POLIPROPILENO - MATERIAL FELPA: POLYESTER EN FIBRA - MATERIAL PUNTA: POLYESTER EN FIBRA - MATERIAL TAPA: POLIETILENO - UNIDAD: 1 UNIDAD	25	0,5900	0,0030	14,6750	15,0000	16,8763	900000000383080413140010000000

Subtotal	14,6750
Impuesto al valor agregado (15%)	2,2013
Total	16,8763

Número de Items	25
Flete	0,0000
Total de la Orden	16,8763

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:15:47

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787955	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3699000199	* MARCADOR PERMANENTE AZUL PUNTA GRUESA **MARCA:** CARIOCA - CANTIDAD DE TINTA: 4 G - COLOR DE LA TINTA: AZUL - FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL S.A. - LARGO: 129 MM - MATERIAL CUERPO Y TAPÓN: POLIPROPILENO - MATERIAL FELPA: POLYESTER EN FIBRA - MATERIAL PUNTA: POLYESTER EN FIBRA - MATERIAL TAPA: POLIETILENO - UNIDAD: 1 UNIDAD	25	0,5900	0,0030	14,6750	15,0000	16,8763	900000000383080413140010000000

Subtotal	14,6750
Impuesto al valor agregado (15%)	2,2013
Total	16,8763

Número de Items	25
Flete	0,0000
Total de la Orden	16,8763

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:16:04

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787954	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3212920158	* NOTAS ADHESIVAS CUBO DE 5 COLORES 3X3 PULGADAS **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO: 3 PULGADAS - CANTIDAD: CUBO 400 HOJAS - COLOR: VARIOS COLORES 5 COLORES - FABRICANTE: JIANGYIN MERRY INTERNATIONAL - LARGO: 3 PULGADAS - MATERIAL: PAPEL - MATERIAL ADHESIVO: EMULSIÓN ACRÍLICA A BASE DE AGUA - UNIDAD: 1 CUBO 5 COLORES	50	2,9400	0,0000	147,0000	15,0000	169,0500	900000000383080413140010000000

Subtotal	147,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	22,0500
Total	169,0500

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	169,0500

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:16:20

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787953	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001132	*ALMOHADILLA PARA TINTA **MARCA:** TECNIMATRIC - ANCHO: 8 CM - COLOR: NEGRO - ESPESOR: 1,8 CM - FABRICANTE: JARAMILLO HERRERA WILSON GUILLERMO - LARGO: 11,6 CM - MATERIAL CUBIERTA: PLÁSTICO - MATERIAL INTERIOR: ESPONJA - MODELO: ALMOHADILLA PARA TINTA - UNIDAD: 1 UNIDAD	6	1,0800	0,0000	6,4800	15,0000	7,4520	9000000003830804131400100000000

Subtotal	6,4800
Impuesto al valor agregado (15%)	0,9720
Total	7,4520

Número de Items	6
Flete	0,0000
Total de la Orden	7,4520

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:16:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787952	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3212920131	*CAJA ARCHIVADOR DE CARTÓN No. 15 CON TAPA COLOR KRAFT **MARCA:** CARTONERA PICHINCHA - ALTO BASE: 265 MM - ALTO TAPA: 55 MM - ANCHO BASE: 330 MM - ANCHO TAPA: 350 MM - COLOR: KRAFT - FABRICANTE: ESCOBAR RUIZ CIA. LTDA - FLAUTA: C - GRAMAJE TEST BASE: 150 GR/M2 - GRAMAJE TEST TAPA: 150 GR/M2 - IMPRESIÓN: GENÉRICA CON ESPECIFICACIONES PARA EL ARMADO DE LA BASE - LARGO BASE: 395 MM - LARGO TAPA: 400 MM - MATERIAL: CARTÓN - MODELO: NO. 15 - UNIDAD: 1 UNIDAD	20	2,7900	0,0000	55,8000	15,0000	64,1700	900000000383080413140010000000

Subtotal	55,8000
Impuesto al valor agregado (15%)	8,3700
Total	64,1700

Número de Items	20
Flete	0,0000
Total de la Orden	64,1700

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:16:51

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787951	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
4299500129	*SACAPUNTAS PEQUEÑO METÁLICO 1 SERVICIO **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ALTO: 0,96 CM - ANCHO: 1,4 CM - CAPACIDAD: LÁPICES HASTA DE 7 MM - COLOR: PLATA - FABRICANTE: NINGBO SAGEMENT STATIONERY - FORMA: RECTANGULAR - LARGO: 2,5 CM - MATERIAL: METAL - UNIDAD: 1 UNIDAD	25	0,2800	0,0000	7,0000	15,0000	8,0500	900000000383080413140010000000

Subtotal	7,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	1,0500
Total	8,0500

Número de Items	25
Flete	0,0000
Total de la Orden	8,0500

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:17:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787950	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3699000157	*CARPETA FOLDER DE CARTULINA KRAFT (VINCHA INCLUIDA) **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ADICIONAL: PESTAÑA - ALTO: 33,5 CM - ANCHO: 23,8 CM - COLOR: KRAFT CAFE - FABRICANTE: Cogecomsa S.A. - GRAMAJE: 160 G/M2 - MATERIAL: CARTULINA KRAFT - UNIDAD: 1 UNIDAD - VINCHA METÁLICA: INCLUYE	100	0,2000	0,0000	20,0000	15,0000	23,0000	9000000003830804131400100000000

Subtotal	20,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	3,0000
Total	23,0000

Número de Items	100
Flete	0,0000
Total de la Orden	23,0000

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:17:25

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787949	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3699000155	*APRIETA PAPELES TIPO PINZA 41 MM **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - COLOR: NEGRO - FABRICANTE: ANHUI TIANHUI INDUSTRIAL - MATERIAL: METÁLICO DE ACERO INOXIDABLE - MODELO: TIPO PINZA 41 MM - UNIDAD: 1 CAJA DE 12 UNIDADES	50	1,1700	0,0000	58,5000	15,0000	67,2750	900000000383080413140010000000

Subtotal	58,5000
Impuesto al valor agregado (15%)	8,7750
Total	67,2750

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	67,2750

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:17:41

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787948	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001118	* PROTECTOR PLASTICO GRUESO PARA HOJAS A4 (100 UNIDADES) **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - COLOR: TRANSPARENTE - ESPESOR: 90 MICRONES - FABRICANTE: Cogecomsa S.A. - MATERIAL: POLIPROPILENO - NÚMERO DE PERFORACIONES: 11 PERFORACIONES CON PROTECTOR - PESO: 1200 G - TAMAÑO: A4 - UNIDAD: 1 PAQUETE DE 100 UNIDADES	6	17,7300	0,0000	106,3800	15,0000	122,3370	900000000383080413140010000000

Subtotal	106,3800
Impuesto al valor agregado (15%)	15,9570
Total	122,3370

Número de Items	6
Flete	0,0000
Total de la Orden	122,3370

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:17:57

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787947	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001113	* PARES DE PILAS C (ALCALINA) **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - FABRICANTE: RITEK - MATERIAL: ALCALINA - TIPO: C - UNIDAD: 1 PAR	10	3,4800	0,0050	34,7500	15,0000	39,9625	900000000383080413140010000000

Subtotal	34,7500
Impuesto al valor agregado (15%)	5,2125
Total	39,9625

Número de Items	10
Flete	0,0000
Total de la Orden	39,9625

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:18:16

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787946	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001110	* PARES DE PILAS AA (ALCALINA) **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - FABRICANTE: RITEK - MATERIAL: ALCALINA - TIPO: AA - UNIDAD: 1 PAR	20	1,6400	0,0020	32,7600	15,0000	37,6740	900000000383080413140010000000

Subtotal	32,7600
Impuesto al valor agregado (15%)	4,9140
Total	37,6740

Número de Items	20
Flete	0,0000
Total de la Orden	37,6740

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:18:31

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787945	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001109	* PARES DE PILAS AAA (ALCALINA) **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - FABRICANTE: RITEK - MATERIAL: ALCALINA - TIPO: AAA - UNIDAD: 1 PAR	20	1,7900	0,0030	35,7400	15,0000	41,1010	900000000383080413140010000000

Subtotal	35,7400
Impuesto al valor agregado (15%)	5,3610
Total	41,1010

Número de Items	20
Flete	0,0000
Total de la Orden	41,1010

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:18:47

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787944	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001105	* MASKING DE 2 PULG. X 40 YARDAS MULTIUSO **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO: 2 PULGADAS - COLOR: CREMA - EXTENSIÓN: 40 YARDAS - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - MATERIAL ADHESIVO: HULE NATURAL - RESINA - MATERIAL SUSTRATO: PAPEL CREPÉ - RESISTENCIA: 4 KG/ CM - UNIDAD: 1 UNIDAD	50	1,5600	0,0000	78,0000	15,0000	89,7000	9000000003830804131400100000000

Subtotal	78,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	11,7000
Total	89,7000

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	89,7000

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:19:04

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787943	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3692000127	* CINTA DE EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 YD **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO DE LA CINTA MM X LARGO DE LA CINTA YARDA-YD: 48 MM X 40 YARDAS - COLOR: TRANSPARENTE - ELONGACIÓN: MÉTODO DE PRUEBA ESTÁNDAR - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - MATERIAL ADHESIVO: EMULSIÓN ACRÍLICA A BASE DE AGUA DE PRESIÓN SENSIBLE - MATERIAL RESPALDO: POLIPROPILENO BIORIENTADO - PESO APROXIMADO UND: 90 GRAMOS - UNIDAD: 1 UNIDAD	50	0,6600	0,0000	33,0000	15,0000	37,9500	900000000383080413140010000000

Subtotal	33,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	4,9500
Total	37,9500

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	37,9500

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:19:24

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787942	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001128	*TABLA PARA APUNTES (APOYAMANOS) PLÁSTICO **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO: 22,3 CM - ANCHO PISA PAPEL: 3 CM - CAPACIDAD: 1 A 100 HOJAS - COLOR: VARIOS COLORES NEGRO, AZUL, VERDE, ROJO, AMARILLO - ESPESOR: 3,3 MM - FABRICANTE: Cogecomsa S.A. - LARGO: 30,9 CM - LARGO PISA PAPEL: 12 CM - MATERIAL: POLYESTIRENO CRISTAL - MATERIAL DEL PISA PAPEL: METAL NIQUELADO - MATERIAL REMACHES METÁLICOS: METAL NIQUELADO - NÚMERO DE REMACHES: 2 - UNIDAD: 1 UNIDAD	25	1,7000	0,0000	42,5000	15,0000	48,8750	900000000383080413140010000000

Subtotal	42,5000
Impuesto al valor agregado (15%)	6,3750
Total	48,8750

Número de Items	25
Flete	0,0000
Total de la Orden	48,8750

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:19:36

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787941	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00					

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3699000188	* GRAPADORA NORMAL METALICA GRANDE **MARCA:** EAGLE - ALTO: 6 CM - ANCHO: 3,8 CM - COLOR: NEGRO - FABRICANTE: TUNG YUNG INTERNATIONAL - LARGO: 18,8 CM - MATERIAL BASE: ANTIDESLIZANTE - MATERIAL PARTE SUPERIOR: METAL Y PLÁSTICO - PROFUNDIDAD DE GRAPA: PARA TIPO DE GRAPA ESTÁNDAR 26/6 - UNIDAD: 1 UNIDAD	5	4,9300	0,0100	24,6000	15,0000	28,2900	900000000383080413140010000000

Subtotal	24,6000
Impuesto al valor agregado (15%)	3,6900
Total	28,2900

Número de Items	5
Flete	0,0000
Total de la Orden	28,2900

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:19:51

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787940	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
4299500126	* GRAPAS 26/6 CAJA DE 1000 U **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - COLOR: PLATA - FABRICANTE: SHAOXING QIANJIANG PIN INDUSTRY - MATERIAL: ACERO INOXIDABLE - TAMAÑO: 26/6 - UNIDAD: 1 CAJA DE 1000 UNIDADES	50	0,9300	0,0020	46,4000	15,0000	53,3600	9000000003830804131400100000000

Subtotal	46,4000
Impuesto al valor agregado (15%)	6,9600
Total	53,3600

Número de Items	50
Flete	0,0000
Total de la Orden	53,3600

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:20:07

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787939	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3260000211	* LIBRO DE ACTAS (BITACORA) DE 100 HOJAS **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO: 20,5 CM - CAPACIDAD: 100 HOJAS - COLOR: VARIOS COLORES VERDE,ROJO,AZUL - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - GRAMAJE DE PAPEL: 56 G/M2 - LARGO: 29,5 CM - MATERIAL CUBIERTA: PASTA DURA 1,5 DE ESPESOR DE CARTÓN - MATERIAL INTERIOR: PAPEL BOND - RAYADO: CUADROS/ LÍNEAS - UNIDAD: 1 UNIDAD	4	3,3800	0,0000	13,5200	15,0000	15,5480	900000000383080413140010000000

Subtotal	13,5200
Impuesto al valor agregado (15%)	2,0280
Total	15,5480

Número de Items	4
Flete	0,0000
Total de la Orden	15,5480

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:20:23

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787938	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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: DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Funcionario Encargado del Proceso	**Persona que autoriza**	**Máxima Autoridad**
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3212920135	*ARCHIVADORES TAMAÑO OFICIO LOMO 8 CM **MARCA:** FENIX OFFICE SUPPLIES - ANCHO: 27,5 CM - CALIBRE DEL CARTÓN: 1,75 MM - COLOR: NEGRO JASPEADO - DIMENSIÓN DEL LOMO: 8 CM - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - LARGO: 33,5 CM - MATERIAL: CARTÓN - MATERIAL FONDO EXTERIOR: PAPEL DE 120 G - MATERIAL FONDO INTERIOR: PAPEL DE 90 G - MECANISMO Y PRESOR: METÁLICO RESISTENTE A LA CORROSION - MODELO: ARCHIVADOR CON RADO EN LOMO Y PARTE FRONTAL - UNIDAD: 1 UNIDAD	100	1,9500	0,0100	194,0000	15,0000	223,1000	900000000383080413140010000000

Subtotal	194,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	29,1000
Total	223,1000

Número de Items	100
Flete	0,0000
Total de la Orden	223,1000

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:21:44

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002787937	**Fecha de emisión:**	26-02-2025	**Fecha de aceptación:**	28-02-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. DIEGO ALVARADO CAMINO	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO SUBROGANTE	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:** MANABI	**Cantón:** SUCRE	**Parroquia:** LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ				
	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:** 08H30 A 12H00 DE 14H00 A 16H00						

	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA - ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA; ING. PAÚL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OFICINA EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE OFICINA DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; adridj10@hotmail.com; bodegahmha@gmail.com; vvachunlcontable80@gmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA: 0983248697; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027, PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN LCDO. ADRIÁN CEDEÑO MEZA, DESIGNADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD MEDIANTE MEMORANDO NRO. .MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-0870-M	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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:
DIEGO FERNANDO ALVARADO CAMINO

Persona que autoriza

Nombre: DR. DIEGO ALVARADO CAMINO

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
36990001121	* REGLA PLÁSTICA 30 CM **MARCA:** CARIOCA - ANCHO: 3,3 CM - COLOR: TRANSPARENTE - FABRICANTE: PLASTIUNIVERSAL S.A. - GRADUACIÓN: MILIMETRADO - LARGO: 30 CM - MATERIAL: POLIESTIRENO - UNIDAD: 1 UNIDAD	12	0,2500	0,0000	3,0000	15,0000	3,4500	900000000383080413140010000000

Subtotal	3,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	0,4500
Total	3,4500

Número de Items	12
Flete	0,0000
Total de la Orden	3,4500

Fecha de Impresión: miércoles, 5 de marzo de 2025, 11:21:59

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002933322	**Fecha de emisión:**	27-10-2025	**Fecha de aceptación:**	28-10-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	ASOCIACION DE SERVICIOS DE LIMPIEZA CIUDADANOS ECOLOGICOS ASOLIARCA	**RUC:**	0993124362001
Nombre del representante legal:	MOLINA YEPEZ MAURICIO FERNANDO				
Correo electrónico el representante legal:	asoliarca@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	asoliarca@gmail.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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		

Dirección Entidad:						
	Provincia:	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30			
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. RAÚL ANDRÉS GARCÍA TALLEDO, ADMINISTRADOR DE LA 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-2025-4859-M se designa como Administrador de la Orden de Compra al Ing. Raúl Andrés García Talledo, Analista de Eléctrica - Electrónica. El inicio del plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación del Administrador de la Orden de Compra. Favor comunicarse al número de contacto: 0981116002.				

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: zmandrade

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
853300012	LIMPIEZA DE INTERIORES Y EXTERIORES TIPO III - EQUIPAMIENTO: *Uniforme *Credencial de la empresa con foto y datos personales en letra legible y grande *Mascarillas desechables especiales para limpieza *Guantes de caucho. - 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. - 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. - 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 - MAQUINARIA: Abrillantadoras 1 por cada 6000 m². Aspiradora Industriales 1 por cada 10.000 m². Bombas Fumigadoras a motor 1 por	19086 (1 Meses)	1,2900	0,0000	24.620,9400	15,0000	28.314,0810	900000000353020913140010000000

	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 caso de que existan jardines - 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. - 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) - 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. - 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. - 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 período 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. - 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.							

Subtotal	24.620,9400
Impuesto al valor agregado (15%)	3.693,1410
Total	28.314,0810

Número de Items	19086
Total de la Orden	28.314,0810

Fecha de Impresión: martes, 28 de octubre de 2025, 17:28:41

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002934363	**Fecha de emisión:**	29-10-2025	**Fecha de aceptación:**	30-10-2025
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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección Entidad:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDA. KIMBERLY ANCHUNDIA ADRIÁN, RESPONSABLE UNIDAD DE NUTRICIÓN COMO 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-2025-4890-M se designa como Administradora de la Orden de Compra a la Lcda. Kimberly Janeth Anchundia Adrián, Responsable de Nutrición y Dietética. El inicio del plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación de la Administradora de la Orden de Compra. Favor comunicarse al 0996406775. La orden de compra finalizará por cumplimiento del plazo contratado y/o hasta consumir el total de raciones contratadas.

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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) - CAPACIDAD MÁXIMA DE PRODUCCIÓN:: La capacidad productiva se establece de la siguiente manera: Un	1800 (1 Meses)	12,3400	0,0000	22.212,0000	15,0000	25.543,8000	900000000353023513140010000000

	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. - 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 (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. - 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. - 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). - 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. - 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. - 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. - 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. - 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. - 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. - PRECIO DE ADHESIÓN: US$ 12,34 Por ración (No incluye IVA) - 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). - 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. - UNIDAD DE MEDIDA: Una ración= tres (3) comidas: desayuno, almuerzo y merienda, más dos (2) colaciones.							

Subtotal	22.212,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	3.331,8000
Total	25.543,8000

Número de Items	1800
Total de la Orden	25.543,8000

Fecha de Impresión: jueves, 30 de octubre de 2025, 09:39:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002934362	**Fecha de emisión:**	29-10-2025	**Fecha de aceptación:**	30-10-2025
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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección Entidad:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDA. KIMBERLY ANCHUNDIA ADRIÁN, RESPONSABLE UNIDAD DE NUTRICIÓN COMO 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-2025-4890-M se designa como Administradora de la Orden de Compra a la Lcda. Kimberly Janeth Anchundia Adrián, Responsable de Nutrición y Dietética. El inicio del plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación de la Administradora de la Orden de Compra. Favor comunicarse al 0996406775. La orden de compra finalizará por cumplimiento del plazo contratado y/o hasta consumir el total de raciones contratadas.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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)) - 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). - 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 especificas del servicio señaladas en la	7200 (1 Meses)	2,5340	0,0000	18.244,8000	15,0000	20.981,5200	90000000035302351314001000000000

	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 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). - EQUIPO MINIMO 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 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). - 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: 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. - 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. - 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). - 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. - 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. - 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 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 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. - 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. - PRECIO DE ADHESIÓN: US$ 2,534 (No incluye IVA) - 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). - 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.								

	- UNIDAD DE MEDIDA: Una ración= desayuno o almuerzo o merienda.							

Subtotal	18.244,8000
Impuesto al valor agregado (15%)	2.736,7200
Total	20.981,5200

Número de Items	7200
Total de la Orden	20.981,5200

Fecha de Impresión: jueves, 30 de octubre de 2025, 09:38:30

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002949738	**Fecha de emisión:**	27-11-2025	**Fecha de aceptación:**	28-11-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección Entidad:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDA. KIMBERLY ANCHUNDIA ADRIÁN, RESPONSABLE DE NUTRICIÓN - 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-2025-5072-M se designa como Administradora de la Orden de Compra a la Lcda. Kimberly Janeth Anchundia Adrián, Responsable de Nutrición y Dietética. El inicio del plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación de la Administradora de la Orden de Compra. Favor comunicarse al 0996406775. La orden de compra finalizará por cumplimiento del plazo contratado y/o hasta consumir el total de raciones contratadas. Los fondos para realizar los pagos de la presente orden provienen de certificaciones plurianuales con cargo a la partida presupuestaria 90 00 000 003 530235 1314 001 0000 0000 Servicio de Alimentación.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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)) - 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). - 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 especificas del servicio señaladas en la	7200 (4 Meses)	2,5340	0,0000	72.979,2000	15,0000	83.926,0800	90000000035302351314001000000000

	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 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). - EQUIPO MINIMO 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 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). - 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: 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. - 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. - 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). - 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. - 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. - 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 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 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. - 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. - PRECIO DE ADHESIÓN: US$ 2,534 (No incluye IVA) - 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). - 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.								

	- UNIDAD DE MEDIDA: Una ración= desayuno o almuerzo o merienda.							

Subtotal	72.979,2000
Impuesto al valor agregado (15%)	10.946,8800
Total	83.926,0800

Número de Items	7200
Total de la Orden	83.926,0800

Fecha de Impresión: viernes, 28 de noviembre de 2025, 16:18:49

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002944020	**Fecha de emisión:**	18-11-2025	**Fecha de aceptación:**	19-11-2025
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. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección Entidad:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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 12h00 y de 13h30 a 16h00
	Responsable de recepción de mercaderia:	LCDA. KIMBERLY ANCHUNDIA ADRIÁN, RESPONSABLE DE NUTRICIÓN - 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-2025-5072-M se designa como Administradora de la Orden de Compra a la Lcda. Kimberly Janeth Anchundia Adrián, Responsable de Nutrición y Dietética. El inicio del plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación de la Administradora de la Orden de Compra. Favor comunicarse al 0996406775. La orden de compra finalizará por cumplimiento del plazo contratado y/o hasta consumir el total de raciones contratadas. Los fondos para realizar los pagos de la presente orden provienen de certificaciones plurianuales con cargo a la partida presupuestaria 90 00 000 003 530235 1314 001 0000 0000 Servicio de Alimentación.

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. CARLOS CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

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)	1800 (3 Meses)	12,3400	0,0000	66.636,0000	15,0000	76.631,4000	900000000353023513140010000000

	- 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. - 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 (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. - 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. - 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). - 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. - 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. - 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. - 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. - 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. - 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. - PRECIO DE ADHESIÓN: US$ 12,34 Por ración (No incluye IVA) - 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). - 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. - UNIDAD DE MEDIDA: Una ración= tres (3) comidas: desayuno, almuerzo y merienda, más dos (2) colaciones.							

Subtotal	66.636,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	9.995,4000
Total	76.631,4000

Número de Items	1800
Total de la Orden	76.631,4000

Fecha de Impresión: miércoles, 19 de noviembre de 2025, 17:13:44

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942018	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LEDESMA RAMOS MARTHA GRIMANEZA	**Razón social:**	LEDESMA RAMOS MARTHA GRIMANEZA	**RUC:**	0201129939001
Nombre del representante legal:	LEDESMA RAMOS MARTHA GRIMANEZA				
Correo electrónico el representante legal:	marthaledesma67@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ventasnovaseo@hotmail.com		
Teléfono:	3672742 0987248387 0999467680				

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	2203972268	**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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30
	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO	

	PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3543002119	*DETERGENTE LIQUIDO MULTIUSO GALON **MARCA:** Magnolia - ETIQUETADO: Conforme con la normativa aplicable y la Notificación Sanitaria Obligatoria vigente - FABRICANTE: Francisco Antonio Arias García - MATERIAL DEL ENVASE: Polietileno de alta densidad - MECANISMO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Y NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA: Resolución No. ARCSA-DE-018-2018-JCGO - NORMA TÉCNICA DE CALIDAD: Norma NTE INEN 847	130	3,9900	0,0000	518,7000	15,0000	596,5050	900000000353080513140010000000

	- NÚMERO/ CÓDIGO DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA [NSO]: NSOH46619-24EC - PESO DEL ENVASE CON TAPA: 120 g - PRESENTACIÓN COMERCIAL: Galón[3,785 litros] - PROPIEDADES CUALITATIVAS/ TEXTURA: Sustancia homogénea y traslúcida, en forma de dispersión o solución acuosa. - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ INGREDIENTES ACTIVOS: Tensoactivos - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ OLOR: Varios - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ SOLUBILIDAD: Completamente soluble en agua - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ COLOR: Varios - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ MATERIA ACTIVA: 15% - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ MATERIA INSOLUBLE EN AGUA: Libre de materia insoluble en agua - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ MATERIA INSOLUBLE EN ALCOHOL: 2% - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/OTROS INGREDIENTES: Abrillantadores ópticos, colorante y fragancia - USO: Limpieza en general. Uso Industrial							

Subtotal	518,7000
Impuesto al valor agregado (15%)	77,8050
Total	596,5050

Número de Items	130
Flete	0,0000
Total de la Orden	596,5050

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:36:17

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942017	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	LEDESMA RAMOS MARTHA GRIMANEZA	**Razón social:**	LEDESMA RAMOS MARTHA GRIMANEZA	**RUC:**	0201129939001
Nombre del representante legal:	LEDESMA RAMOS MARTHA GRIMANEZA				
Correo electrónico el representante legal:	marthaledesma67@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ventasnovaseo@hotmail.com		
Teléfono:	3672742 0987248387 0999467680				

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	2203972268	**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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30
	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO	

	PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3533100126	*AMBIENTAL LIQUIDO GALON **MARCA:** MAGNOLIA - ETIQUETADO: CONFORME CON LA NORMATIVA APLICABLE Y LA NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA VIGENTE - FABRICANTE: FRANCISCO ANTONIO ARIAS GARCIA - MATERIAL DEL ENVASE: POLIETILENO DE ALTA DENSIDAD - MECANISMO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Y NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA: DECISIÓN 706 CAN - NÚMERO/ CÓDIGO DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA [NSO]: NRO. NSOH45008-22EC	130	1,8900	0,0000	245,7000	15,0000	282,5550	900000000353080513140010000000

	- PESO DEL ENVASE CON TAPA: 125 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: GALÓN [3,785 LITROS] - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ DENSIDAD A 20 ºC: 1,00 G/ML - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ INGREDIENTES ACTIVOS: FRAGANCIA - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ OLOR: VARIOS - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ COLOR: VARIOS - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ ESTADO FÍSICO A 20° C: LÍQUIDO - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ OTROS INGREDIENTES: AGUA, ALCOHOL ETÍLICO Y COLORANTES - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/PH: 6,2 - USO: PARA AROMATIZAR EL AMBIENTE. USO DOMÉSTICO							

Subtotal	245,7000
Impuesto al valor agregado (15%)	36,8550
Total	282,5550

Número de Items	130
Flete	0,0000
Total de la Orden	282,5550

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:35:58

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942016	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3532200124	*LIQUIDO PARA LIMPIAR VIDRIOS LITRO **MARCA:** ESTRELLA - ETIQUETADO: CUMPLE CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE Y A LA NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA VIGENTE - FABRICANTE: DIMABRU CIA.LTDA. - MATERIAL DEL ENVASE: POLIETILENO DE ALTA DENSIDAD - MECANISMO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Y NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA: RESOLUCIÓN NO. ARCSA-DE-018-2018-JCGO - NÚMERO/ CÓDIGO DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA [NSO]: NSOH14410-16EC - PESO DEL ENVASE CON TAPA: 48 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: LITRO - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ INGREDIENTES ACTIVOS: TENSOACTIVO Y PUEDE CONTENER FRAGANCIAS, COLORANTES, ANTIOXIDANTES Y COADYUVANTES - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ OLOR: CITRICO - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ SOLUBILIDAD: COMPLETAMENTE SOLUBLE EN AGUA - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ CARACTERÍSTICA: LÍQUIDO QUE ELIMINA LA GRASA Y EL POLVO ADHERIDO A LA SUPERFICIE DEL VIDRIO PRODUCIENDO UNA LIMPIEZA ADECUADA, SIN RAYAR NI MANCHAR - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ COLOR: CELESTE - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ CONTENIDO DE AGUA: 95% - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ OTROS INGREDIENTES: AGUA DESMINERALIZADA - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ PH: 8.25 - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ SOLUCIÓN: ACUOSA HOMOGÉNEA - USO: LÍQUIDO PARA LIMPIAR VIDRIOS. USO INDUSTRIAL	24	1,2300	0,0000	29,5200	15,0000	33,9480	900000000353080513140010000000

Subtotal	29,5200
Impuesto al valor agregado (15%)	4,4280
Total	33,9480

Número de Items	24
Flete	0,0000
Total de la Orden	33,9480

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:35:37

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002942015	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:		**Razón social:**	ESPINOZA ALVAREZ CARLOS ADRIAN	**RUC:**	0104503719001		
Nombre del representante legal:							
Correo electrónico el representante legal:	mastercleancue@hotmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	mastercleancue@hotmail.com				
Teléfono:	0997323055 0990508600						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	7949790	**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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					
	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA					
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN						

	CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC	Firmado electrónicamente por: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ. Validar únicamente con FirmaEC
Nombre: zmandrade	Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
342401418	*HIPOCLORITO DE SODIO AL 10 POR CIENTO, GALON **MARCA:** CLOROMASTER - ETIQUETADO: Conforme a la normativa aplicable y a la Notificación Sanitaria Obligatoria vigente. - FABRICANTE: CARLOS ESPINOZA - MATERIAL DEL ENVASE: Polietileno de	60	2,9500	0,0000	177,0000	15,0000	203,5500	900000000353080513140010000000

	alta densidad - MECANISMO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Y NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA: Resolución No. ARCSA-DE-018-2018- JCGO - NORMA TÉCNICA DE CALIDAD: Norma NTE INEN 1583 - NÚMERO/ CÓDIGO DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA [NSO]: NSOH36793-20EC - PESO DEL ENVASE CON TAPA: Desde 120 g - PRESENTACIÓN COMERCIAL: Galón [3,785 litros] - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ CONTENIDO DE SEDIMENTOS: 0.15 % - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ ESTABILIDAD: 14 g/l - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ INGREDIENTES ACTIVOS: Hipoclorito de sodio 10% - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ OLOR: Característico irritante - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ COLOR: Amarillo verdoso - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ CONTENIDO DE CLORO DISPONIBLE: 100 g/l - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ CONTENIDO DE ÁLCALI [NAOH]: 14 g/l - PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS/ OTROS INGREDIENTES: Agua desmineralizada - USO: Desinfectante, limpiador y blanqueador. Uso Industrial							

Subtotal	177,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	26,5500
Total	203,5500

Número de Items	60
Flete	0,0000
Total de la Orden	203,5500

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:35:19

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942014	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	JARAMILLO VALENCIA KEVIN ISAAC	**RUC:**	1719519447001
Nombre del representante legal:					
Correo electrónico el representante legal:	kevinjaramillovalencia@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	kevinjaramillovalencia@gmail.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Ahorros	**Número de cuenta:**	2205342872	**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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30
	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS	

	PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
3899300129	*SET DE MOPA (MANGO, BASE, MOPA) DE 46 CM **MARCA:** TECNIMATRIC - COLOR: VERDE - DIMENSIÓN DE BASE: 46 CM - FABRICANTE: WILSON GUILLERMO JARAMILLO HERRERA - MATERIAL DE LA BASE: PLÁSTICO - MATERIAL DE LA MOPA: MICROFIBRA POLIÉSTER 80% - MATERIAL DEL MANGO: TUBO PLASTIFICADO TELESCÓPICO - PESO DE LA MOPA: 90 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: SET - USO: PARA LIMPIAR, SECAR Y ABRILLANTAR PISOS Y SUPERFICIES - VAE: 81.12 %	40	14,8000	0,0000	592,0000	15,0000	680,8000	900000000353080513140010000000

Subtotal	592,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	88,8000
Total	680,8000

Número de Items	40
Flete	0,0000
Total de la Orden	680,8000

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:34:42

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942013	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3694000116	*ATOMIZADOR 500 CC **MARCA:** PRODELSOL - CAPACIDAD: 500 CC - COLOR: ROJO, AZUL, VERDE, TRANSPARENTE - FABRICANTE: PRODUCTOS DEL SOL ECUADOR PRODELSOLEC CIA.LTDA. - MATERIAL: POLIETILENO DE ALTA DENSIDAD CON PISTOLA - PESO DEL PRODUCTO: 62 GRAMOS - PRESENTACIÓN: UNIDAD - USO: ESPARCIMIENTO DE LÍQUIDOS A TRAVÉS DE SU VÁLVULA - VAE: 42.37%	20	1,1000	0,0000	22,0000	15,0000	25,3000	900000000353080513140010000000

Subtotal	22,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	3,3000
Total	25,3000

Número de Items	20
Flete	0,0000
Total de la Orden	25,3000

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:34:25

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002942012	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
321931018	*PAPEL TOALLA DE MANOS DOBLE HOJA EN Z LAMINADA DE 150 UNIDADES **MARCA:** COGECOMSA - ANCHO HOJA SENCILLA: 21 CM - CARACTERÍSTICAS: DOBLE HOJA EN Z LAMINADA - COLOR: BLANCO - ENVOLTURA: ES DE PLÁSTICO QUE PROTEJE Y CUBRE TOTALMENTE DE LA CONTAMINACIÓN [HUMEDAD, POLVO, INSECTOS, ETC.], ASÍ COMO DEL MANEJO Y ESTIBADO - FABRICANTE: Cogecomsa S.A. - GRAMAJE: 38 G/M2 - LARGO HOJA SENCILLA: 23 CM - MATERIAL: FIBRA VIRGEN - PESO DEL PAQUETE: 275 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: PAQUETE DE CIENTO CINCUENTA [150] UNIDADES - TIPO DE HOJA: DOBLE - USO: SECADO DE MANOS - VAE: 80.71%	2000	0,6340	0,0000	1.268,0000	15,0000	1.458,2000	900000000353080513140010000000

Subtotal	1.268,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	190,2000
Total	1.458,2000

Número de Items	2000
Flete	0,0000
Total de la Orden	1.458,2000

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:34:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942011	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3899300143	*REPUESTO DE MOPA (TRAPEO) 46 CM **MARCA:** SOLKLIM - COLOR: PLOMO, BLANCO, ROJO - DIMENSIÓN: 46 CM - FABRICANTE: KARINA FERNANDA LEMA GERMAN - MATERIAL DE LA MOPA: MICROFIBRA POLIÉSTER 80% - PESO DE LA MOPA: 85 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: UNIDAD - USO: MOPA PLANA PARA TRAPEAR PISOS Y SUPERFICIES - VAE: 75 %	24	4,0000	0,0000	96,0000	15,0000	110,4000	900000000353080513140010000000

Subtotal	96,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	14,4000
Total	110,4000

Número de Items	24
Flete	0,0000
Total de la Orden	110,4000

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:32:39

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942010	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30				

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3641000223	*FUNDA DE BASURA DOMESTICA NEGRA 23X28 PULGADAS **MARCA:** COGECOMSA - COLOR: NEGRO - ELONGACIÓN A LA ROTURA: DM 609 %- DT 782 % NTE INEN 2290 - ESPESOR DE LA PELÍCULA PLÁSTICA: 30.59 MICRAS NTE INEN 2290 - ETIQUETADO: CUMPLE CONFORME LA NORMA NTE INEN 2290 - FABRICANTE: Cogecomsa S.A. - MATERIAL: POLIETILENO DE BAJA DENSIDAD Y MATERIAL RECICLADO EN UN 70% - MECANISMO DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE LA CALIDAD: CUMPLE CON LOS MÉTODOS DE ENSAYO INDICADOS EN LA NORMA NTE INEN 2290 - MEDIDA P-L EN CM Y PULGADAS: 58 X 71 CM [23" X 28"] - PESO DEL PAQUETE 10 UNIDADES: 197.10 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: PAQUETE DE DIEZ 10 UNIDADES - RESISTENCIA A LA TRACCIÓN: DM 22.3 MPA - DT 20.8 MPA, NTE INEN 2290 - USO: PARA RESIDUOS Y DESECHOS SÓLIDOS, A EXCEPCIÓN DE DESECHOS PELIGROSOS Y ESPECIALES - VAE: 78.18 %	2500	1,1600	0,0000	2.900,0000	15,0000	3.335,0000	900000000353080513140010000000

Subtotal	2.900,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	435,0000
Total	3.335,0000

Número de Items	2500
Flete	0,0000
Total de la Orden	3.335,0000

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:32:10

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942009	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30				

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
279920117	*GUANTES DE CAUCHO NO 9 BICOLOR **MARCA:** ESTRELLA - CALIBRE DEL CAUCHO: 25 MM - CARACTERÍSTICAS: GUANTE SATINADO, CON ORILLO DE REFUERZO EN LA MANGA PARA EVITAR DESGARRE, DISEÑO ANATÓMICO Y FORMA CURVA EN DEDOS PARA AJUSTE - COLOR: BICOLOR : NEGRO-VERDE NEGRO-AMARILLO - EMPAQUE: EL PRODUCTO ES EMPACADO EN FUNDA PLÁSTICA DE TAL FORMA QUE NO ALTERA EL MATERIAL DEL CUAL ESTÁ ELABORADO Y CONSERVARLO DURANTE EL TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO - FABRICANTE: DIMABRU CIA.LTDA. - LONGITUD: 30 CM - MATERIAL: LÁTEX 100% NATURAL DE BAJO AMONIO - PESO: 40 G CADA GUANTE - PRESENTACIÓN COMERCIAL: PAR [GUANTE IZQUIERDO Y DERECHO] - RESISTENCIA A LA TENSIÓN: 100,0 DAN/CM2 - RESISTENCIA AL DESGARRE: 30,0 DAN/CM2 - TALLA: 9 - USO: PARA LA PROTECCIÓN DE MANOS - VAE: 77 %	24	1,4400	0,0000	34,5600	15,0000	39,7440	900000000353080513140010000000

Subtotal	34,5600
Impuesto al valor agregado (15%)	5,1840
Total	39,7440

Número de Items	24
Flete	0,0000
Total de la Orden	39,7440

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:31:48

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942008	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30				

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
279920115	*GUANTES DE CAUCHO NO 8 BICOLOR **MARCA:** ESTRELLA - CALIBRE DEL CAUCHO: 25 MM - CARACTERÍSTICAS: GUANTE SATINADO, CON ORILLO DE REFUERZO EN LA MANGA PARA EVITAR DESGARRE, DISEÑO ANATÓMICO Y FORMA CURVA EN DEDOS PARA AJUSTE - COLOR: BICOLOR : NEGRO-VERDE NEGRO-AMARILLO - EMPAQUE: EL PRODUCTO ES EMPACADO EN FUNDA PLÁSTICA DE TAL FORMA QUE NO ALTERA EL MATERIAL DEL CUAL ESTÁ ELABORADO Y CONSERVARLO DURANTE EL TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO - FABRICANTE: DIMABRU CIA.LTDA. - LONGITUD: 30 CM - MATERIAL: LÁTEX 100% NATURAL DE BAJO AMONIO - PESO: 40 G CADA GUANTE - PRESENTACIÓN COMERCIAL: PAR [GUANTE IZQUIERDO Y DERECHO] - RESISTENCIA A LA TENSIÓN: 100,0 DAN/CM2 - RESISTENCIA AL DESGARRE: 30,0 DAN/CM2 - TALLA: 8 - USO: PARA LA PROTECCIÓN DE MANOS - VAE: 77 %	24	1,4300	0,0000	34,3200	15,0000	39,4680	900000000353080513140010000000

Subtotal	34,3200
Impuesto al valor agregado (15%)	5,1480
Total	39,4680

Número de Items	24
Flete	0,0000
Total de la Orden	39,4680

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:31:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942007	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3694000123	*RECOGEDOR DE BASURA CON MANGO DE PLASTICO **MARCA:** SOLKLIM - ALTO DEL RECOGEDOR: 8 CM - ANCHO DEL RECOGEDOR: 24 CM - COLOR: AMARILLO, AZUL, ROJO, VERDE - ESPECIFICACIÓN DEL MATERIAL DEL RECOGEDOR: POLIPROPILENO - FABRICANTE: KARINA FERNANDA LEMA GERMAN - LARGO DEL MANGO: 79 CM - MANGO: TUBO PLASTIFICADO - PRESENTACIÓN COMERCIAL: UNIDAD - USO: LEVANTAR BASURA ACUMULADA - VAE: 82 %	24	1,9100	0,0000	45,8400	15,0000	52,7160	900000000353080513140010000000

Subtotal	45,8400
Impuesto al valor agregado (15%)	6,8760
Total	52,7160

Número de Items	24
Flete	0,0000
Total de la Orden	52,7160

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:30:51

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942006	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
266101215	*FRANELA CORTADA 1 METRO **MARCA:** SOLKLIM - COLOR: ROJO - FABRICANTE: KARINA FERNANDA LEMA GERMAN - MATERIAL: ALGODÓN 65% , MICROFIBRA 80% - MEDIDAS ANCHO: 60 CM - MEDIDAS LARGO: 1 METRO - PESO DEL PRODUCTO: 96 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: UNIDAD - USO: LIMPIEZA DE SUPERFICIES - VAE: 52 %	102	2,4900	0,0000	253,9800	15,0000	292,0770	9000000003530805131400100000000

Subtotal	253,9800
Impuesto al valor agregado (15%)	38,0970
Total	292,0770

Número de Items	102
Flete	0,0000
Total de la Orden	292,0770

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:30:29

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942005	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
363900012	*ESPONJA MIXTA CON FIBRA Y CON CANAL SALVA UÑAS **MARCA:** ZENTELLA - ALTO: 9 CM - ANCHO: 6,5 CM - COLORES: ESPONJA AMARILLA CON FIBRA VERDE - COMPOSICIÓN: ESPUMA DE POLIURETANO, FIBRA ACRÍLICA TEÑIDA, RESINA Y ABRASIVO - DESCRIPCIÓN: ESPONJA SUAVE Y FLEXIBLE - FABRICANTE: DIMABRU CIA.LTDA. - PRESENTACIÓN COMERCIAL: UNIDAD - PROFUNDIDAD: 4 CM - USO: LAVADO DE VAJILLA - VAE: 85 %	100	0,2700	0,0000	27,0000	15,0000	31,0500	900000000353080513140010000000

Subtotal	27,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	4,0500
Total	31,0500

Número de Items	100
Flete	0,0000
Total de la Orden	31,0500

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:30:12

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002942004	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
321930018	*PAPEL HIGIENICO JUMBO DOBLE HOJA BLANCO 250 METROS **MARCA:** COGECOMSA - ANCHO DE HOJA: 8.9 CM - CARACTERÍSTICAS: EL PAPEL HIGIÉNICO ES LIBRE DE MANCHAS, GRUMOS DE FIBRAS, ASTILLAS DE MADERA O CUALQUIER OTRO MATERIAL EXTRAÑO A SU COMPOSICIÓN NORMAL, ES APTO PARA EL DISPENSADOR UNIVERSAL - COLOR: BLANCO - ETIQUETADO: DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMA NTE INEN 1430 - FABRICANTE: Cogecomsa S.A. - GRAMAJE: 28 G/M2 - LARGO: 250 M - LONGITUD DE LA HOJA ENTRE PERFORACIONES: 10 CM - MATERIAL: MATERIAL RECICLADO MÁS DEL 50% - MECANISMO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: CUMPLE CON LOS MÉTODOS DE ENSAYO INDICADOS EN LA NORMA NTE INEN 1430 VIGENTE - PESO DEL PAQUETE DE 1 UNIDAD [GRAMAJE X ALTO X LARGO]: 623 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: UNIDAD - RESISTENCIA A LA ROTURA POR TRACCIÓN LONGITUDINAL: 50 N/M - TIEMPO DE ABSORCIÓN: 17.4 S - TIPO: DOBLE HOJA - USO: ASEO PERSONAL - VAE: 66.7 %	2000	2,6800	0,0000	5.360,0000	15,0000	6.164,0000	900000000353080513140010000000

Subtotal	5.360,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	804,0000
Total	6.164,0000

Número de Items	2000
Flete	0,0000
Total de la Orden	6.164,0000

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:29:46

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002942003	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001		
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR						
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec				
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361						
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA
DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE							
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009		
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com				
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3899309113	* CEPILLO PARA SANITARIO CON BASE PLASTICA **MARCA:** ESTRELLA - ALTO TOTAL DEL CEPILLO: 35 CM - ANCHO TOTAL DEL CEPILLO: 7.5 CM - COLOR: BLANCO - CONSISTENCIA: DURA - FABRICANTE: DIMABRU CIA.LTDA. - MATERIAL CERDAS: FIBRAS DE POLIPROPILENO Y POLIPROPILENO RIZADO - MATERIAL DE LA BASE Y EL MANGO: POLIPROPILENO - MEDIDAS DE LA BASE: ANCHO DE 13 CM , ALTO DE 10 CM - PRESENTACIÓN COMERCIAL: UNIDAD - TIPO DE CERDA: RIZADA - USO: PARA LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SANITARIOS - VAE: 75 %	12	0,9500	0,0000	11,4000	15,0000	13,1100	900000000353080513140010000000

Subtotal	11,4000
Impuesto al valor agregado (15%)	1,7100
Total	13,1100

Número de Items	12
Flete	0,0000
Total de la Orden	13,1100

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:29:08

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002942002	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	18-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:	COGECOMSA S. A.	**Razón social:**	COMPAÑIA GENERAL DE COMERCIO COGECOMSA S. A.	**RUC:**	1790732657001
Nombre del representante legal:	LOZADA LOPEZ GERMAN BOLIVAR				
Correo electrónico el representante legal:	cogecomsa@cogecomsa.ec	**Correo electrónico de la empresa:**	cogecomsa@cogecomsa.ec		
Teléfono:	0994669451 0994669204 0994669451 023814360 023814361				

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	3275716104	**Código de la Entidad Financiera:**	210358	**Nombre de la Entidad Financiera:**	BANCO DEL PICHINCHA

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
Entidad contratante:	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	**RUC:**	1360007560001	**Teléfono:**	052690009
Persona que autoriza:	DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					

	Responsable de recepción de mercaderia:	SRA. CINTHIA REYES MENDOZA, ADMINISTRADORA DE ORDEN DE COMPRA; MGS. PAUL BRAVO BARRETO, RESPONSABLE DE BODEGA
Observación:	LA ENTREGA ES EN LA BODEGA DEL HOSPITAL UBICADA EN LA AV. SIXTO DURAN BALLEN, KM 4 1/2 VÍA BAHÍA TOSAGUA. ES INDISPENSABLE QUE PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE ASEO EL PROVEEDOR REMITA PREVIAMENTE A SU ENTREGA EN CASO DE NO HACERLO PERSONALMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A FACTURA, ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN, ESPECIFICACIONES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO PROPIO QUE SE GENERE POR EL MATERIAL DE ASEO DE MANERA ELECTRÓNICA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: hospmhalcivar@gmail.com; paulbravoec@gmail.com; www.cinthiare@hotmail.com. FAVOR COMUNICARSE A LOS CONTACTOS: SRA. CINTHIA REYES MENDOZA: 0991136568; ING. PAÚL BRAVO BARRETO: 0967463027 PARA COORDINAR LAS ENTREGAS DE LAS ÓRDENES. LOS PAGOS SE REALIZARAN CON CARGO A LA CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA PLURIANUAL NRO. 15733 CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 90 00 000 003 530805 1314 001 0000 0000 MATERIALES DE ASEO EN EL AÑO 2026.	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE								
CPC	**Descripción**	**Cant**	**V. unitario**	**Descuento**	**Sub. Total**	**Impuesto (%)**	**V. Total**	**Partida Presup.**
3641000233	*FUNDA DE BASURA USO INDUSTRIAL NEGRA 30 X 36 **MARCA:** COGECOMSA - COLOR: NEGRA - ELONGACIÓN A LA ROTURA: DM 637 % - DT 760 % NTE INEN 2290 - ESPESOR DE LA PELÍCULA PLÁSTICA: 42.8 MICRAS NTE INEN 2290 - ETIQUETADO: CUMPLE CONFORME LA NORMA NTE INEN 2290 - FABRICANTE: COGECOMSA S.A. - MATERIAL: POLIETILENO DE BAJA DENSIDAD Y MATERIAL RECICLADO EN UN 70% - MECANISMO DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE LA CALIDAD: CUMPLE CON LOS MÉTODOS DE ENSAYO INDICADOS EN LA NORMA NTE INEN 2290 - MEDIDA P-L EN CM Y PULGADAS: 76 X 91 CM [30" X 36"] - PESO DEL PAQUETE 10 UNIDADES: 392.8 G - PRESENTACIÓN COMERCIAL: PAQUETE DE DIEZ 10 UNIDADES - RESISTENCIA A LA TRACCIÓN: DM 25.3 MPA - DT 22.5 MPA, NTE INEN 2290 - USO: PARA RESIDUOS Y DESECHOS SÓLIDOS, A EXCEPCIÓN DE DESECHOS PELIGROSOS Y ESPECIALES - VAE: 76.99 %	100	1,7600	0,0000	176,0000	15,0000	202,4000	900000000353080513140010000000

Subtotal	176,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	26,4000
Total	202,4000

Número de Items	100
Flete	0,0000
Total de la Orden	202,4000

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 16:28:27

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002941540	**Fecha de emisión:**	14-11-2025	**Fecha de aceptación:**	17-11-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	ASOCIACION DE SERVICIOS DE LIMPIEZA CIUDADANOS ECOLOGICOS ASOLIARCA	**RUC:**	0993124362001
Nombre del representante legal:	MOLINA YEPEZ MAURICIO FERNANDO				
Correo electrónico el representante legal:	mfmolinayepez@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	asoliarca@gmail.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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com

Dirección Entidad:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30				
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. RAÚL ANDRÉS GARCÍA TALLEDO, ADMINISTRADOR DE LA 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-2025-4956-M se designa como Administrador de la Orden de Compra al Ing. Raúl Andrés García Talledo, Analista de Eléctrica - Electrónica. El inicio del plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación del Administrador de la Orden de Compra. Favor comunicarse al número de contacto: 0981116002.

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
853300012	LIMPIEZA DE INTERIORES Y EXTERIORES TIPO III - EQUIPAMIENTO: *Uniforme *Credencial de la empresa con foto y datos personales en letra legible y grande *Mascarillas desechables especiales para limpieza *Guantes de caucho. - HABILIDADES Y CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE LIMPIEZA:	19086 (4 Meses)	1,2900	0,0000	98.483,7600	15,0000	113.256,3240	900000000353020913140010000000

	*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. - 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. - 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 - 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 caso de que existan jardines - 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. - 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) - 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.								

	- 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. - 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 período 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. - 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.							

Subtotal	98.483,7600
Impuesto al valor agregado (15%)	14.772,5640
Total	113.256,3240

Número de Items	19086
Total de la Orden	113.256,3240

Fecha de Impresión: martes, 18 de noviembre de 2025, 08:00:18

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO					
Orden de compra:	CE-20250002959094	**Fecha de emisión:**	17-12-2025	**Fecha de aceptación:**	18-12-2025
Estado de la orden:	Revisada				

DATOS DEL PROVEEDOR					
Nombre comercial:		**Razón social:**	MEEFROG SEGURIDAD Y VIGILANCIA CIA. LTDA.	**RUC:**	1792042364001
Nombre del representante legal:	TORRES LEON JORGE TOBIAS				
Correo electrónico el representante legal:	presidencia@meefrogseguridadec.com	**Correo electrónico de la empresa:**	monicaorq@hotmail.com		
Teléfono:					

Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	0700083129	**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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade	**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		

Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ
	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:**	08h30 a 16h30
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. JUAN CARLOS GARCIA DELGADO, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA
Observación:	Mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-5547-M se designa como Administrador de la Orden de Compra al Ing. Juan Carlos García Delgado, Analista de Electromecánica. El plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación del Administrador de la Orden de Compra. Favor comunicarse al número de contacto: 0939385283	

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
8525000217	Punto de servicio institucional de 24 horas de lunes a domingo permanente [mensual] con arma de fuego letal **MARCA:** Marca - 01 ARMAMENTO: • Arma de fuego. • Permiso de tenencia individual de armas actualizado otorgado por el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas. • Autorización de tenencia general de armas otorgado por el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas. Se requiere un (1) arma por punto de servicio - 02 CAPACITACIÓN: Capacitación Nivel II y Reentrenamiento Nivel II. De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Vigilancia y Seguridad Privada Art. 51 y 52. Y el Acuerdo Ministerial 0091 Reglamento de centros de capacitación y formación al personal de vigilancia y seguridad privada Art. 26 y 27 - 03 CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL: La empresa de seguridad privada deberá garantizar que las personas encargadas para prestar el servicio de vigilancia y seguridad privada se encuentren en condiciones óptimas - 04 EQUIPAMIENTO: • Porta arma. • Cinturón. • Radio Handy (certificado de homologación de la Agencia de Regulación y Control de las Telecomunicaciones - ARCOTEL) o equipos de comunicación celulares. • Sistema de comunicación manos libres. • Chaleco de protección balística de uso exterior IIIA con especificaciones técnicas y normativa internacional NIJ 0101.06, NTMD-0028-A3; NOM166-SCFI; MA.01 -A1 o ASTM E2902 que cubran parte frontal y trasera, mediante 2 o más paneles balísticos los órganos vitales del torso, corazón pulmones e hígado, así como la columna vertebral. Los chalecos deberán contar con una etiqueta visible que indique: Modelo, nivel de protección acorde a la normativa indicada o su equivalente, talla, número de serie, fecha de fabricación, fecha de vencimiento y certificado del fabricante. • Linterna • Impermeable. • Tolete (PR24). •	7 (4 Meses)	3.757,4308	0,0000	105.208,0624	15,0000	120.989,2718	90000000035302081314001000000000

	Detector de Metales. • Gas OC vigente (Oleoresin capsicum, registrado en el COMACO). • Calzado adecuado para prestar el servicio. - 05 FACTOR HOMBRE: 3 Guardias - 06 JORNADA: Diurna y Nocturna - 07 MATERIALES: • Material de escritorio, para los puestos de seguridad: libro de anotaciones, esferográficos, reglas, etc. • Formularios para el control de acceso y salida de los diversos tipos de vehículos. • Bitácora - 08 MOVILIZACIÓN: Incluye Movilización - 09 SUPERVISIÓN: Incluye supervisión - 10 TAREAS BÁSICAS DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD: El personal de vigilancia y seguridad privada deberá encargarse de la protección de personas y bienes en el puesto de servicio contratado. - 11 UNIFORMES: • Se utilizará exclusivamente el autorizado por el ente rector de seguridad ciudadana, protección interna y orden púbico de conformidad con el Art. 64 de la Ley Orgánica de Vigilancia y Seguridad Privada. • El uniforme deberá estar en buenas condiciones de uso, mismo que será sujeto a 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. - 12 OBLIGACIONES DEL PATRONO: • Presentar mensualmente las aportaciones al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del personal de vigilancia y seguridad privada. • Presentar mensualmente la acreditación de los sueldos en las cuentas individuales del personal de vigilancia y seguridad privada. • Acreditar mensualmente que las pólizas de responsabilidad civil y de accidentes personales se mantienen vigente - FABRICANTE: Fabricante							

Subtotal	105.208,0624
Impuesto al valor agregado (15%)	15.781,2094
Total	120.989,2718

Número de Items	7
Flete	0,0000
Total de la Orden	120.989,2718

Fecha de Impresión: jueves, 18 de diciembre de 2025, 15:35:45

ORDEN DE COMPRA POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO							
Orden de compra:	CE-20250002959093	**Fecha de emisión:**	17-12-2025	**Fecha de aceptación:**	19-12-2025		
Estado de la orden:	Revisada						
DATOS DEL PROVEEDOR							
Nombre comercial:		**Razón social:**	DAVSEG SEGURIDAD PRIVADA CIA. LTDA.	**RUC:**	1791906802001		
Nombre del representante legal:	DAVILA BACA RONNEY EFREN						
Correo electrónico el representante legal:	ventasdavilaseg@gmail.com	**Correo electrónico de la empresa:**	ventas@davseg.com				
Teléfono:							
Tipo de cuenta:	Corriente	**Número de cuenta:**	2100156217	**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. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ	**Cargo:**	GERENTE HOSPITALARIO	**Correo electrónico:**	hospmhalcivar@gmail.com		
Nombre funcionario encargado del proceso:	zmandrade			**Correo electrónico:**	majaneth15@hotmail.com		
Dirección de entrega:	**Provincia:**	MANABI	**Cantón:**	SUCRE	**Parroquia:**	LEONIDAS PLAZA GUTIÉRREZ	
	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:**	08h30 a 16h30					
	Responsable de recepción de mercaderia:	ING. JUAN CARLOS GARCIA DELGADO, ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA					
Observación:	Mediante memorando Nro. MSP-CZ4-HMHA-GERENCIA-2025-5547-M se designa como Administrador de la Orden de Compra al Ing. Juan Carlos García Delgado, Analista de Electromecánica. El plazo de ejecución de la orden de compra será a partir de la notificación del Administrador de la						

	Orden de Compra. Favor comunicarse al número de contacto: 0939385283

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

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

APLICACIÓN DE MULTAS

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

APROBACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

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

La entidad contratante está obligada a ingresar toda la información referente a la entrega de los bienes y servicios en el portal. A las órdenes de compra se le aplicarán 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
Validar únicamente con FirmaEC

Funcionario Encargado del Proceso

Nombre: zmandrade

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Persona que autoriza

Nombre: DR. CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VÉLEZ

Firmado electrónicamente por:
CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Máxima Autoridad

Nombre: CARLOS AUGUSTO CEVALLOS VELEZ

DETALLE

CPC	Descripción	Cant	V. unitario	Descuento	Sub. Total	Impuesto (%)	V. Total	Partida Presup.
8525000220	Punto de servicio institucional de 10 horas - lunes a viernes diurno [mensual] con arma de fuego letal **MARCA:** Marca - 01 ARMAMENTO: • Arma de fuego. • Permiso de tenencia individual de armas actualizado otorgado por el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas. • Autorización de tenencia general de armas otorgado por el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas. Se requiere un (1) arma por punto de servicio. - 02 CAPACITACIÓN: Capacitación Nivel II y Reentrenamiento Nivel II. De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Vigilancia y Seguridad Privada Art. 51 y 52. Y el Acuerdo Ministerial 0091 Reglamento de centros de capacitación y formación al personal de vigilancia y seguridad privada Art.	1 (1 Meses)	1.245,0000	0,0000	1.245,0000	15,0000	1.431,7500	900000000353020813140010000000

	26 y 27. - 03 CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL: La empresa de seguridad privada deberá garantizar que las personas encargadas para prestar el servicio de vigilancia y seguridad privada se encuentren en condiciones óptimas. - 04 EQUIPAMIENTO: • Porta arma. • Cinturón. • Radio Handy (certificado de homologación de la Agencia de Regulación y Control de las Telecomunicaciones - ARCOTEL) o equipos de comunicación celulares. • Sistema de comunicación manos libres. • Chaleco de protección balística de uso exterior IIIA con especificaciones técnicas y normativa internacional NIJ 0101.06, NTMD-0028-A3; NOM166-SCFI; MA.01 -A1 o ASTM E2902 que cubran parte frontal y trasera, mediante 2 o más paneles balísticos los órganos vitales del torso, corazón pulmones e hígado, así como la columna vertebral. Los chalecos deberán contar con una etiqueta visible que indique: Modelo, nivel de protección acorde a la normativa indicada o su equivalente, talla, número de serie, fecha de fabricación, fecha de vencimiento y certificado del fabricante. • Linterna • Impermeable. • Tolete (PR24). • Detector de Metales. • Gas OC vigente (Oleoresin capsicum, registrado en el COMACO). • Calzado adecuado para prestar el servicio. - 05 FACTOR HOMBRE: 1 Guardia - 06 JORNADA: Diurna - 07 MATERIALES: • Material de escritorio, para los puestos de seguridad: libro de anotaciones, esferográficos, reglas, etc. • Formularios para el control de acceso y salida de los diversos tipos de vehículos. • Bitácora. - 08 MOVILIZACIÓN: Incluye Movilización - 09 SUPERVISIÓN: Incluye supervisión - 10 TAREAS BÁSICAS DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD: El personal de vigilancia y seguridad privada deberá encargarse de la protección de personas y bienes en el puesto de servicio contratado. - 11 UNIFORMES: • Se utilizará exclusivamente el autorizado por el ente rector de seguridad ciudadana, protección interna y orden púbico de conformidad con el Art. 64 de la Ley Orgánica de Vigilancia y Seguridad Privada. • El uniforme deberá estar en buenas condiciones de uso, mismo que será sujeto a 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. - 12 OBLIGACIONES DEL PATRONO: • Presentar mensualmente las aportaciones al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del personal de vigilancia y seguridad privada. • Presentar mensualmente la acreditación de los sueldos en las cuentas individuales del personal de vigilancia y seguridad privada. • Acreditar mensualmente que las pólizas de responsabilidad civil y de accidentes personales se mantienen vigentes. - FABRICANTE: Fabricante							

Subtotal	1.245,0000
Impuesto al valor agregado (15%)	186,7500
Total	1.431,7500

Número de Items	1
Flete	0,0000
Total de la Orden	1.431,7500

Fecha de Impresión: jueves, 18 de diciembre de 2025, 15:36:39