


| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|----------------------|--|
|  SOLUCIONES INDUSTRIALES Y METROLOGICAS CIA. LTDA. | | FORMATO DE REGISTRO | | | PÁGINA: 1 de 1 | |
| TÍTULO: | | ORDEN DE COMPRA | | | | |
| CÓDIGO DE DOC.: | REVISADO POR: | APROBADO POR: | NÚMERO DE REVISIÓN: | FECHA DE REVISIÓN: | FECHA DE APROBACIÓN: | |
| M-DC-003 | COORDINADOR DE GESTIÓN DE CALIDAD | GERENTE GENERAL | 1 | 2025-03-31 | 2025-03-31 | |

| | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|------------|
| DATOS DEL PROVEEDOR | | | DATOS DEL CLIENTE | | |
| Proveedor: | INNOVATECIS CIA LTDA | | RUC METRICSERV Cía. Ltda.: 2290348695001 | | |
| Dirección: | José María Guerrero N69-170 y Alfonso del Hierro | | Dirección: Augusto Rueda y Aguarico Esq. | | |
| Contacto / Correo: | asesor2@group-innovatec.com | | Receptor: Jorge Lojano Encarnación | | |
| # Celular: | David Ramirez / 0999146889 | | Zip code: 220201 | | |
| Fecha de Emisión: | 2025-09-24 | | Fecha de Entrega: | | 2025-10-06 |
| N° Cotización: | 2025-20359 | | Forma de Pago: | | CRÉDITO |

| | | | | | N° Orden de Compra: | | OC-373 |
|------|--------|----------|---|--|---------------------|--------------|------------------------|
| ITEM | CÓDIGO | CANTIDAD | DETALLE PRODUCTO O SERVICIO | Criterios de Aceptación (cuando aplique) | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL | RECEPCIÓN OK/PENDIENTE |
| 1 | **** | 1 | SERVICIO DE CALIBRACIÓN Equipo: Desfibrilador Marca: AEDPLUS Modelo: **** Serie: X18E028605 Codigo: **** Frecuencia de calibración: 12 meses Rango de calibración: Todo el rango del equipo Calibrar: Bajo procedimiento del proveedor externo. | **** | \$ 64,00 | \$ 64,00 | |
| 2 | **** | 10 | Pilas/Baterías modelo CR17345 (3V LITHIUM) | **** | \$ 9,00 | \$ 90,00 | |
| 3 | **** | 1 | Servicio de Despacho | **** | \$ 10,00 | \$ 10,00 | |
| | | | | | SUBTOTAL | \$ 164,00 | |
| | | | | | SUBTOTAL 0% | - | |
| | | | | | IVA 15% | \$ 24,60 | |
| | | | | | TOTAL | \$ 188,60 | |

| | |
|--|-----------|
| Requisitos adicionales (cuando aplique): | |
| a) Para los productos y servicios que se van a suministrar especifique la ley, reglamento, decreto, procedimiento, guía, manual y/o norma. | |
| Proveedor acreditado en ISO/IEC 17025 | |
| | |
| | |
| b) Competencia y/o calificación requerida del personal. | |
| 1) Hoja de vida <input type="checkbox"/> | 4) Otros: |
| 2) Título de educación superior <input type="checkbox"/> | |
| 3) Certificados de capacitación <input type="checkbox"/> | |
| c) Las actividades que el laboratorio o sus clientes pretendan llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo. | |
| N/A | |
| N/A | |
| N/A | |

| |
|--|
| OBSERVACIONES: |
| DATOS DEL CERTIFICADO |
| Empresa: Incofyi Ingeniería y Construcciones S.A. |
| Responsable: Dr. Fernando Ruano |
| Celular: 099 171 9394 |
| Dirección: La Niña E8-52 y Diego Almagro |
| Correo: fruano@fyi.com.ec |
| Nota: En caso de que el equipo requiera mantenimiento o ajustes, se deberá notificar con anticipación para que, previa autorización del cliente, pueda realizarse el servicio correspondiente. |
| |
| |

| |
|---|
| CLÁUSULA: |
| A todo proveedor que realice un servicio y/o venta de un producto se le evaluará su desempeño en este documento durante el proceso de recepción de la compra. En caso de que el servicio y/o producto no cumpla con las características detalladas en el requerimiento se le notificará la inconformidad del servicio para que realice los correctivos respectivos. |

| | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| TÍTULO: | ORDEN DE COMPRA | | | | |
| CÓDIGO DE DOC.: | REVISADO POR: | APROBADO POR: | NÚMERO DE REVISIÓN: | FECHA DE REVISIÓN: | FECHA DE APROBACIÓN: |
| M-DC-003 | COORDINADOR DE GESTIÓN DE CALIDAD | GERENTE GENERAL | 1 | 2025-03-31 | 2025-03-31 |

| Recepción de Compra | | | |
|---------------------------|--------|----|---------------|
| Requisitos | CUMPLE | | Observaciones |
| | SI | NO | |
| Cumple Tiempo de Entrega | | | |
| OC Completa | | | |
| Buena Condición | | | |
| Cumple Requisitos | | | |
| Pruebas de Funcionamiento | | | |

Aprobado por: _____
Firma Autorizada

Recibí conforme: _____
Firma
Fecha: