

La información suprimida es de carácter confidencial, conforme a lo dispuesto en los Arts. 6 literal a), 24 literal c), 30 y 32 de la Ley del Acceso a la Información Pública, (LA IP).

FECHA: 23 NOV 2016  
FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD  
FOSALUD

**FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD**

COPIA

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Dirección:

Novena Calle Poniente, Número tres mil ochocientos cuarenta y tres, entre setenta y tres y setenta y cinco Avenida Norte, Colonia Escalón, San Salvador.

Libre Gestión No:  
**58/2016**

**“ADQUISICIÓN DE EQUIPO, INSUMOS Y ACCESORIOS MEDICOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE CUENTAN CON LOS SERVICIOS DEL FOSALUD 2016.SEGUNDA COMPRA”**

Lugar y Fecha

San Salvador, 18 de Noviembre de 2016

No. de orden:  
**52/2016**

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:

**RAF S.A DE C.V.**

NIT:

Dirección:

Carretera a Santa Tecla, KM. 8, Edificio RAF, Antiguo Cuscatlán, La Libertad.

Teléfono: 2213-3422 Fax 2213-3323

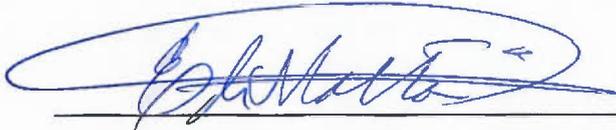
Correo electrónico: [ra@gruporaf.com](mailto:ra@gruporaf.com)

NRC:  
3-5

ÍTEM	CODIGO SINAB	CANTIDAD	U/M	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$) CON IVA.	VALOR TOTAL (US\$) CON IVA.
9	10203030	250	c/u	<p><b>Descripción del Producto solicitado por FOSALUD:</b> Papel de electrocardiograma, de 3 canales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollo de papel térmico.</li> <li>• De tres (3) canales.</li> <li>• Medidas 80 mm x 20 a 40 metros de longitud.</li> <li>• Milimetrado.</li> </ul> <p>Compatible con electrocardiograma marca EDAN modelo SE-3.</p> <p><b>Descripción del Producto Contratado:</b> Papel para electrocardiograma, de 3 canales, rollo de papel térmico de tres (3) canales MEDIDAS: 80mmx30mts aprox. de longitud milimetrado. Compatible con electrocardiograma marca EDAN, <b>MODELO: SE-3</b></p> <p><b>SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO DNM:</b> EN TRAMITE <b>MARCA: PRINT MEDIA(No impreso)</b> <b>ORIGEN: ISRAEL (No impreso)</b></p>	\$2.75	\$687.50
<b>TOTAL (IVA INCLUIDO)</b>						<b>\$687.50</b>

Total en Letras:	
<b>SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE 50/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.</b>	
CIFRADO	2016-3235-3-02-03-21-1-54113
PRESUPUESTARIO:	2016-3235-3-02-03-21-1-54119 2016-3235-3-02-03-22-1-61103
OBSERVACIONES:	EN CASO DE NO CUMPLIRSE ESTA ORDEN DE COMPRA, DEBERA SER DEVUELTA A NUESTRA OFICINAS. SOPENA DE INCURRIR EN LAS SANCIONES ESTABLECIDAS EN LA LACAP.
<b>CONDICIONES GENERALES DEL BIEN O SERVICIO:</b>	
Las condiciones generales que a continuación se detallan son requisitos mínimos de estricto cumplimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Además de lo señalado en cuanto a las condiciones de entrega, el contratista debió incluir en sus costos todos los detalles necesarios para el normal cumplimiento de lo contratado y no se aceptará ningún recargo adicional por detalles fortuitos.</li> <li>✓ Todos los productos que suministre el contratista bajo las especificaciones técnicas aquí detalladas, deberán ser nuevos y no propensos a fallas ni dificultades.</li> </ul>	
<b>Para la cancelación de los servicios adquiridos el Contratista está obligado a presentar en los primeros dieciocho días de mes, como fecha límite, la siguiente documentación:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factura Duplicado Cliente a nombre del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD (original y dos copias)</li> <li>✓ La factura contendrá la Retención IVA 1%, el cual se calculará sobre el valor neto de la compra, es decir, sin el 13% del IVA y valor total facturado menos dicho 1%.</li> <li>✓ La factura debe ser presentada en la Gerencia Financiera Institucional, previa firma y revisión del Administrador de la Orden de Compra.</li> <li>✓ Acta de Recepción elaborada por el Administrador de Orden de Compra. (original y una copia)</li> <li>✓ El Acta de Recepción y Factura deberá contener: Número de Solicitud de Cotización de Libre Gestión, Número de la Orden de Compra, Número de ítem, precio unitario, precio total y descripción del suministro y/o servicio.</li> <li>✓ Presentar en original y dos copias el detalle del servicio prestado (esto aplica para el caso de suministro o servicios de varias entregas).</li> <li>✓ La cancelación se efectuará en la Unidad de Tesorería de la Gerencia Financiera Institucional del FOSALUD, en dólares de los Estados Unidos de América, en un plazo de sesenta días calendario posteriores a que el contratista haya presentado para trámite el quedan respectivo a dicha Gerencia.</li> <li>✓ La recepción de las facturas, en la Gerencia Financiera, es del uno al dieciocho de cada mes, en aquellos casos en los que se establezcan entregas en periodos posteriores a estas fechas, el contratista podrá entregar con Notas de Remisión; si el contratista decide facturar, ésta factura deberá ser anulada y facturada con fecha del siguiente mes, agregando la leyenda: "Este producto fue entregado en fecha (colocar fecha de recepción original) con número de factura (el número de documento con el cual entregó) para evitar cambios en el acta de recepción. Además deberá anexar una copia de la factura anulada o nota de remisión en original.</li> </ul>	
<p>El pago se efectuará mediante cheque a nombre de: <b>RAF S.A DE C.V. Obligación del contratista para efecto de pago con cheque:</b> El/a contratista deberá designar por escrito a través de una autorización con firma autenticada por notario de la persona que retirará los cheques de pago, estableciendo las generales de esta, sino lo hace personalmente. En el caso de que se trate de persona jurídica se deberá presentar la autorización con firma del Representante Legal o el Apoderado de la Sociedad, debidamente autenticada por notario, estableciendo las generales de la persona que retirará el cheque de pago en representación de la sociedad. Dicha autorización deberá presentarse en original por el contratista a la Tesorería institucional a la hora de tramitar el pago respectivo (presentación de documentos y emisión de quedan). De existir algún cambio en la designación de la persona autorizada para retirar los cheques, se deberá emitir una nueva autorización, dejando sin efecto la anterior, y estableciendo quien será la nueva persona autorizada para el retiro de los cheques de pago, siendo obligatorio para el contratista dar aviso de inmediato a la Tesorería Institucional de Fosalud, al momento de ser sustituida a la persona.</p>	
<b>GARANTIA:</b>	El contratista deberá presentar la siguiente garantía: a) <b>GARANTIA DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR.</b> El contratista deberá presentar al administrador de la orden de compra la Garantía de Fabricante o Distribuidor mediante carta firmada y sellada por el Representante legal o Apoderado especial o propietario, en un periodo de <b>CINCO días hábiles</b> posteriores a la recepción del suministro, en donde se compromete a reemplazar los suministros, por desperfectos de fábrica, mala elaboración, mala calidad,

	<p>mal funcionamiento o averías, en un plazo no mayor a <b>CINCO días calendario</b> posteriores a la notificación por parte del Administrador de la Orden de Compra. La garantía permanecerá vigente a partir de la fecha de entrega del suministro hasta <b>SEIS MESES</b> La garantía deberá presentarse en el Fondo Solidario para la Salud, ubicado en Novena Calle Poniente, entre la setenta y tres y setenta y cinco Avenida Norte, número tres mil ochocientos cuarenta y tres, Colonia Escalón, San Salvador.</p>
<p><b>FORMA, PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA:</b></p>	<p><b>Forma de entrega:</b> El contratista deberá realizar una sola entrega por la totalidad de los ítems.</p> <p><b>Plazo de entrega:</b> El contratista deberá entregar los suministros en el plazo de <b>TREINTA DÍAS CALENDARIO</b> posterior a la distribución de la orden de compra.</p> <p>El plazo de entrega iniciará a contar a partir del día siguiente a la distribución de la Orden de compra. Si el último día del plazo, es no hábil, deberá entregar en el siguiente día hábil; sin que esto implicare a la contratista atraso en su entrega.</p> <p><b>Lugar de entrega:</b></p> <p>El Contratista deberá de entregar los suministros en el <b>ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS Y ODONTOLOGICOS DEL FOSALUD</b> ubicado en Plantel las Palmas en calle Norma y pasaje Aida Número Ocho, polígono B Col. Las Palmas Ilopango San Salvador.</p> <p><b>Condiciones de Entrega:</b></p> <p>El contratista deberá coordinar con el administrador de la orden de compra y el guardalmacén las fechas para la entrega de los suministros.</p> <p>Deberá presentar las facturas (en borrador), al guardalmacén dos días antes de la fecha de entrega acordada, para su respectiva revisión y aprobación.</p> <p>La Rotulación y etiquetado del empaque primario, secundario y colectivo del ítem número nueve, deberá contener como mínimo la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nombre del producto en español (según el ítem)</li> <li>b. Número de lote</li> <li>c. Fecha de fabricación</li> <li>d. Fecha de esterilización (cuando aplique)</li> <li>e. Fecha de expiración (cuando aplique)</li> <li>f. Nombre del fabricante</li> <li>g. Condiciones de almacenamiento (cuando aplique)</li> <li>h. Otras indicaciones del fabricante</li> <li>i. Leyenda "Propiedad del FOSALUD, Prohibida su venta" o "Prop. FOSALUD, Prohibida su venta".</li> </ol> <p>Toda la información deberá ser impresa o pirograbada directamente en el empaque o haciendo uso de etiquetas firmemente adherida, no se aceptarán fotocopias de ningún tipo. La impresión deberá ser nítida, indeleble al manejo, contrastante y legible, no presentar borrones, raspados, manchas ni alteraciones de ningún tipo en ninguna parte de la rotulación, toda la información provista deberá estar en idioma castellano.</p> <p>No se permitirán etiquetas adicionales usadas como aclaraciones de la etiqueta principal.</p>



**LICDA. ETHEL VERÓNICA VILLALTA DE RODRÍGUEZ**  
**DIRECTORA EJECUTIVA DE FOSALUD**

Datos del Administrador de Orden de Compra:

Nombre: Dr. Guillermo Santos

Cargo: Responsable de Logística Sanitaria

Tel. 2528-9700 Ext. 151

Correo electrónico: [guilhermosantos@fosalud.gob.sv](mailto:guilhermosantos@fosalud.gob.sv)