



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: 42/2019		"ADQUISICIÓN DE ACCESORIOS E INSUMOS MÉDICOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD FOSALUD. AÑO 2019"				
Lugar y Fecha		San Salvador, 16 de septiembre 2019				No. de orden: 26/2019
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: HOSPIMEDIC, S.A. DE C.V.						NIT: 0614-091091-103-0
Dirección: 25 Av. Norte, Pasaje San Ernesto, Condominio Lucila Local No.1, San Salvador. Teléfono: 2225-4722, 2225-1637, 2316-4611y Fax 2225-8959 Correo electrónico: <a href="mailto:hospimedic.sv@gmail.com">hospimedic.sv@gmail.com</a>						NRC: 1373-0
ÍTEM	CODIGO SINAB	CANTIDAD	U/M	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$) CON IVA.	VALOR TOTAL (US\$) CON IVA.
7	35064809	1,850	C/U	TORNIQUETE PLANO DE HULE, REUSABLE DE 1" X 18" DE LARGO. • Color azul • Libre de látex. • CAT: #4109-1LF • MARCA: GRAFCO • ORIGEN: CHINA • GARANTIA: 12 MESES	\$0.65	\$1,202.50
TOTAL (IVA INCLUIDO)						\$ 1,202.50
Total en Letras: UN MIL DOSCIENTOS DOS 50/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.						
CIFRADO PRESUPUESTARIO:		2019-3235-3-02-05-21-1-54113				
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.				
CONDICIONES GENERALES DEL BIEN O SERVICIO: Las condiciones generales que a continuación se detallan, son requisitos mínimos de estricto cumplimiento:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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>✓ Todo producto que se suministre bajo las especificaciones técnicas aquí detalladas, deberán ser nuevos y no propensos a fallas ni dificultades.</li> </ul>						





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

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:

- ✓ Factura Duplicado Cliente a nombre del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD (original y dos copias)
- ✓ 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%.
- ✓ La factura debe ser presentada en la Gerencia Financiera Institucional, previa firma y revisión del Administrador de la Orden de Compra.
- ✓ Acta de Recepción elaborada por el Administrador de Orden de Compra. (original y una copia)
- ✓ 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.
- ✓ Presentar en original y dos copias el detalle del servicio prestado (esto aplica para el caso de suministro o servicios de varias entregas).
- ✓ 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.
- ✓ 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.

El pago se efectuará mediante abono a la [REDACTED] a nombre de: HOSPIMEDIC, S.A. DE C.V. Correo electrónico: [hospimedic.sv@gmail.com](mailto:hospimedic.sv@gmail.com), con número de teléfono: 2225-1637 / 2225-4722 / 2225-8959

GARANTIA:	GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, por un valor de CIENTO VEINTE 25/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (USA\$120.25), de conformidad al artículo treinta y cinco de la LACAP equivalente al DIEZ POR CIENTO del valor total de la orden de compra, y su vigencia será contada desde el día siguiente de la fecha de distribución de la orden de compra hasta CUATRO MESES, la cual deberá entregar dentro de los cinco días hábiles siguientes a la distribución de la presente orden de compra. Dicha garantía consistirá en cheque certificado o en fianza emitida por sociedades afianzadoras, aseguradoras o instituciones bancarias nacionales o
-----------	--




FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

	<p>extranjerías siempre y cuando lo hiciera por alguna de las Instituciones Financieras del Sistema Salvadoreño, actuando como entidad confirmadora de la emisión, ARTICULO TREINTA Y DOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. La garantía deberá ser presentada con nota de remisión para efectos de recepción y dos copias adicionales en la UACI del 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>GARANTIA DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR.</b> El contratista deberá presentar al administrador de la orden de compra con copia a la UACI la Garantía de Fabricante o Distribuidor mediante nota firmada y sellada por el Representante legal, propietario o Apoderado, en un periodo CINCO días hábiles posteriores a la recepción del suministro, en donde se compromete a reemplazar los suministros, por desperfectos de fábrica, mala elaboración, mala calidad o mal funcionamiento, en un plazo máximo de QUINCE días calendario 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 DOCE MESES. 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>
<b>FORMA, PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA:</b>	<p><b>Forma de entrega:</b> Una sola entrega. Ítem completo</p> <p><b>Plazo de entrega:</b> CUARENTA Y CINCO días calendario posterior a la distribución de la orden de compra. Si el último día del plazo para la entrega fuere día no hábil se deberá entregar el siguiente día hábil, sin que esto implique atraso en la entrega.</p> <p><b>Lugar de entrega:</b> En el Almacén de Insumos Médicos y Odontológicos, Ubicado en Plantel Las Palmas, Calle Norma, Pje. Aída No. 8, Polígono B, Colonia Las Palmas, Ilopango, San Salvador.</p> <p><b>Condiciones de Entrega:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. El contratista deberá coordinar con el administrador de la Orden de Compra y el Guardalmacén las fechas para la entrega de los suministros.</li><li>2. Deberá presentar las facturas (en borrador), al Guardalmacén 2 días antes de la</li></ol>





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

	<p>fecha de entrega acordada, para su respectiva revisión y aprobación.</p> <p>3. La rotulación y etiquetado del empaque primario, secundario y colectivo (cuando aplique este último empaque): Deberá contener la siguiente información:</p> <ul 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 esterilización (cuando aplique).</li><li>d. Nombre del fabricante.</li><li>e. Condiciones de almacenamiento (cuando aplique).</li><li>f. Otras indicaciones del fabricante.</li><li>g. Leyenda "Propiedad del FOSALUD, Prohibida su venta" o "Prop. FOSALUD, Prohibida su venta".</li></ul> <p>Toda la información deberá ser impresa o pirograbada directamente en el empaque o haciendo uso de etiquetas firmemente adherida y que no sea fácilmente desprendible, 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>
<div style="text-align: center;"> DRA. NATHALIE ELIZABETH LARREINAGA ULLOA DIRECTORA EJECUTIVA DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</div>	
<p>Datos del Administrador de Orden de Compra Nombre: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> Cargo: Responsable de Logística Sanitaria</p> <p>Tel 2528-9700 Ext 204      Correo electrónico: <a href="mailto:guillemosantos@fosalud.gob.sv">guillemosantos@fosalud.gob.sv</a></p>	