



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
NACIONAL
SANTA GERTRUDIS



VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa).

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”

HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, SAN VICENTE



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
NACIONAL
SANTA GERTRUDIS



Resolución Razonada No. 190/2021

Contratación Directa por Calificado de Urgencia No. 001/2021

Resolución de Adjudicación No. 217/2021

Fuente de Financiamiento: FONDOS FOPROMID



CONTRATO No 045/2021

Nosotros: **REYNALDO ANTONIO REINA MELENDEZ**, de treinta y seis años de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de _____, Departamento de _____, portador de mi Documento Único de Identidad número _____ - _____, y Número de Identificación Tributaria _____ - _____, actuando en mi carácter de Director y Representante Legal de El Hospital Nacional Santa Gertrudis, del domicilio de esta Ciudad, con Número de Identificación Tributaria uno cero uno cero - uno uno cero dos dos dos - cero cero uno - seis; quien en el transcurso del presente instrumento me denominaré "**EL HOSPITAL**", y **JULIO CESAR ANTONIO LUNA GARCIA**, de treinta y dos años de edad, empleado, del domicilio de _____, Departamento de _____, portador de mi Documento Único de Identidad número _____ - _____; y Número de Identificación Tributaria _____ - _____, actuando en mi calidad de **APODERADO ADMINISTRATIVO CON CLAUSULA ESPECIAL** de la Sociedad **EVERGRAND EL SALVADOR, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE**, que podrá abreviarse **EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. DE C. V.**, del domicilio de Alegría, Departamento de Usulután, con Número de Identificación Tributaria: **CERO SEIS UNO CUATRO - DIEZ CERO UNO CERO OCHO - CIENTO SIETE - SEIS**; quien en el transcurso del presente instrumento me denominaré "**EL CONTRATISTA**", y en las calidades antes expresadas **MANIFESTAMOS**: Que hemos acordado otorgar y en efecto otorgamos proveniente del proceso de la Contratación Directa por Calificado de Urgencia Número 001/2021, denominado "**SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOS, FUENTE DE FINANCIAMIENTO: DONACIONES - FONDOS FOPROMID**", el presente Contrato de Suministro de Insumos Médicos, de conformidad a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, que en adelante se denominará LACAP, su Reglamento que en adelante se denominará RELACAP, conforme a las Cláusulas que a continuación se especifican: **L. OBJETO:**

El Contratista se compromete a proveer el “SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOS”, a precios firmes, de acuerdo a la forma, especificaciones y cantidades siguiente:

REN.	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	U/M	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE DE LA COMPRA
1	10500020 FRASCO HUMIDIFICADOR DE BURBUJA, PARA ADMINISTRACION DE OXIGENO, DESCARTABLE. ----- OFERTARON: FRASCO HUMIDIFICADOR DE BURBUJA, PARA ADMINISTRACION DE OXIGENO, DESCARTABLE; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO APLICA; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 067208072021; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.	C/U	2,850	\$ 2.70	\$ 7,695.00
2	10500035 INSPIROMETRO INCENTIVO PARA TERAPIA RESPIRATORIA CON CAPACIDAD DE (2000-5000)ml EMPAQUE INDIVIDUAL, DESCARTABLE. ----- OFERTARON: INSPIROMETRO INCENTIVO PARA TERAPIA RESPIRATORIA CON CAPACIDAD DE 4,000 ml, EMPAQUE INDIVIDUAL, DESCARTABLE; PRESENTACION: C/U; MARCA: AIRLIFE/CAREFUSION/VYAIRE; ORIGEN: USA/MEXICO/CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO APLICA; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 158517112016; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.	C/U	90	\$ 6.50	\$ 585.00
4	10501015 MASCARILLA DE REINHALACION CON RESERVORIO PARA ADMINISTRACION DE OXIGENO Y TUBO EXTENSION DE 7 PIES, TAMAÑO ADULTO, DESCARTABLE. ----- OFERTARON: MASCARILLA DE REINHALACION CON RESERVORIO PARA ADMINISTRACION DE OXIGENO, Y TUBO EXTENSION DE 7 PIES, TAMAÑO ADULTO, DESCARTABLE; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO MENOR A DOS AÑOS; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 077929102020; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.	C/U	1,900	\$ 2.30	\$ 4,370.00
5	10600235 GORRO DESCARTABLE, PARA CIRUJANO. ----- OFERTARON: GORRO PARA CIRUJANO, DESCARTABLE; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO APLICA; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 067324092020; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.	C/U	9,000	\$ 0.10	\$ 900.00
6	10600240 GORRO DESCARTABLE, PARA ENFERMERA. -----	C/U	114,000	\$ 0.07	\$ 7,980.00

REN.	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	U/M	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE DE LA COMPRA
	OFERTARON: GORRO DESCARTABLE, PARA ENFERMERA, COLOR CELESTE; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO APLICA; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 067324092020; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.				
7	10600300 PAÑAL GRANDE PARA ADULTO, DESCARTABLE.	C/U	19,000	\$ 0.60	\$ 11,400.00
	OFERTARON: PAÑAL GRANDE, PARA ADULTO, DESCARTABLE, TALLA "L"; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO APLICA; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: N/A; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.				
18	10607025 GABACHA HOSPITALARIA TALLA L, DESCARTABLE, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL.	C/U	1,500	\$ 3.95	\$ 5,925.00
	OFERTARON: GABACHA HOSPITALARIA, TALLA "L", DESCARTABLE, IMPERMEABLE, REPELENTE AL FLUIDO, EMPAQUE INDIVIDUAL, ESTERIL, TELA, NO TEJIDA SMS, CON PESO DE 45 GR./MT2; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO MENOR A DOS AÑOS; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 009528012021; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.				
19	10607030 GABACHA HOSPITALARIA TALLA L, DESCARTABLE, EMPAQUE INDIVIDUAL NO ESTERIL.	C/U	300	\$ 1.60	\$ 480.00
	OFERTARON: BATA DE AISLAMIENTO O EXAMINACION, TALLA "L", CON PUÑO, DESCARTABLE, EMPAQUE NO ESTERIL; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO APLICA; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 009528012021; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.				
20	10607040 GABACHA HOSPITALARIA TALLA XL, DESCARTABLE, EMPAQUE INDIVIDUAL NO ESTERIL.	C/U	1,900	\$ 1.65	\$ 3,135.00
	OFERTARON: BATA DE AISLAMIENTO O EXAMINACION, TALLA "XL", CON PUÑO, DESCARTABLE, EMPAQUE NO ESTERIL; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO APLICA; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 009528012021; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.				
25	10900038 TRAJE DE PROTECCION, COMPUESTO POR UNA VESTIDURA (TIPO OVEROL), CON CREMALLERA FRONTAL, CON O SIN BOTAS, MUÑECAS ELÁSTICAS Y CAPUCHA INTEGRADA, CON O SIN VISOR EN LA CARA, TALLA 2XL - 7XL, DESCARTABLE.	C/U	2,850	\$ 12.00	\$ 34,200.00

REN.	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	U/M	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE DE LA COMPRA
	OFERTARON: TRAJE DE BIOSEGURIDAD NIVEL 3, COMPUESTO POR UNA VESTIDURA (TIPO OVEROLL), CON CREMALLERA FRONTAL, CON CUBRE BOTAS, MUÑECAS ELASTICAS Y CAPUCHA INTEGRADA, MANGA LARGA, SIN VISOR EN LA CARA, MATERIAL DE OLEFINA, EMPAQUE INDIVIDUAL, DESCARTABLE, TALLA "XXL"; PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO MENOR A DOS AÑOS; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 002907012021; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.				
28	12100165 TAPON DE CIERRE CON TOMA DE INYECCION LUER LOCK, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL (SELLO DE HEPARINA). ----- OFERTARON: TAPON DE CIERRE CON TOMA DE INYECCION LUER LOCK, EMPAQUE INDIVIDUAL, ESTERIL (SELLO DE HEPARINA); PRESENTACION: C/U; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO MENOR A DOS AÑOS; CASA REPRESENTADA: EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. de C. V.; N° REGISTRO ANTE DNM: IM 064317092020; CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE: ANEXO EN LA OFERTA.	C/U	11,400	\$ 0.12	\$ 1,368.00

Monto Total Adjudicado \$ 78,038.00

Es claramente entendido, que los precios unitarios establecidos anteriormente son inalterables y se mantienen firmes hasta el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES.** Forman parte integrante de este Contrato, con plena fuerza obligatoria para las partes, los Documentos siguientes: a) Resolución Razonada Número UNO NUEVE CERO/ DOS MIL VEINTIUNO; b) Las Bases de la Contratación Directa por Calificado de Urgencia Número CERO CERO UNO/DOS MIL VEINTIUNO, para el suministro de **Insumos Médicos, Fuente de Financiamiento: FONDOS FOPROMID**; c) Las Adendas (si las hubiere); d) La Oferta del Contratista presentada en el HOSPITAL, el quince de noviembre de dos mil veintiuno; e) La Resolución de Adjudicación Número DOS UNO SIETE/DOS MIL VEINTIUNO; f) Las Garantías; g) Las Modificativas (si las hubiere); y h) Otros Documentos que emanen del presente Contrato. El presente Contrato y sus Anexos prevalecerán en caso de discrepancia, sobre los Documentos antes mencionados y éstos prevalecerán de acuerdo al orden indicado. Estos Documentos forman parte integral del Contrato y lo plasmado en ellos es de estricto cumplimiento. **III. CONDICIONES ESPECIALES.** El Contratista se obliga a cumplir las condiciones especiales siguientes: El Contratista, se obliga a garantizar la Calidad de los **INSUMOS MEDICOS**, de acuerdo a lo siguiente: **I) ESPECIFICACIONES PARA LOS INSUMOS MÉDICOS.** a) El Insumo deberá cumplir con las Especificaciones establecidas en la última edición de la Farmacopea de los Estados Unidos de América (USP) u otro origen o libros oficiales; b) Si el Insumo no es Oficial deberá cumplir con

las Especificaciones del fabricante de acuerdo a sus propios métodos. Esta metodología deberá ser entregada en el momento de cancelar el pago del análisis en el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud. (si aplica); **c)** En el momento de la Inspección y Muestreo cada Lote de cada Insumo entregado deberá acompañarse de un CERTIFICADO DE ANÁLISIS del Laboratorio fabricante que deberá contener como mínimo la siguiente información: 1) Nombre y dirección del fabricante, 2) Nombre genérico del insumo, 3) Número de lote, 4) Tamaño del Lote de Producción, 5) Fecha de fabricación o esterilización, 6) Fecha de expiración, 7) Número y fecha del protocolo de análisis, 7) Resultado de cada prueba y límites aceptables, 8) Otras pruebas requeridas; **d)** El Contratista deberá entregar en el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud, en el momento de la revisión de los Documentos para el pago de análisis, la materia prima estandarizada del o de los principios activos que componen el producto, en cantidad suficiente por cada entrega realizada, con un período de vida útil que no debe ser menor de un año. La materia prima deberá ir acompañada de sus respectivos certificados de análisis; **e)** El Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud se reserva el derecho de solicitar mayor cantidad de Materia Prima cuando lo considere necesario; **f)** Cuando se presente una **no conformidad** en la entrega de Materias Primas, el período para hacer las acciones correctivas será de **diez días calendarios** contados a partir de la fecha en que el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud, emita el informe de **“NO CONFORMIDAD EN LA RECEPCIÓN DE MATERIAS PRIMAS”**, de lo contrario no se efectuará el análisis del producto hasta que estas sean corregidas y no se permitirá la entrega del producto en los lugares contratados, en todo caso la mora en que incurra será responsabilidad del Contratista. **II) CONDICIONES PARA EL ALMACENAMIENTO.** De requerir condiciones especiales para su almacenamiento, estas deberán especificarse en todos los empaques, en lugar visible y con la simbología respectiva, haciéndolo constar previamente en la Oferta Técnica del Producto correspondiente. Una vez contratado el producto no se permitirá cambio alguno en estas condiciones, y En el caso de Soluciones Desinfectantes y Antisépticas los empaques primarios y secundarios deberán contener todo lo anteriormente especificado y lo que se detalla a continuación: a) Forma farmacéutica, b) Fórmula cuali-cuantitativa. **III) CONSIDERACIONES ESPECIALES.** a) Por cada Insumo, el Contratista deberá efectuar pago de Análisis de Control de Calidad por cada Lote a entregar, de acuerdo a tarifas previamente establecidas, las cuales se encuentran Adjuntas al presente Contrato. Además, previo al Pago de Análisis deberá presentar en el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud, la hoja de Formato de Control de Pago del Producto, según de las Bases en

mención. b) El pago se debe efectuar con cheque certificado, emitido a favor de la Dirección General de Tesorería. c) El Ministerio de Salud, a través del Laboratorio de Control de Calidad de esta dependencia, constatará la Calidad de los Insumos Contratados. Para todos los Insumos se tomará Muestra para los Análisis Respectivos. **IV) PROCESO DE TOMA DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD.** a) El HOSPITAL tomará la Muestra para realizar el Control de Calidad del Producto Terminado por cada Lote de Insumo Contratado en la presente Licitación, en las instalaciones del HOSPITAL, extendiéndose el Certificado de Aceptación o Rechazo por el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud. b) Para ejecutar el Control de Calidad, el HOSPITAL tomará directamente para análisis la Cantidad de muestra requerida, según el Anexo adjunto a este Contrato. El Contratista se obliga a sustituir en Cantidades Iguales a las tomadas en el Proceso de Muestreo por cada Lote del producto a entregarse. Es decir que el Almacén recibirá la Cantidad Total del Producto Contratado más las Cantidades necesarias para el Proceso de Análisis de Control de Calidad. El HOSPITAL se reserva el derecho de Solicitar una Mayor Cantidad de Muestra en caso de una NO CONFORMIDAD en el Análisis, la cual deberá ser Sustituída de la Cantidad Total Contratada. c) Ante cualquier duda acerca del Pago de Análisis, Cantidad de Muestras a Entregar o cuando Aplica el Pago de Análisis. El Ofertante o Contratista deberá consultarlo al Laboratorio Central de Control de Calidad del Ministerio de Salud. **V) REQUISITOS Y NORMAS DE CONTROL DE CALIDAD.** 1) REQUISITOS DE CONTROL DE CALIDAD. a) La Rotulación del Empaque Primario y Secundario deberá contener lo que se pide a continuación: 1) Nombre genérico del producto; 2) Nombre comercial del producto; 3) Presentación; 4) Fecha de fabricación o esterilización; 5) Fórmula cuali-cuantitativa del producto; 6) Número de lote; 7) Fecha de expiración, cuando lo amerite; 8) Nombre del Fabricante; 9) Número de Registro ante la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), cuando lo amerite o que haga sus veces; 10) Indicaciones de uso; 11) Otras indicaciones del Fabricante; 12) Leyenda Requerida "PROPIEDAD DEL MINSAL"; La información deberá ser gravada directamente en el empaque primario o estar impresa en una etiqueta de material adecuado que no sea fácilmente desprendible (no se aceptan Fotocopias de ningún tipo), en idioma castellano; la Rotulación debe ser completamente Legible (no debe presentar Borriones, Raspaduras, Manchas ni Alteraciones de ningún tipo en el Número de Lote, Fecha de Expiración cuando lo amerite, ni en ninguna parte de la Rotulación). No se permitirán etiquetas adicionales usadas como aclaraciones de la etiqueta principal. La información gravada deberá ser impresa en forma que no desaparezca bajo condiciones de manipulación normal. b) La información deberá ser

gravada directamente en el Empaque Primario o estar impresa en una etiqueta de material adecuado que no sea fácilmente desprendible (no se aceptan Fotocopias de ningún tipo), en idioma castellano. **c)** No se permitirán etiquetas adicionales usadas como aclaraciones de la etiqueta principal. La información gravada deberá ser impresa en forma que no desaparezca bajo condiciones de manipulación normal. 2) LA ROTULACIÓN DEL EMPAQUE COLECTIVO DEBE CONTENER: a) Nombre genérico del Insumo, b) Nombre comercial del Insumo, c) Laboratorio Fabricante, d) Condiciones de manejo y almacenamiento: Temperatura a almacenar; Número de cajas de estibo; Indicaciones sobre cómo acomodar el empaque, e) Las etiquetas deben estar impresas en idioma castellano. La Rotulación debe ser Completamente Legible (no debe presentar borrones, raspaduras, manchas ni alteraciones de ningún tipo en ninguna parte de la etiqueta), en etiquetas de material adecuado (no se aceptan fotocopias de ningún tipo), f) Indicar las condiciones de los factores ambientales (Luz, Temperatura y Humedad). 3) CARACTERÍSTICAS DE LOS EMPAQUES PRIMARIO, SECUNDARIO Y COLECTIVO. **A) EMPAQUE PRIMARIO:** Debe ser inerte y proteger al Insumo de los factores ambientales (Luz, Temperatura y Humedad) hasta su fecha de vencimiento. Además, debe estar bien cerrado y garantizar su inviolabilidad (seguridad del cierre del empaque). **B) EMPAQUE SECUNDARIO:** El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará empaque tipo cartulina). **C) EMPAQUE COLECTIVO:** Debe ser de material resistente que permita el estibamiento normal en bodega, sus divisiones deberán ser adecuadas a la altura de las unidades del producto y deben garantizar la seguridad del mismo, además debe de indicarse el número de empaques a estibar. 4) NORMAS PARA LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICOS. a) Si en el momento de la entrega de los Productos, en los sitios Establecidos en las Bases de Contratación, se presenta un Rechazo por Aspectos Físicos, el Proveedor deberá retirarlo inmediatamente y el HOSPITAL Notificará la causa del Rechazo; será responsabilidad del Proveedor Superar la Falla encontrada, entregando un Lote del Insumo que Cumpla con lo requerido, en un plazo no mayor de **CINCO días calendario**, contados a partir de la referida Notificación; b) Una vez recibidos los Productos en los Almacenes respectivos, si se presenta un Rechazo por Aspectos Físicos que no se detectaron en el momento de la Recepción, el HOSPITAL Notificará al Contratista para que proceda a Retirar el o los Insumos Rechazados del sitio de Recepción, en un plazo no mayor de **CINCO días calendario** contados a partir de la Notificación. Será responsabilidad del Proveedor superar la Falla encontrada, entregando un Lote del Insumo que Cumpla con lo requerido, en un plazo no mayor de **DIEZ días calendario**, contados a partir de

la referida Notificación; c) El Ministerio de Salud, a través de su Laboratorio de Control de Calidad, hará todos los Análisis de Calidad que considere necesarios, reservándose el derecho de enviar a realizar Análisis a otros Laboratorios Nacionales o Extranjeros Reconocidos, cuando los intereses del HOSPITAL así lo demanden. En caso de darse una Tercería la Muestra deberá ser tomada, en el lugar donde se entregó el Producto Contratado, en presencia de un Delegado del Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud y un Delegado del Proveedor; d) El costo de todos los Análisis practicados será cubierto por el Proveedor del Insumo, aun en los casos que se requiera de Terceros para definir el Resultado Final del Análisis; e) Si un Lote del Insumo Contratado presenta **RECHAZO** del Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud, el Proveedor, previa Notificación del HOSPITAL, estará obligado a superar la Falla encontrada, entregando un Lote del Insumo que Cumpla con lo requerido en **un plazo no mayor de DIEZ días calendario**, contados a partir de la referida Notificación, para lo cual el Proveedor deberá Informar por Escrito al HOSPITAL que dicha Falla ya fue superada para realizar nuevamente el Muestreo; ante otro Rechazo del mismo Producto se procederá a caducar el Contrato derivado de la presente Contratación, de acuerdo a lo descrito en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, y se harán efectivas las Garantías respectivas en proporción directa a lo incumplido; f) Para todos los casos, antes mencionados, si el Proveedor no Sustituye el Producto Rechazado, o no Supera la Falla del Producto en el plazo establecido, el HOSPITAL podrá proceder a caducar el Contrato derivado de la presente Licitación, de acuerdo a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, y se harán efectivas las Garantías respectivas en proporción directa a lo incumplido; g) Los Ofertantes de ésta Contratación se Comprometen a Reponer, en un plazo no mayor de **DIEZ días calendario**, aquellos Insumos que Sufran Deterioro dentro del período de Vigencia de la **Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato**, caso contrario se hará Efectiva dicha Garantía. Este plazo surtirá efecto a partir de la fecha de Notificación por parte del Administrador del Contrato; h) El Ministerio de Salud informará sobre los Rechazos del Laboratorio de Control de Calidad a las Instituciones Gubernamentales y Entidades Oficiales Autónomas que adquieren este tipo de productos. **IV. PLAZO, LUGAR Y FORMA DE ENTREGA.** El Contratista se obliga a entregar los productos objeto del presente Contrato en la forma siguiente: Los renglones números: 1, 2, con **UNA SOLA ENTREGA:** del CIEN POR CIENTO; en un plazo de SESENTA días hábiles; y los Renglones Nos. 4, 5, 6, 7, 18, 19, 20, 25 y 28; con **UNA SOLA ENTREGA:** del CIEN POR CIENTO; en un plazo de DIEZ días Calendario. Contados a partir del día siguiente al de Distribución del Contrato al Contratista. Este podrá hacerlo siempre que el Contratista realice la respectiva Coordinación, con el referido Almacén, siguiendo los siguientes

Lineamientos: La Recepción se hará previa Coordinación y Programación con tres (3) días de Antelación, al correo electrónico oscar.amaya@salud.gob.sv, Teléfonos 2393-9513 y 2393-9566; y mario.alvarenga@salud.gob.sv, Celular 7730-4462; del Guardalmacén y el Administrador de Contrato, en horario de lunes a viernes de 8:00 am. a 12:00 md. y por la tarde 1:30 a 3:00 pm. Toda cita con el Almacén deberá ser confirmada a través del **correo electrónico** o cualquier medio en el cual quede Constancia Documentada, Remitiendo Copia al Administrador de Contrato. Al momento de realizar cada una de las entregas, el Suministrante deberá entregar el Certificado de Análisis, Aprobado por el Laboratorio de Control de Calidad del MINSAL, los Insumos deberán ser entregados en el Almacén del Hospital. Las fechas establecidas para la entrega de los Insumos son limites, no obstante, si el Contratista tiene disponibilidad de entregar el producto antes de la fecha establecida, este podrá hacerlo siempre y cuando se Coordine con el Administrador del Contrato, a fin de garantizar la Recepción del Producto. En los casos de **NO ENTREGA DEL SUMINISTRO** y/o que el atraso exceda de TREINTA días, procederá la Caducidad del Contrato. **V. ATRASO Y PRÓRROGAS DE CONTRATO**. Si el Contratista se atrasare en el plazo de entrega del Suministro por causa de Fuerza Mayor o caso Fortuito debidamente Justificado y Documentado, el HOSPITAL podrá Prorrogar el Plazo de Entrega. Previo al vencimiento del plazo pactado, el presente Contrato podrá ser prorrogado de conformidad a lo establecido en el Artículo OCHENTA Y TRES de la LACAP y SETENTA Y CINCO del RELACAP; en tal caso, se deberá Modificar o Ampliar los Plazos y Montos de la Garantía de Cumplimiento de Contrato; debiendo emitir el Contratante la correspondiente Resolución de Prórroga. El Contratista dará aviso por escrito al HOSPITAL dentro del Plazo Contractual. En caso de no hacerse tal Notificación en el plazo establecido esta omisión será razón suficiente para que el HOSPITAL Deniegue la Prórroga del Plazo Contractual. La Prórroga del Plazo Contractual de Entrega será establecida y formalizada a través de un Acta Modificativa de Contrato Autorizado por la DIRECCION del HOSPITAL, que Aceptará el Contratista, no le dará derecho a compensación económica. La Prórroga del plazo no se dará: por Atraso causado por Negligencia del Contratista al solicitar pedidos sin la suficiente anticipación para asegurar su Entrega a tiempo, por no contar con el personal suficiente; el Contratista deberá responder por el atraso en las entregas, de conformidad con el Artículo número OCHENTA Y SEIS de la LACAP.. **VI. MONTO TOTAL DEL CONTRATO**. El Monto Total del presente Contrato es de **SETENTA Y OCHO MIL TREINTA Y OCHO DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$ 78,038.00)**, que el HOSPITAL pagará al **CONTRATISTA** o a quién éste designe Legalmente por el Suministro Objeto de éste

Contrato, dicho Monto incluye el Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios. **VII. COMPROMISO PRESUPUESTARIO.** El HOSPITAL, hace constar que, para cubrir el importe del presente Contrato, se harán por Medio de la Fuente de Financiamiento: Donación Fondos FOPROMID, el cual queda automáticamente incorporado al presente Contrato, así como también todos los que se vayan constituyendo. Es entendido que, si vencido el Ejercicio Fiscal y no se logra Liquidar el Contrato con dicho Fondo, el HOSPITAL podrá incorporarle el que le corresponda al nuevo Ejercicio Fiscal Vigente. **VIII. FORMA, TRÁMITE, Y PLAZO DE PAGO.** **a) PARA LOS CONTRATISTAS NACIONALES Y ASOCIOS.** El Pago se efectuará en el Área Técnica de la Unidad Financiera Institucional (UFI) del Ministerio de Salud, Ubicada en Calle Arce No. 827, San Salvador, a través del Encargado del FONDO FOPROMID/MINSAL, por medio de cheque en un plazo no mayor de 30 días Calendario, posterior a que EL CONTRATISTA, presente en la UFI para Trámite de Quedan respectivo la Documentación siguiente: Factura Duplicado Cliente a Nombre de MINISTERIO DE SALUD MH-MSPAS- ATENCION DE EMERGENCIAS OCASIONADAS POR DESASTRES, incluyendo en la Facturación, Número de NIT 0614-010122-003-2, Dirección del Ministerio de Salud: Calle Arce, No. 827, San Salvador, Número de Orden de Compra o Contrato, Número de proceso, Número UFI 1334, Fuente de Financiamiento Donaciones – Fondos FOPROMID, Precio unitario y Total, la Retención del 1% del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios (IVA), Copia de Nota de Aprobación de las Garantías extendidas por la UACI, si fuere necesario, conforme lo estipule y lo defina la UACI; así como Original de Actas de Recepción, debidamente firmadas por el Administrador del Contrato u Orden de Compra y el Representante de la Empresa, según lo establece el Art. 77 de la RELACAP. Debiendo presentar LA CONTRATISTA, Copia de la Documentación para el Pago en la UACI del MINSAL, para efecto de Seguimiento y Control de Contrato u Orden de Compra. Por Resolución Número 12301-NEX-2045-2007, pronunciada por la Dirección General de Impuestos Internos del Ministerio de Hacienda, el día 4 de diciembre del año 2007, El Ministerio de Salud, ha sido designado Agente de Retención del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, por lo que se retendrá el 1%, como Anticipo al Pago de este Impuesto, en toda Factura igual o mayor a \$ 100.00, que se presente a Cobro. En Cumplimiento a lo que dispone el Artículo 162 del Código Tributario, dicha Retención deberá detallarse en la Factura respectiva. **b) PARA LOS CONTRATISTAS EXTRANJEROS Y ASOCIOS.** El pago será efectuado a través de Transferencia Cablegráfica, efectuada por el Encargado del FONDO DE PROTECCION CIVIL, PREVENCIÓN Y MITIGACION DE DESASTRES-FOPROMID, en la Unidad Financiera Institucional, Ubicada en Calle

Arce No. 827, San Salvador, en un plazo no mayor de 30 días Calendario. El Ofertante deberá considerar que el Ministerio de Salud, retendrá el 13% del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios (IVA), incluido en el Monto Ofertado. Para la Transferencia Cablegráfica LA CONTRATISTA será el Garante de Cubrir los Costos de dicho Trámite. Para poder realizar la Transferencia Cablegráfica, será requerido Indispensable la presentación de la Factura Proforma o Factura del país de origen a nombre de MINISTERIO DE SALUD MH-MSPAS- ATENCION DE EMERGENCIAS OCASIONADAS POR DESASTRES y la Orden de Compra o Contrato, que ampare la Ejecución de dicho Trámite y Copia de Garantía, según lo estipule y defina la UACI; a efecto de poder completar el Proceso, será Responsabilidad del Administrador de Contrato u Orden de Compra, presentar a la Unidad Financiera Institucional del MINSAL, Actas de Recepción Original de los Bienes Adquiridos, según lo establece el Art. 77, de la RELACAP. **IX. FIANZA Y GARANTIA.** Para garantizar el Cumplimiento de las Obligaciones derivadas del presente Contrato El Contratista otorgará a favor del Estado y Gobierno de El Salvador, en el Ramo de Salud Pública, al HOSPITAL; una **Garantía de Cumplimiento de Contrato**, de conformidad al Artículo 35 de la LACAP, a través de un Banco, Compañía Aseguradora o Afianzadora con domicilio Legal en El Salvador y Autorizada por la Superintendencia del Sistema Financiero, con el propósito de garantizar el cumplimiento estricto y sus obligaciones a favor de El HOSPITAL por un valor de **NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO DOLARES CON CINCUENTA Y SEIS CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$ 9,364.56)**, equivalentes al **doce por ciento (12%)** del Valor Contratado; la cual tendrá Vigencia de **CIENTO OCHENTA (180) DÍAS**, contados a partir de la Fecha de Suscripción del Contrato y deberá entregarse a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) del HOSPITAL, dentro de los **CINCO (5) días hábiles**, después de la Fecha de Suscripción del mismo. **X. SANCIONES Y MULTAS.** En caso de Incumplimiento el Contratista expresamente se somete a las Sanciones que emanaren de la LACAP, ya sea Imposición de Multa por Mora en el Cumplimiento de sus Obligaciones Contractuales, por causas imputables al mismo, podrá declararse la Caducidad del Contrato o Imponer el pago de una Multa por cada día de retraso, de conformidad al Artículo 85 de la LACAP. En el caso de atraso por parte de El Contratista en la entrega del Suministro Objeto del presente Contrato, este pagará al HOSPITAL en concepto de Multa por cada día de atraso el **CERO PUNTO UNO POR CIENTO**, del Valor Total del Suministro Atrasado en los primeros treinta días, en los siguientes treinta días la cuantía de la Multa diaria será del **CERO PUNTO CIENTO VEINTICINCO POR CIENTO** y los siguientes días de atraso la cuantía de la Multa diaria será del **CERO PUNTO**

QUINCE POR CIENTO. El porcentaje de la multa previamente, será aplicable al Monto Total del Contrato incluyendo los Incrementos y Adiciones, si se hubieren hecho. En todo caso, **la Multa Mínima a Imponer en Incumplimiento relacionados con la Contratación de Obras, Bienes o Servicios Adquiridos por Licitaciones o Concurso, será por el Equivalente de un Salario Mínimo del Sector Comercio.** El HOSPITAL podrá deducir de cualquier cantidad que se adeude a El Contratista la Suma a que asciende la Multa o podrá hacerla efectiva a través de la Fianza del Cumplimiento de Contrato o exigir de El Contratista su pago directo. El pago de la Multa no exime a El Contratista de las obligaciones que se establecen en este Contrato. **XI. SOLUCION DE CONFLICTOS.** Toda duda o discrepancia que surja con motivo de la Interpretación o Ejecución del Contrato, las partes las Resolverán de manera amigable o sea por Arreglo Directo, de acuerdo en lo dispuesto en los Artículos 163 y 164 de la LACAP y su Reglamento. De no alcanzar Acuerdo alguno deberá ser sometida para Decisión Final a proceso de Arbitraje, de acuerdo a lo dispuesto en el Título Tercero de la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje. El lugar del Arbitraje será la Ciudad de San Vicente y la Ejecución del Laudo, deberá ser tramitada en cualquier Tribunal de San Vicente que tenga Jurisdicción en lo Civil y Mercantil. Los Gastos de Arbitraje serán cubiertos a prorrata por cada una de las partes. **XII. RECEPCION DEL SUMINISTRO.** La entrega comprenderá en llevar el Acta de Recepción y Factura a la Unidad Financiera para completar el proceso, caso contrario se tendrá por no entregado el servicio, que se traducirá en Incumplimiento de Entrega. Los horarios de entrega son **desde las siete horas y treinta minutos hasta las doce horas y desde las trece horas hasta las catorce horas con treinta minutos**, cuando el Suministro Especificado en el presente Contrato, haya sido entregado por El Contratista y Recibido por El Hospital, de acuerdo en el Romano TRES de este Contrato, el HOSPITAL procederá a la Inspección para Verificar si el Suministro está acorde al Contrato y hará la Recepción correspondiente. La Inspección mencionada, se verificará en Presencia del Contratista o de un delegado que éste nombre para tal efecto, si éste así lo requiriere, levantándose el Acta de Recepción correspondiente. Cuando se compruebe defectos en la entrega, el Contratista deberá Reponer o Cumplir a Satisfacción del HOSPITAL dentro de los **tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de Inspección**, si el Contratista no Subsana los Defectos Comprobados se tendrá por Incumplido el Contrato, se le hará efectiva la Garantía de Cumplimiento de Contrato y se dará por terminado el mismo sin responsabilidad para el HOSPITAL. **XIII. CESACION, EXTINCCION Y VIGENCIA CONTRATO.** Cuando se presentaren las situaciones establecidas en los Artículos 92 al 100 de la LACAP, El HOSPITAL podrá dar por

terminado el Contrato sin responsabilidad alguna de su parte cuando ocurra cualquiera de las situaciones siguientes: **a)** Salvo autorización expresa del HOSPITAL, la Contratista no podrá transferir o ceder a ningún Título, los Derechos y Obligaciones que emanan del presente Contrato. La transferencia o Cesión efectuada sin la Autorización antes referida dará lugar a la Caducidad del Contrato, procediéndose además a hacer efectiva la Garantía de Cumplimiento de Contrato. **b)** El Contratista no rinda la Garantía de Cumplimiento de Contrato dentro del plazo acordado en este Contrato. **c)** La Mora del Contratista en el Cumplimiento de los plazos de entrega o de cualquier otra obligación Contractual. **d)** El Contratista entregue el Suministro en inferior Calidad a lo Ofertado o no cumpla con las condiciones pactadas en este Contrato y **e)** Por Mutuo Acuerdo entre ambas partes o las partes Contratantes podrán acordar la Extinción de las Obligaciones Contractuales en cualquier momento, siempre y cuando no concurra otra causa de terminación imputable al Contratista y que por Razones de Interés Público hagan innecesario o inconveniente la Vigencia del Contrato, para lo cual, el HOSPITAL deberá emitir Resolución correspondiente, en un plazo no mayor de **ocho (8) días hábiles**, a partir del Acuerdo.

VIGENCIA. La vigencia de este Contrato será a partir de la fecha de Suscripción y Distribución del mismo y Finalizará TREINTA (30) DÍAS ADICIONALES, después de que el Administrador del Contrato u Orden de Compra, haya Firmado el Acta de Recepción, de haber recibido el Suministro a entera satisfacción del HOSPITAL.

XIV. MODIFICACIONES. El presente Contrato podrá ser Modificado o Ampliado en sus Plazos y Vigencia antes del vencimiento de su plazo, de conformidad a lo establecido en los Artículos OCHENTA Y TRES A y B de la LACAP, debiendo emitir el Contratante la correspondiente Resolución Modificativa, debiendo la Contratista en caso de ser necesario Modificar o Ampliar los Plazos y Montos de la Garantía de Cumplimiento de Contrato según lo indique el Contratante y formará parte Integral de este Contrato. El HOSPITAL se reserva el derecho de Incrementar el presente Contrato, hasta en un porcentaje máximo del VEINTE (20) POR CIENTO del Valor Total del mismo, mediante Resolución Modificativa de Contrato, en la que se incorporará las Cláusulas hoy convenidas y/o sus Modificaciones, previo Acuerdo y Aceptación de las partes Contratantes.

XV. ADMINISTRACION DEL CONTRATO. El Seguimiento al Cumplimiento de las Obligaciones Contractuales estará a cargo del Administrador de Contrato, la Doctor **Mario Alvarenga Chavarría, Jefe División Médica**, mario.alvarenga@salud.gob.sv, Celular 7730-4462; Teléfono (503): 2393-9500, Extensión 2655; quien será el enlace entre El HOSPITAL y La Contratista, teniendo como Atribuciones las establecidas en los Artículos 82 Bis, y 122, de la LACAP, 42 inciso Tercero, 74, 75 inciso Segundo,

77, 80 y 81, del RELACAP, y el Manual de Procedimientos para el Ciclo de Gestión de Administraciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública. Siendo responsable por cualquier Omisión, o Negligencia en el Cumplimiento de su Función, verificando que se realice en los Términos Establecidos. Dicho Administrador determinará el procedimiento y designará al Técnico o Técnicos idóneos para el Cumplimiento de dicha Función, para ello, de las Consultas Técnicas realizadas, deberán Solicitar la Opinión Técnica correspondiente, de acuerdo el caso planteado. **XVI. ACTA DE RECEPCIÓN.** Corresponderá al Administrador del Contrato en coordinación con la Contratista, conjunto con el Guardalmacén del HOSPITAL, la Elaboración y Firma de las Actas de Recepción (Definitivas, Parciales, Provisionales, según corresponda), las cuales contendrán como mínimo lo que establece el Artículo 77 del RELACAP. **XVII. JURISDICCION.** Para los efectos Legales del Contrato, expresamente las partes Contratantes se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de San Vicente, El Salvador. El Contratista en caso de Acción Judicial aceptará al Depositario Judicial de sus bienes que propusiere el HOSPITAL, a quien lo exime de rendir Fianza. **XVIII. LEGISLACION APLICABLE.** El presente Contrato queda sometido en todo a la LACAP, RELACAP, la Constitución de la República, y en forma Subsidiaria a las Leyes de la República de El Salvador, aplicables a este Contrato. Las partes nos sometemos en todo, Renunciando a efectuar Reclamaciones que no sean las establecidas por este CONTRATO y las Leyes en este País. **XIX. INTERPRETACION DEL CONTRATO.** De conformidad al Artículo 84, incisos Primero y Segundo de la LACAP, la Institución Contratante se reserva la facultad de interpretar el presente Contrato, de conformidad a la Constitución de la República, la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, demás Legislación Aplicable y los Principios Generales del Derecho Administrativo y de la forma que más convenga al interés público que se pretende satisfacer de forma directa o indirecta con la prestación objeto del presente instrumento, pudiendo en tal caso, girar las instrucciones por escrito que al respecto considere convenientes. El Contratista expresamente acepta tal disposición y se obliga a dar estricto cumplimiento a las instrucciones que al respecto dicte la institución Contratante las cuales le serán comunicadas por medio del Titular de la Institución Contratante. **XX. NOTIFICACION.** Las Notificaciones entre las partes deberán hacerse por Escrito y salvo disposición expresa, todos los plazos se computaran a partir de la fecha de Recepción Efectiva de la Notificación y tendrán efecto a partir de la fecha de su Recepción en las direcciones que a continuación se indican: El HOSPITAL, entre

, del Barrio , de la Ciudad y Departamento

de _____, y el CONTRATISTA en _____,

_____ En fe de lo cual firmamos el presente Contrato en la Ciudad de San Vicente, a los dos días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno.-



Dr. Reynaldo Antonio Reina Meléndez.
Contratante.



Sr. Julio César Antonio Luna García.
Contratista.




En la Ciudad y Departamento de San Vicente, a las once horas con treinta minutos del día dos de diciembre del año dos mil veintiuno. Ante Mí. **OFELIA VICTORIA PALACIOS LOPEZ**, mayor de edad, Notario, del domicilio de Apopa, Departamento de San Salvador; COMPARECEN: los señores **REYNALDO ANTONIO REINA MELENDEZ**, de treinta y seis años de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de _____, departamento de _____, A quien conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número _____

- _____, y Número de Identificación Tributaria _____ -

- _____ - _____, actuando en carácter de Director y Representante Legal del Hospital Nacional "Santa Gertrudis", del domicilio de esta ciudad, con Número de Identificación Tributaria UNO CERO UNO CERO - UNO UNO CERO DOS DOS DOS - CERO CERO UNO - SEIS; quien en el transcurso del presente instrumento se denomina "EL HOSPITAL"; personería que DOY FE de ser legítima y suficiente por haber tenido a la vista: a) Acuerdo número UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE, del Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud y de conformidad con el Decreto Legislativo doscientos diecinueve, proveído por la doctora Ana del Carmen Orellana Bendeck, de fecha siete de noviembre del año dos mil diecinueve, publicado en el Diario Oficial número Doscientos cuarenta, Tomo número cuatrocientos veintiuno, de fecha veintiuno de Diciembre del año dos mil dieciocho, con fundamento en el artículo dos de la Ley de Salarios para el Ejercicio dos mil diecinueve donde se faculta poder asignar nombramiento en Propiedad como Director Médico Hospital Regional y Departamental en el Hospital Nacional

Santa Gertrudis, San Vicente, a partir del día siete de Noviembre del año dos mil diecinueve. **b)** Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Publicado en el Diario Oficial número CUARENTA Y CINCO, Tomo CIENTO CUARENTA Y CUATRO, de fecha seis de marzo del año dos mil diecisiete, que contiene Acuerdo número DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO en el cual el Artículo seis dice que “Cada Hospital tiene carácter de Persona Jurídica, su Representante Legal es el Director quien está facultado para representarlo Judicial y Extrajudicialmente, por lo tanto está facultado para otorgar actos como el presente; y por otra **JULIO CESAR ANTONIO LUNA GARCIA**, de treinta y dos años de edad, empleado, del domicilio de _____, Departamento de _____, a quien hoy conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número _____ - _____; y Número de Identificación Tributaria _____ - _____ - _____, actuando en su calidad de **APODERADO ADMINISTRATIVO CON CLAUSULA ESPECIAL** de la Sociedad **EVERGRAND EL SALVADOR, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE**, que podrá abreviarse **EVERGRAND EL SALVADOR, S. A. DE C. V.**, del domicilio de Alegría, Departamento de Usulután, con Número de Identificación Tributaria: cero seis uno cuatro – diez cero uno cero ocho – ciento siete – seis; que en el transcurso del presente instrumento se denominará “**LA CONTRATISTA**”; Personería que Doy Fe de ser Legítima y suficiente, por haber tenido a la vista:

a) Copia Certificada de Testimonio de la Escritura Pública de Poder Administrativo con Clausula Especial, otorgado en la Ciudad de San Salvador, a las diecisiete horas del día quince de enero del año dos mil diecinueve, ante los oficios notariales de la Licenciada Ana María Isabel Rodríguez Burgos, e inscrito en el Registro de Comercio al Número TRECE, del Libro MIL NOVECIENTOS DIECISEIS, del Registro de Otros Contratos Mercantiles, a los dieciocho días del mes de enero del año dos mil diecinueve, en el que consta que el señor Hugo Filiberto Muñoz González, en su carácter de Representante Legal de la antedicha Sociedad, confirió Poder Administrativo con Clausula Especial a favor del señor Julio Cesar Antonio Luna García, por tanto está facultado para otorgar actos como el presente. Yo la suscrita Notario Hago Constar que en el mencionado Poder, el Notario autorizante dio Fe de la personería jurídica del representante legal y de la existencia legal de la Sociedad. **Y ME DICEN:** Que reconocen como suyas las firmas puestas al pie del documento que antecede, que en su orden se leen “**ILEGIBLE** ” e “ **ILEGIBLE** ”, en el cual han convenido en celebrar el presente **CONTRATO DE INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS, PARA EL AÑO DOS MIL VEINTIUNO, FONDOS GOES.**; mediante el cual la Contratista se obliga a Suministrar Insumos Médicos Quirúrgicos, para el año dos mil veintiuno; a precio firme, de

acuerdo a la Forma, Especificaciones, Cantidades, y demás Clausulas establecidas en el Documento que Antecede. Yo la Suscrita Notario **DOY FE** que las firmas anteriormente relacionadas son **AUTENTICAS** por haber sido puestas a mi presencia, de su puño y letra por las otorgantes, quienes me manifiestan que reconocen todos los conceptos vertidos en el anterior Documento que hoy se Legaliza. Así se expresaron las comparecientes a quienes expliqué los efectos Legales del presente Instrumento, que consta de ocho hojas útiles; y leída que les hube íntegramente todo lo escrito en un solo acto, sin interrupción, ratifican el contenido y firmamos.
DOY FE.-



Dr. Reynaldo Antonio Reina Meléndez.
Contratante.

Evergrand El Salvador
S.A. de C.V.



Sr. Julio César Antonio Luna García.
Contratista.



NOTARIO
REPUBLICA DE EL SALVADOR