



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL  
NACIONAL  
SAN FRANCISCO GOTERA



## VERSION PUBLICA

**“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 ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Art. 24 y 30 de la LAIP y Art. 12 del lineamiento 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”**



**Licda. Sandra Yaneth Claros**

Jefe de Unidad de Compras Públicas-UCP en Funciones  
Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Flores, de San Francisco” Gotera, Morazán



**CONTRATO Nº 04/2023**  
**CDCU NO. 01/2023**  
**RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN NO. 03/2023**  
**"PRUEBAS, REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO"**  
**FONDOS GOES**  
**FARLAB, S.A. DE C.V.**

Nosotros, ARTURO JOSE ELÍAS BERMÚDEZ, mayor de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de San Miguel, departamento de San Miguel, con documento Único de Identidad Número \_\_\_\_\_,

en mi carácter de Director y representante Legal del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, con Tarjeta de Identificación Tributaria Numero: \_\_\_\_\_.

según Acuerdo de Nombramiento en Propiedad Numero MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA BIS de fecha diez de junio de dos mil veintidós, emitido por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud y con fundamento en el artículo dos de la Ley de Salarios para el ejercicio fiscal dos mil veintidós, Decreto Legislativo Numero DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS, Publicado en el Diario Oficial Numero DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS Tomo CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES, de fecha veintisiete de diciembre año dos mil veintiuno, ACUERDA: Nombrar en Propiedad por Ley de Salarios a partir del once de junio del presente año; y en uso de sus facultades legales de conformidad a lo establecido en el al Artículo seis inciso final y sesenta y siete del Reglamento General de Hospital, y articulo dieciocho y diecinueve de la Ley de Compras Públicas, me conceden facultades para firmar en el carácter en que comparezco, en representación de la Institución que en el transcurso del presente Contrato me denominará **El Hospital y ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN**, de cincuenta y cinco años de edad, Licenciada en Administración de Empresas, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número: \_\_\_\_\_ ;

actuando en calidad de APODERADA GENERAL ADMINISTRATIVO, MERCANTIL Y JUDICIAL, de la Sociedad FARLAB, SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE, que se abrevia **"FARLAB, S.A. de C.V.,"** cuya existencia legal compruebo con a) Testimonio de Escritura Pública de Constitución de la Sociedad otorgada en la ciudad de San Salvador a las dieciséis horas y treinta minutos del día veintinueve de septiembre de mil novecientos noventa y cinco, ante los oficios notariales de Mauricio Méndez Garay, por los señores José Reynaldo Figueroa y Blanca Olivia Guerrero de Figueroa, Inscrita en el Registro de Comercio en el NUMERO TREINTA Y UNO, del Libro MIL CIENTO CINCUENTA, de fecha diecisiete de noviembre de mil novecientos noventa y cinco, b) El Testimonio de la Escritura Pública de Modificación al Pacto Social, otorgada en la ciudad y departamento de San Salvador, a las dieciséis horas del día dieciocho de marzo del año dos mil quince, ante los oficios notariales de Liliam Elizabeth Cruz Cortez, por JOSÉ REYNALDO FIGUEROA, inscrita en el Registro de Comercio, en San Salvador, el diecisiete de abril del dos mil quince, bajo el Número CIENTO CINCO del Libro TRES MIL CUATROCIENTOS UNO del Registro de Sociedades, bajo el numero ciento cinco de Libro TRES MIL CUATROCIENTOS UNO, de fecha San Salvador diecisiete de abril de dos mil quince, c) Testimonio de Escritura Pública de Aumento de Capital Mínimo, otorgada en la Ciudad de San Salvador, a las ocho horas del nueve de diciembre de dos mil veintidós, ante los servicios notariales de CARLOS DANIEL FUNES, por JOSE REYNALDO FIGUEROA, inscrita en el registro de comercio bajo el numero CUARENTA Y CUATRO del Libro CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS, en fecha dieciséis de enero de dos mil veintitrés, c) Certificación de Credencial de Elección de Administración, extendida por la Secretario de la Junta General Ordinaria de Accionistas de la Sociedad mencionada, Licenciada Blanca Olivia Guerrero de Figueroa, en la ciudad de San Salvador, el día veintiocho de septiembre del año dos mil veintidós, inscrita en el Registro de Comercio, al número CINCUENTA Y CUATRO del Libro CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE, de fecha treinta de septiembre de dos mil

veintidós. Personería que acredito con Testimonio de Escritura Pública de Poder Especial, otorgado en la ciudad de San Salvador, a las nueve horas del día siete de octubre de dos mil veintidós, ante los oficios notariales de CARLOS DANIEL FUNES, por el Administrador Único de la sociedad, el ingeniero JOSE REYNALDO FIGUEROA a favor de ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN. Inscrito en el Registro de Comercio al número CINCUENTA Y CINCO del Libro DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO, el día trece de octubre de dos mil veintidós. Con matricula de la empre numero: dos cero cero dos cero dos cuatro cuatro tres cuatro dos cuatro cero dos ocho cuatro ocho uno cuatro coho dos y Tarjeta de identificación Tributaria Numero: cero seiscientos catorce – doscientos noventa mil novecientos noventa y cinco – ciento cuatro – siete. Quien en lo sucesivo se denominará EL CONTRATISTA, convenimos en celebrar el presente contrato de suministros que se registrá de acuerdo a las cláusulas siguientes: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO** El Contratista se compromete a suministrar al Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, a precio firme los renglones a él adjudicado de "Pruebas e Insumos de Laboratorio" correspondientes al año dos mil veintitres, conforme al detalle siguiente:

REN	OFER	CODIGO	DESCRIP. DE PRODUCTO	U/M	CANT.	P/U	TOTAL
1	1	30106548	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. MARCA: SPINREACT, ORIGEN:</p>	C/U	6000	\$0.45	\$2,700.00

			ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES, Presentación: Set 10x50 ml, Set 4x125 ml, Set 4x250 ml				
2	1	30106496	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL TOTAL, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL TOTAL, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES, Presentación: Set 10x50 ml, Set 10x20 ml</p>	C/U	3500	\$0.45	\$1,575.00
3	1	30106676	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIGLICERIDOS, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIGLICERIDOS, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES., Presentación: Set 10x50 ml, Set 10x20 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12MESES</p>	C/U	6000	\$0.45	\$2,700.00
4	1	30106346	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ÁCIDO</p>	C/U	5000	\$0.45	\$2,250.00

			<p>ÚRICO, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ÚRICO, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 10x50 ml, Set 10x20 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>				
5	1	30106508	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 2x150 ml, Set 2x50 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>	C/U	6333	\$0.45	\$2,849.85
6	1	30106684	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE UREA (NITRÓGENO UREICO), MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE UREA (NITROGENO UREICO), MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL</p>	C/U	5000	\$0.45	\$2,250.00

			LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 10x50 ml, Set 10x20 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.				
7	1	30106658	<b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS TOTALES, MÉTODO AUTOMATIZADO  <b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS TOTALES, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 2x50ml, 2x250 ml , MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.	C/U	700	\$0.45	\$315.00
8	1	30106364	<b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ALBUMINA, MÉTODO AUTOMATIZADO  <b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ALBUMINA, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. , Presentación: Set 2x50ml, 2x250 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.	C/U	700	\$0.45	\$315.00
9	1	30106528	<b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA	C/U	520	\$0.45	\$234.00

			<p>DETERMINACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA, MÉTODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 10x15ml, 20x3 ml MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>				
10	1	30106354	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE GPT, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 20x2 ml, 10x15 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>	C/U	3000	\$0.45	\$1,350.00
11	1	30106452	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, MÉTODO</p>	C/U	3000	\$0.45	\$1,350.00



			<p>AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE GOT, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES., Presentación: Set 20x2 ml, 10x15 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>				
12	1	30106370	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMILASA, <b>MÉTODO AUTOMATIZADO</b></p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMILASA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES., Presentación: Set 2x60 ml, 20x2 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>	C/U	300	\$0.45	\$135.00
13	1	30106484	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), <b>MÉTODO AUTOMATIZADO</b></p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 1x30 ml, 1x60 ml, MARCA: SPINREACT, ORIGEN:</p>	C/U	1000	\$0.45	\$450.00

			ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.				
14	1	30106468	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA TOTAL, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA TOTAL, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 1X240ML/1X160 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>	C/U	1000	\$0.45	\$450.00
15	1	30106458	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA DIRECTA, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA DIRECTA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Set 1X240ML/1X160 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>	C/U	1000	\$0.45	\$450.00
16	1	30106226	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE HEMOGRAMAS, MÉTODO AUTOMATIZADO.</p> <p><b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE HEMOGRAMAS, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO MINDRAY BC</p>	C/U	4000	\$0.55	\$2,200.00

			5800, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES. Presentación: Diluyentes de 20 litros, MARCA: MINDRAY, ORIGEN: CHINA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.				
17	1	30106587	<b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORAQUIDEO (LCR), MÉTODO AUTOMATIZADO.  <b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS, INSTALADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL Y CONSUMIBLES , Presentación: Set 2x50 ml, 2x150 ml , MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.	C/U	600	\$0.45	\$270.00
18	1	30106074	<b>SOLICITA:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR), MÉTODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LÁTEX SET SE 100 PRUEBAS  <b>OFRECEN:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR), MÉTODO DE AGLUTINACIÓN DE PARTICULAS DE LATEX SET DE 100 PRUEBAS, Presentación: Set por 100 determinaciones, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA,	C/U	27	\$25.00	\$675.00

			VTO. NO MENOR A 12 MESES.				
19	1	30106756	<p><b>SOLICITA:</b> TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUÍMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARÁMETROS, FRASCO 100 TIRAS</p> <p><b>OFRECEN:</b> TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACIÓN SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUÍMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL NO MENOR DE 10 PARAMETROS.INSIGHT 10 P. Presentación: Frasco por 100 tiras , MARCA: ACON, ORIGEN: CHINA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>	C/U	30	\$7.50	\$225.00
20	1	30105024	<p><b>SOLICITA:</b> ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.</p> <p><b>OFRECEN:</b> ANTIGAMMA GLOBULINA (SUERO COOMBS), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML. Presentación: Frasco de 10 mililitros, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.</p>	C/U	8	\$8.00	\$64.00
28	1	30106708	<p><b>SOLICITA:</b> PRUEBA RÁPIDA SIFILIS (RPR) PARA DETECCIÓN DE REAGINAS, EN SUERO O PLASMA, CON PARTICULA DE CARBÓN, SET 500 PRUEBAS.</p> <p><b>OFRECEN:</b> RPR, SET DE 500 DETERMINACIONES, INCLUYE DISPENSADORES, TARJETAS Y</p>	C/U	2	\$50.00	\$100.00



			CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO, Presentación: Set de 500 determinaciones, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. NO MENOR A 12 MESES.				
--	--	--	--	--	--	--	--

TOTAL..... \$22,907.85

**CLAUSULA SEGUNDA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES** Forman parte integrante de éste contrato, con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes: **a)** Los documentos de solicitud de la **Contratación Directa por Calificativo de Urgencia CDCU No. 01/2023 "PRUEBAS, REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO"**, **b)** La oferta del contratista presentada al Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" San Francisco Gotera el día catorce de julio de dos mil veintitrés **c)** La Resolución de Adjudicación **No.03/2023**. **d)** Las Garantías y **e)** Otros documentos que emanen del contrato. El presente contrato y sus anexos prevalecerá en caso de discrepancia, sobre los documentos antes mencionados y estos prevalecerán de acuerdo al orden indicado. Estos documentos forman parte integral del contrato y lo plasmado en ellos es de estricto cumplimiento. **CLAUSULA TERCERA: CONDICIONES ESPECIALES** El contratista se obliga a cumplir las condiciones especiales siguientes: **a)** Garantizar la calidad de las pruebas e insumos de laboratorio del presente contrato, durante el período de un año, contados a partir de la fecha de recepción en el lugar de entrega estipulado en éste contrato. **b)** Entregar las pruebas e insumos de laboratorio adecuadamente embalados. **c)** Grabar o imprimir directamente en el empaque primario la leyenda **PROPIEDAD DEL MINSAL y PROHIBIDA SU VENTA** impresas ambas leyendas en idioma castellano. Toda la información debe ser grabada o impresa directamente en la viñeta principal del empaque primario (no se permitirá viñetas adicionales. **d)** Imprimir la fecha de vencimiento y

número de lote en todas las etiquetas de los diferentes empaques de las pruebas e insumos de laboratorio. El vencimiento deberá ser de acuerdo a lo ofertado partir de la fecha de entrega. Salvo en los casos que se presente carta de compromiso de realizar cambio, en pruebas e insumos de laboratorio de menor vencimiento. **e)** El valor que se haya pagado por mercaderías que resulten inaceptables ya sea por faltante o por no ajustarse a las especificaciones convenidas, será devuelto al Contratista al ser requerido, sin que esto diere lugar a la relevación de las Sanciones aplicables por el incumplimiento al contrato respectivo, y **f)** Además deberá cumplir con todos los requisitos de especificaciones para las pruebas e insumos de laboratorio, condiciones para el almacenamiento, requisitos y normas de control de calidad y características de los empaques primario, secundario y colectivo establecidos en este contrato de la CDCU

**CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE ENTREGA.** CONTRATISTA se obliga a entregar las pruebas e insumos de laboratorio, objeto de los Renglones Números: **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 28.** Entregar el 100% de **FORMA INMEDIATA** , a partir del día siguiente de la fecha de distribución del contrato. Si el plazo de entrega, finaliza en día no hábil, se habilitara el día hábil próximo, sin que esto se considere como incumplimiento. El contratista gestionara dentro del plazo de entrega y de forma oportuna, la cita para realizar la entrega en el Almacén del Hospital, siendo obligación del Almacén de este Hospital, en conceder dentro del plazo de entrega, la respectiva cita, caso contrario, se generara la documentación por parte del Almacén que justifique la entrega fuera de plazo Contractual estipulado. **CLAUSULA QUINTA: ATRASOS Y PRORROGAS DEL PLAZO ENTREGA.** Si el **CONTRATISTA** se atrasare en el plazo de entrega del suministro, por causas de Fuerza Mayor o caso Fortuito debidamente justificadas y documentadas, el **Hospital** podrá prorrogar el plazo de entrega. **EL CONTRATISTA** dará aviso por escrito al **Hospital** dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que ocurra la causa que origina el atraso, siempre y cuando este aviso esté 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 una Resolución autorizada por el Titular del Hospital, Y no dará derecho al **CONTRATISTA** a compensación económica. Las prórrogas de plazo no se darán por atrasos causados por negligencia del **CONTRATISTA** al solicitar pedidos para equipo o materiales sin la suficiente anticipación para asegurar su entrega a tiempo, por no contar con el personal suficiente o por atrasos imputables a sus subcontratistas o suministrante. **CLAUSULA SEXTA: MONTO TOTAL DEL CONTRATO** El monto total del presente contrato es de **VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS SIETE 85/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$22,907.85)**. Que el Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, pagará al contratista ó 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. **CLAUSULA SEPTIMA: COMPROMISO PRESUPUESTARIO**. El HOSPITAL, hace constar que para cubrir el importe del presente contrato, ha constituido el cifrado presupuestario **2023-3225-3-02-02-21-1-54107** por la cantidad de **VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS SIETE 85/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$22,907.85)**. La cual queda automáticamente incorporada 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 cifrado presupuestario el HOSPITAL podrá incorporarle el que le corresponda al nuevo ejercicio fiscal vigente o provisionar el monto pendiente de pago para el próximo año. **CLAUSULA OCTAVA: CONDICIÓN Y FORMA DE PAGO**. El Hospital efectuara el pago por el bien o servicio recibido a entera satisfacción, en un plazo no mayor de **SESENTA DÍAS (60)** después de entregado el quedan en la Unidad Financiera Institucional (UFI). El pago se hará en Abono a Cuenta, para lo cual el contratista deberá enviar por escrito la

información siguiente: **Número de Cuenta del Banco, Nombre de la Cuenta, Tipo de Cuenta.** La cancelación de las facturas respectivas será depositada a cuenta de Banco, por la Tesorería de la Unidad Financiera Institucional del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, en dólares de los Estados Unidos de Norte América, posterior de recibir toda la documentación completa, aprobada y presentando en el lugar de entrega señalado en este contrato, Factura Consumidor Final Duplicado Cliente y cinco (5) copias a nombre del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, reflejando además el Número de CDCU, Número de Resolución, Número de Contrato, Código del Producto, Numero de compromiso Presupuestario, Descripción de la Mercadería, Renglón, Unidad de Medida, Cantidad del Suministro, Valor Unitario y Valor Total, tomando únicamente **dos dígitos** en las cantidades; sean estas entregas parciales o totales conforme a lo descrito en la presente factura; **y además deberán retener el 1% de IVA por cada Factura presentada;** y con ella Acta de Recepción Original, **CLAUSULA NOVENA: CESIÓN.** Queda expresamente prohibido al contratista traspasar o ceder a cualquier título los derechos y obligaciones que emanan del presente contrato. La transgresión de esta disposición dará lugar a la caducidad del contrato, procediéndose además a hacer efectiva la garantía de cumplimiento de contrato. **CLAUSULA DECIMA: GARANTÍAS.** El contratista rendirá por su cuenta y a favor del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, a través de un Banco, Compañía Aseguradora o Afianzadora, con domicilio legal en El Salvador y autorizada por la Superintendencia del Sistema Financiero, las Garantías siguientes: **Garantía de Cumplimiento de Contrato** por un valor **DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA 79/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$2,290.79).** Equivalente al **DIEZ POR CIENTO (10%)** del valor total del contrato, la cual servirá para garantizar el cumplimiento estricto de este contrato, deberá presentarse dentro de los **CINCO DÍAS HÁBILES** siguientes a la fecha de distribución del presente



contrato al contratista y estará vigente por un plazo de **CIENTO OCHENTA DÍAS (180)**, contados a partir de dicha fecha. **Garantía de Buen Servicio, Funcionamiento o Calidad de Bienes** por un valor de **DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA 79/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$2,290.79)**. Equivalente al **DIEZ POR CIENTO (10%)** del valor total del contrato, la cual servirá para garantizar la buena calidad del suministro entregado y estabilidad del mismo; deberá presentarse dentro de los **DIEZ DÍAS HÁBILES** posteriores a la fecha en que el suministro sea recibido en su totalidad y a entera satisfacción de acuerdo al Acta de Recepción y estará vigente durante el plazo de **un año** contado a partir de dicha fecha. Las Garantías deberán presentarse en la UCP del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, ubicado en Final Avenida Thompson Norte Barrio La Cruz, San Francisco Gotera, Departamento de Morazán. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: MULTAS POR ATRASO.** En caso de atraso por parte del **CONTRATISTA** en la entrega del suministro objeto del presente contrato, en el plazo indicado en la Cláusula Cuarta, éste pagará en la Dirección General de Tesorería del Ministerio de Hacienda la Multa impuesta por el **HOSPITAL** por cada día de atraso de conformidad a la siguiente tabla: el CERO PUNTO UNO POR CIENTO (0.1%), 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 (0.125%) y los siguientes días de atraso la cuantía de la multa diaria será del CERO PUNTO QUINCE POR CIENTO (0.15%) Dicha multa no debe exceder **DE LOS DIEZ MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**, Según Art. 175 DE LCP **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: SOLUCIÓN 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 y de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 163 164 y 165 de la Ley de Compras publicas. **CLAUSULA DECIMA TERCERA ADMINISTRACIÓN DE CONTRATO,** el seguimiento de las obligaciones contractuales estará a cargo del administradora de

contrato Licda. Patricia del Carmen Amaya de Cisneros en los renglones siguientes: **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 28.** Teniendo como atribuciones las establecidas en el art. 161 y 162, de la LCP. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: RECEPCIÓN DEL SUMINISTRO:** Se recibirá en el Almacén de Medicamentos del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, Ubicado en Final Avenida Thompson Norte Barrio La Cruz San Francisco Gotera, Departamento de Morarán, previa programación de cita en dicha área de Almacén, con horario de **(7:30 am a 12:00 m y 12:40 a 03:00 pm)** el Guardalmacén en presencia del contratista o del delegado que este nombre y la administradora de contrato para tal efecto, procederán a verificar que el suministro entregado cumpla con todos los requisitos establecidos en el presente contrato y de estar de acuerdo, se hará la recepción correspondiente, a fin de confrontar la correspondencia entre lo entregado y lo relacionado en la factura, y así identificar las posibles averías, faltantes o sobrantes que se produzcan o encuentren, que se hará constar en el Acta de Recepción la cual firmaran. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: PLAZO DE RECLAMOS.** Cuando se comprueben 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 la verificación;** si el contratista no subsana los defectos comprobados se tendrá por incumplido y se dará por caducado el contrato y se le hará efectiva la Garantía de cumplimiento de contrato sin responsabilidad para el HOSPITAL. Además reponer, en un plazo no mayor de **30 DÍAS CALENDARIO MAXIMO,** aquellas pruebas e insumos de laboratorio, que sufran deterioro dentro del período de vigencia de la Garantía de Buena Calidad, caso contrario se hará efectiva dicha garantía. Este plazo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por parte de la UCP del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA SEXTA PROHIBICIONES:** Queda estrictamente prohibido al contratista subcontratar, pactar, convenir o estipular con otras empresas para que ellas presten el servicio adjudicado mediante el presente contrato. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: TERMINACIÓN DEL**

**CONTRATO.** El HOSPITAL dará por extinguido el contrato sin responsabilidad alguna de su parte cuando ocurra cualquiera de las situaciones siguientes: **a) El CONTRATISTA** no rinda la garantía de cumplimiento de contrato dentro del plazo acordado en este contrato; **b) La mora del CONTRATISTA** en el cumplimiento de los plazos de entrega o de cualquier otra obligación contractual; **c) El CONTRATISTA** entregue el suministro en inferior calidad a lo ofertado o no cumpla con las condiciones pactadas en este contrato. El HOSPITAL se reserva el derecho de informar sobre los rechazos del Laboratorio de Control de Calidad, a las Instituciones Gubernamentales y a las Entidades Oficiales Autónomas que adquieren este tipo de pruebas de laboratorio. Y **d) Por mutuo acuerdo** entre ambas partes ó vencimiento del mismo. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: CESACIÓN, EXTINCIÓN, CADUCIDAD, Y REVOCACIÓN DEL CONTRATO** Cuando se presentaren las situaciones establecidas en los artículos del 166, 167 y 168 al 100 de la Ley de la Ley de Compras Publicas, se procederá en lo pertinente a dar por terminado el contrato. En caso de incumplimiento del contratista a cualquiera de las estipulaciones y condiciones contractuales o las especificaciones establecidas en la **CDCU No. 01/2023**, EL HOSPITAL podrá notificar al contratista su intención de dar por terminado el contrato sin responsabilidad para él, mediante aviso escrito con expresión de motivo. Si dentro del plazo de diez días calendario, contados a partir de la fecha en que el contratista haya recibido dicho aviso continuare el incumplimiento o no hiciere arreglos satisfactorios al HOSPITAL, para corregir la situación irregular, al vencimiento del plazo señalado, el HOSPITAL dará por terminado el contrato sin responsabilidad alguna de su parte. En estos casos el HOSPITAL, hará efectivas las garantías que tuviere en su poder. En caso que el contratista reincida en cualquier incumplimiento en relación con la ejecución o administración del contrato, el HOSPITAL, podrá, sin responsabilidad de su parte dar por terminado el mismo, lo que deberá notificar por escrito al contratista, por medio del **Administradora de Contrato Licda. Patricia del Carmen Amaya de Cisneros. CLAUSULA**

**DECIMA NOVENA: MODIFICACIONES.** Si dentro del periodo fiscal hubieren necesidades propias del HOSPITAL, EL CONTRATISTA deberá estar en la Capacidad de aceptar incrementos de las pruebas e insumos de laboratorio, contratados, hasta en un porcentaje máximo del **veinte por ciento (20%) en art. 158 inc. 4 de LCP** del valor total del mismo; estas no podrán llevarse a cabo, sin la autorización legal del Titular del Hospital y se formalizara a través de Resolución Modificativa de Contrato. Teniendo LA CONTRATISTA que entregar las Garantías de Cumplimiento de Contrato y Buena Calidad correspondientes al monto que se ha incrementado. **CLAUSULA VIGESIMA: VIGENCIA** la vigencia de este contrato será a partir del día en que al **CONTRATISTA** se le entregue copia del mismo, debidamente legalizado y finalizará hasta que las partes hayan cumplido totalmente sus obligaciones, incluso en sus prorrogas si las hubiere. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: JURISDICCIÓN** Para los efectos legales del Contrato, expresamente las partes contratantes se someten a la Jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de San Salvador, El Salvador. **El CONTRATISTA** renuncia, en caso de acción judicial en su contra a apelar al decreto de embargo, sentencia de remate y de cualquier otra providencia apelable en el juicio que se intentare y aceptará al depositario judicial de sus bienes que propusiere el HOSPITAL quién lo exime de rendir fianza y cuentas, comprometiéndose a pagar las costas procesales ocasionados. **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: LEGISLACIÓN APLICABLE.** Para los efectos legales del presente contrato, las partes nos sometemos en todo a las disposiciones de las Leyes Salvadoreñas, renunciando a efectuar reclamaciones que no sean las establecidas por este contrato y las Leyes de éste país, sometiéndonos a la jurisdicción y competencia de los tribunales de esta ciudad. **CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA: NOTIFICACIONES** Las notificaciones entre las partes deberán hacerse por escrito y tendrán efecto a partir de la fecha de su recepción en las direcciones que a continuación se indican: **El Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera**, Ubicado en Final Avenida Thompson Norte, Barrio La Cruz, San



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL "DR. HECTOR ANTONIO HERNANDEZ FLORES"  
DE SAN FRANCISCO GOTERA  
UCP

Francisco Gotera, Departamento de Morazán Teléfonos 2645- 7154 (Para programar entregas); 2645-7166 (UCP) o a la dirección [rosydecruz06@gmail.com](mailto:rosydecruz06@gmail.com); el **CONTRATISTA: FARLAB, S.A. DE C.V.** 37 Calle Oriente N° 365 y Pje. YSL, Col. La Rábida San Salvador, El Salvador, Contacto: Ana Gladys Avelar, Tel. 2235-2851. En fe de lo cual firmamos el Presente contrato en la ciudad de San Francisco Gotera, a los veintisiete días del mes de julio del dos mil veintitrés.

**DR. ARTURO JOSE ELIAS BERMUDEZ**  
TITULAR



**LICDA. ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN**  
CONTRATISTA

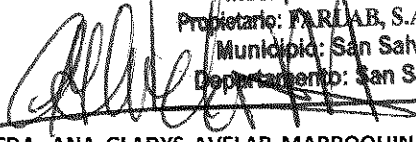
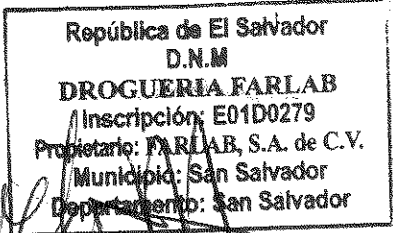


MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL "DR. HECTOR ANTONIO HERNANDEZ FLORES"  
DE SAN FRANCISCO GOTERA  
UCP

entregas); 2645-7166 (UCP) o a la dirección rosydecruz06@gmail.com; el **CONTRATISTA:** FARLAB, S.A. DE C.V. 37 Calle Oriente N° 365 y Pje. YSL, Col. La Rábida San Salvador, El Salvador, Contacto: Ana Gladys Avelar, Tel. 2235-2851. En fe de lo cual firmamos el Presente contrato en la ciudad de San Francisco Gotera, a los veintisiete días del mes de julio del dos mil veintitrés.

  
  
DR. ARTURO JOSE ELIAS BERMUDEZ  
TITULAR

  
  
LICDA. ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN  
CONTRATISTA