



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 ello 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”

Nosotros, **Jeny Brenda Hernández de Nolasco**, de cincuenta y un años de edad, Doctora en Medicina del domicilio de la ciudad de San Miguel, departamento de San Miguel, con mi Documento Único de Identidad [REDACTED] con Número de Identificación Tributaria [REDACTED] actuando en nombre y representación de Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel, con Número de Identificación Tributaria Un mil doscientos diecisiete-ciento treinta mil doscientos veintidós-cero cero uno-seis, en calidad de Directora, nombrada mediante Acuerdo Ejecutivo, Numero Doscientos setenta y ocho, emitido por la Doctora Ana del Carmen Orellana Bendek, en la ciudad de San Salvador el día doce de julio del año dos mil diecinueve, quien en este instrumento me denominaré la **CONTRATANTE** y por la otra parte, **ANA GLADYS AVELAR MARROQUÍN**, Mayor de edad, Licenciada en Administración de Empresas, del domicilio de San Salvador, con Documento Único de Identificación Número [REDACTED] actuando como Apoderada General Administrativo Mercantil y Judicial de la Sociedad **FARLAB, SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE**, que puede abreviarse **FARLAB, S.A. DE C.V.**, del domicilio de San Salvador, con Número de Identificación Tributaria Cero seis uno cuatro - dos nueve cero nueve nueve cinco - uno cero cuatro - siete, cuya existencia legal de la Sociedad compruebo con: a) El Testimonio de la Escritura Pública de Constitución de 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 del Notario Mauricio Méndez Garay, inscrita en el Registro de Comercio al Número TREINTA Y UNO del Libro MIL CIENTO CINCUENTA, del Registro de Sociedades el día diecisiete de noviembre de mil novecientos noventa y cinco; b) Testimonio de la Escritura Pública de Modificación al Pacto Social de Sociedad, otorgada en la ciudad de San Salvador, a las dieciséis horas del día dieciocho de marzo del dos mil quince, ante los oficios de la Notario Liliam Elizabeth Cruz Cortez, inscrita en el Registro de Comercio al Número CIENTO CINCO del Libro TRES MIL CUATROCIENTOS UNO, del Registro de Sociedades el día diecisiete de abril de dos mil quince, c) Testimonio de la Escritura Pública de Modificación de Pacto social y Aumento de Capital de la Sociedad, otorgada en la ciudad de San Salvador, a las ocho horas del día quince de febrero de dos mil dieciocho, ante los oficios de la Notario Liliam Elizabeth Cruz Cortez,

inscrita en el Registro de Comercio al Número NOVENTA Y CUATRO del Libro TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS, del Registro de Sociedades el día nueve de marzo de dos mil dieciocho, personería que acredito con Testimonio de Escritura Pública de Poder General Administrativo Mercantil y Judicial, otorgado en la ciudad de San Salvador, a las diez horas del día veintiocho de octubre de dos mil quince, ante los oficios de la Notario Liliam Elizabeth Cruz Cortez, inscrita en el Registro de Comercio al Número OCHO del Libro MI SETECIENTOS TREINTA del Registro de Otros Contratos Mercantiles, el día cinco de noviembre de dos mil quince, que en lo sucesivo del presente instrumento me denominaré la **CONTRATISTA**, y en las calidades antes expresadas **MANIFESTAMOS**: Que hemos acordado otorgar y en efecto otorgamos el presente contrato proveniente del proceso de Licitación Pública número 13/2019, denominada **“Insumos y Reactivos para Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, para el año dos mil diecinueve”**, 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, y a las cláusulas que se detallan a continuación: **I) OBJETO DEL CONTRATO**: El CONTRATISTA se obliga a suministrar los Insumos y Reactivos para Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, para el año 2019, a precios firmes de acuerdo a la forma, especificaciones y cantidades siguientes:

RENLÓN	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	U/M	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
11	<p>CODIGO: 30106148</p> <p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE CALCIO, METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE CALCIO, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES.</p>	C/U	10,000	\$0.15	\$1,500.00
12	<p>CODIGO: 30106166</p> <p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATININ FOSFOQUINASA TOTAL (CPK) METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININ FOSFOQUINASA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES.</p>	C/U	250	\$0.15	\$37.50

13	<p>CODIGO: 30106224</p> <p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION HEMOGLOBINA GLICOSILADA, INCLUYE EQUIPO , METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESE</p>	C/U	1,000	\$0.60	\$600.00
15	<p>CODIGO: 30106234</p> <p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE LIPASA, METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA LA DETERMINACION DE LIPASA, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	3,000	\$0.30	\$900.00
16	<p>CODIGO: 30106240</p> <p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE MAGNESIO METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MAGNESIO, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	2,500	\$0.15	\$375.00
26	<p>CODIGO: 30106346</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE: EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	15,000	\$0.15	\$2,250.00
27	<p>CODIGO: 30106354</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GPT, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE: EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	13,000	\$0.15	\$1,950.00

28	<p>CODIGO: 30106364</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	15,000	\$0.15	\$2,250.00
29	<p>CODIGO: 30106370</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 meses</p>	C/U	3,000	\$0.15	\$450.00
34	<p>CODIGO: 30106452</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GOT, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	15,000	\$0.15	\$2,250.00
35	<p>CODIGO: 30106458</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA DPD, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 meses</p>	C/U	10,000	\$0.15	\$1,500.00
36	<p>CODIGO: 30106468</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL DPD, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES.</p>	C/U	10,000	\$0.15	\$1,500.00
37	<p>CODIGO: 30106484</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), METODO AUTOMATIZADO INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES.</p>	C/U	3,000	\$0.15	\$450.00

38	<p>CODIGO: 30106490</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL), METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) METODO AUTOMATIZADO INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 meses</p>	C/U	3,000	\$0.15	\$450.00
39	<p>CODIGO: 30106496</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	6,000	\$0.15	\$900.00
40	<p>CODIGO: 30106508</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININA METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININA METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	30,000	\$0.15	\$4,500.00
41	<p>CODIGO: 30106522</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDH), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDH), METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	5,000	\$0.15	\$750.00
42	<p>CODIGO: 30106526</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ELECTROLITOS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl) O CALCIO (Ca), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ELECTROLITOS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	7,000	\$0.45	\$3,150.00

43	<p>CODIGO: 30106528</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFATASA ALCALINA, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFATASA ALCALINA, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	4,000	\$0.15	\$600.00
44	<p>CODIGO: 30106534</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFORO METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFORO METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	4,000	\$0.15	\$600.00
46	<p>CODIGO: 30106548</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES.</p>	C/U	35,000	\$0.15	\$5,250.00
48	<p>CODIGO: 30106587</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR), METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	700	\$0.15	\$105.00
50	<p>CODIGO: 30106656</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AUTOMATIZADO."</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA, METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES"</p>	C/U	10,000	\$0.45	\$4,500.00

51	<p>CODIGO: 30106658</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS TOTALES, METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS TOTALES. METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	12,000	\$0.15	\$1,800.00
53	<p>CODIGO: 30106676</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRIGLICERIDOS, METODO AUTOMATIZADO"</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRIGLICERIDOS. METODO AUTOMATIZADO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES"</p>	C/U	5,000	\$0.15	\$750.00
55	<p>CODIGO: 30106684</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE UREA (NITROGENO UREICO), METODO AUTOMATIZADO."</p> <p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE UREA (NITROGENO UREICO), METODO AUTOMATIZADO. INCLUYE EQUIPO EN COMODATO Spin800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO QUE REALIZA MINIMO 1,200 PRUEBAS POR HORA Y CONSUMIBLES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES"</p>	C/U	10,000	\$0.15	\$1,500.00
69	<p>CODIGO: 30105004</p> <p>ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA. FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS.</p> <p>ALBUMINA BOVINA AL 22% FRASCO TRASPARENTE DE 10 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	80	\$4.50	\$360.00
70	<p>CODIGO: 30105024</p> <p>ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.</p> <p>ANTIGAMMA GLOBULINA (COOMBS), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES</p>	C/U	120	\$6.25	\$750.00

71	CODIGO: 30105772 SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. ANTI MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES.	C/U	50	\$3.00	\$150.00
72	CODIGO: 30105780 SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI AB, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. ANTI AB MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES	C/U	50	\$3.50	\$175.00
73	CODIGO: 30105784 SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. ANTI MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES.	C/U	50	\$3.00	\$150.00
74	CODIGO: 30105800 SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. ANTI D (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE 10 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: 15 A 18 MESES	C/U	100	\$6.25	\$625.00
MONTO TOTAL.....					\$43,077.50

II) DOCUMENTOS CONTRACTUALES: Forman parte integral del contrato los siguientes documentos: Solicitud de compra, Bases de Licitación, resolución de adjudicación número 09/2019, Adendas si las hubiere, Oferta Técnica y Económica presentada por el contratista, Garantía de Cumplimiento de Contrato, Garantía de Buen Funcionamiento y Calidad de los Bienes y otros documentos que emanaren del presente contrato, los cuales son complementarios entre si y serán interpretados en forma conjunta, en caso de discrepancia entre alguno de los documentos contractuales y este contrato, prevalecerá el contrato. **III) FUENTE DE LOS RECURSOS, PRECIO Y FORMA DE PAGO:** Las obligaciones emanadas del presente instrumento serán cubiertas con cargo a Fondo General; para lo cual se ha verificado la correspondiente asignación presupuestaria 2019-3213-3-02-02-21-1-54107-54113. La Contratante se compromete a cancelar al contratista la cantidad de **CUARENTA Y TRES MIL SETENTA Y SIETE 50/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (\$43,077.50)** que incluyen el impuesto a la transferencia de bienes muebles y a la prestación de servicios. La

cancelación de las facturas se hará en la Unidad Financiera Institucional del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, en Dólares de los Estados Unidos de América, en un plazo de SESENTA (60) días calendario, (a excepción de aquellos casos ajenos a nuestra voluntad, en que por circunstancias de fuerza mayor, no se efectuase oportunamente el depósito correspondiente en nuestra cuenta bancaria), posterior a que el Contratista presente en la Tesorería de la Unidad Financiera Institucional (UFI) del Hospital para trámite de entrega del QUEDAN respectivo, la documentación siguiente: factura original y seis copias de la factura duplicado cliente, a nombre del Hospital Nacional "San Juan de Dios" de San Miguel, incluyendo en la factura: nombre y número de Licitación, número de Resolución de Adjudicación, número de contrato, número de renglón, código del producto, descripción completa del producto, número de lote, fecha de vencimiento, precio unitario, precio total, juntamente con las Actas de Recepción debidamente firmadas y selladas de recibido por el Guardalmacén, contratista y Administrador de Contrato, consignando así mismo el descuento del uno por ciento (1%), en concepto de retención del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, de conformidad a lo establecido en el artículo ciento sesenta y dos inciso tercero del Código Tributario. **IV) PLAZO DE ENTREGA Y VIGENCIA DE CONTRATO:** EL CONTRATISTA se obliga a entregar los Insumos y Reactivos para Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, objeto del presente contrato, en una sola entrega el **CIEN POR CIENTO (100%)** dentro de los **VEINTE (20) DÍAS CALENDARIOS** posteriores a la fecha en que el contratista reciba el contrato debidamente firmado. El lugar de las entregas será en el Almacén de Insumos Médicos del Hospital Nacional "San Juan de Dios" de San Miguel, previa coordinación con la Guardalmacén, en horarios de Lunes a viernes de 8:00 am a 11:30 am; y de 1:00 a 2:30 Pm, debiendo acudir una persona autorizada para verificar dicha entrega y el estado en que se reciben los bienes, la verificación mencionada se efectuara en presencia del contratista o de un delegado que éste nombre para tal efecto, si éste así lo requiere, a fin de confrontar la correspondencia entre lo entregado, lo relacionado en la factura, y lo establecido en el presente contrato, identificando las posibles averías, faltantes o sobrantes que se produzcan o encuentren, debiéndose levantar el acta respectiva en la cual se hará constar esta circunstancia, esta deberá ser firmada por la Guardalmacén Contratista o su Representante autorizado, el Administrador de contrato, en

dicha acta deberá hacerse constar: la clase y cantidad del producto y el estado en que se reciben, descripción del producto, código, precio unitario, precio total, si los bienes han sido recibidos conforme a las condiciones pactadas y dentro del plazo contractual, y si es procedente su pago. La vigencia del presente contrato es a partir de la fecha en que el contratista reciba el contrato debidamente firmado hasta el treinta y uno de diciembre de dos mil diecinueve. **V) ATRASOS Y PRORROGAS DE PLAZOS:** Si el CONTRATISTA se atrasare en el plazo de entrega de los Medicamentos e Insumos Médicos, según los renglones a él adjudicados por causas de fuerza mayor o caso fortuito debidamente justificados y documentados, el contratista lo hará saber por escrito presentando directamente la solicitud al Administrador del contrato con copia a la UACI; cuando las entregas sean parciales dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que reciba el contrato debidamente firmado y dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de la primera entrega. En caso de no hacerse tal notificación en el plazo establecido esta omisión será suficiente para que el Hospital deniegue la prórroga; dentro del término este la aprobara o rechazara, según el caso. El titular del Hospital emitirá la Resolución de prórroga de plazos de entrega debidamente razonada y motivada. **VI) GARANTÍAS:** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato el contratista otorgará a favor del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, una **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**, de conformidad al artículo treinta y cinco de la LACAP, por un monto de **OCHO MIL SEISCIENTOS QUINCE 50/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (\$8,615.50)** equivalente al **VEINTE POR CIENTO (20%)** del valor contratado; la cual estará vigente a partir de la fecha de recepción del contrato más sesenta días calendarios posteriores a la vigencia del contrato, y deberá entregarse a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, dentro de los cinco días hábiles, después de la fecha de recepción del mismo. **GARANTÍA DE BUEN FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD DE LOS BIENES**, por un valor de **CUATRO MIL TRESCIENTOS SIETE 75/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (\$ 4,307.75)**, equivalente al **DIEZ POR CIENTO (10%)** del valor contratado la cual estará vigente a partir de la fecha de recepción del contrato más sesenta días calendarios posteriores a la vigencia del contrato, y deberá entregarse a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, dentro de los cinco días hábiles, después de la fecha de recepción del mismo. **VII) ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO:** El seguimiento al cumplimiento de las obligaciones

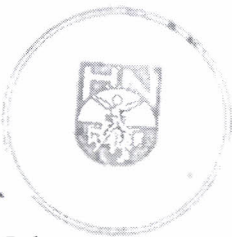
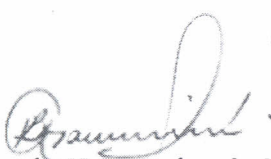
contractuales para los renglones 11, 12, 13, 15, 16, 26, 27, 28, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 50, 51, 53 y 55 estará a cargo del Administrador de Contrato el **Licenciado José Ricardo Franco Hernández, Coordinador del Área de Tuberculosis**, y para los renglones 69, 70, 71, 72, 73 y 74 estará a cargo del Administrador de Contrato el **Licenciado Edwin Jeovanny Quintanilla, Jefe del Banco de Sangre**, teniendo como atribuciones las establecidas en los artículos ochenta y dos Bis, de la LACAP, cuarenta y dos inciso tercero, setenta y cuatro, setenta y cinco inciso segundo, setenta y siete, ochenta y ochenta y uno del RELACAP, cuyas funciones serán las siguientes: **a)** Verificar el cumplimiento de las cláusulas contractuales; así como en los procesos de libre gestión, el cumplimiento de lo establecido en las órdenes de compra o contratos; **b)** Elaborar oportunamente los informes de avance de la ejecución de los contratos e informar de ello tanto a la UACI como a la Unidad responsable de efectuar los pagos o en su defecto reportar los incumplimientos; **c)** Informar a la UACI, a efecto de que se gestione el informe al Titular para iniciar el procedimiento de aplicación de las sanciones a los contratistas, por los incumplimientos de sus obligaciones; **d)** Conformar y mantener actualizado el expediente del seguimiento de la ejecución del contrato de tal manera que este conformado por el conjunto de documentos necesarios que sustenten las acciones realizadas desde que se emite la orden de inicio hasta la recepción final; **e)** Elaborar y suscribir conjuntamente con el contratista, las actas de recepción total o parcial de las adquisiciones o contrataciones de obras, bienes y servicios, de conformidad a lo establecido en el Reglamento de esta Ley; **f)** Remitir a la UACI en un plazo máximo de tres días hábiles posteriores a la recepción de las obras, bienes y servicios, en cuyos contratos no existan incumplimientos, el acta respectiva; a fin de que esta proceda a devolver al contratista las garantías correspondientes; **g)** Gestionar ante la UACI las ordenes de cambio o modificaciones a los contratos, una vez identificada tal necesidad; **h)** Gestionar los reclamos al contratista relacionados con fallas o desperfectos en obras bienes o servicios, durante el periodo de vigencia de las garantías de buena obra, buen servicio, funcionamiento o calidad de bienes, e informar a la UACI de los incumplimientos en caso de no ser atendidos en los términos pactados; así como informar a la UACI sobre el vencimiento de las misma para que esta proceda a su devolución en un periodo no mayor de ocho días hábiles; **i)** Cualquier otra

responsabilidad que establezca esta Ley, su Reglamento y el Contrato. **VIII) MODIFICACIÓN DE CONTRATO:** El presente contrato podrá ser modificado en cualquiera de sus partes, de conformidad a lo establecido en los artículos ochenta y tres A y B de la LACAP, debiendo emitir la contratante la correspondiente resolución de Modificación, de Contrato, debiendo el contratista en caso de ser necesario modificar, los plazos y montos de las Garantías de Cumplimiento de Contrato y de Buen Funcionamiento y Calidad de Los Bienes, y formará parte integral de este contrato. **IX) PRÓRROGA DE CONTRATO:** 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 prorrogar los plazos y montos de Garantías de Cumplimiento de Contrato y de Buen Funcionamiento y Calidad de Los Bienes, y formará parte integral de este contrato; debiendo emitir la contratante la correspondiente resolución de prórroga. **X) CESIÓN:** Salvo autorización expresa del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, el 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. **XI) CONFIDENCIALIDAD:** El contratista se compromete a guardar la confidencialidad de toda información revelada por la contratante, independientemente del medio empleado para transmitirla, ya sea en forma verbal o escrita, y se compromete a no revelar dicha información a terceras personas, salvo que el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, lo autorice en forma escrita. El contratista se compromete a hacer del conocimiento únicamente la información que sea estrictamente indispensable para la ejecución encomendada y manejar la reserva de la misma, estableciendo las medidas necesarias para asegurar que la información revelada por la contratante se mantenga con carácter confidencial y que no se utilice para ningún otro fin. **XII) SANCIONES:** En caso de incumplimiento el contratista expresamente se somete a las sanciones que emanaren de la LACAP ya sea imposición de multa por mora, inhabilitación, extinción, las que serán impuestas siguiendo el debido proceso por la contratante, a cuya competencia se somete para efectos de su imposición. **XIII) CONDICIONES ESPECIALES:** El Contratista se obliga a cumplir las condiciones especiales siguientes: a) Pago de Análisis por cada producto **SUJETO A ANÁLISIS** del Laboratorio de Control de calidad del MINSAL, el contratista deberá efectuar el pago de análisis de Control de Calidad por cada lote y medida del producto a entregar, de acuerdo a

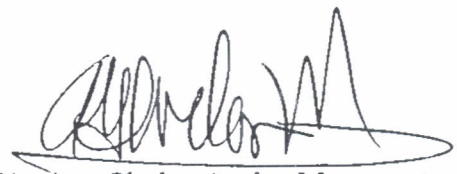
tarifas previamente establecidas. El Hospital Nacional "San Juan de Dios" de San Miguel, a través del Laboratorio de Control de Calidad, del MINSAL, hará todos los análisis de calidad que considere necesarios, reservándose el derecho de enviar a realizar análisis a otros Laboratorios nacionales o extranjeros reconocidos, cuando los intereses del Hospital así lo demanden. Si el análisis que realice el Laboratorio de Control de Calidad, establece que un insumo contratado no cumple con lo requerido por el Hospital Nacional "San Juan de Dios" de San Miguel, el suministrante previa notificación escrita estará obligado a cambiarlo, entregando uno que cumpla con lo requerido, en un plazo no mayor de VEINTE (20) DÍAS calendario, contados a partir de dicha notificación, b) Entregar los productos con fecha de vencimiento no menor a veinticuatro meses (24) a partir de la fecha de recepción en el Almacén del Hospital; para aquellos insumos que por su naturaleza se fabriquen con vencimiento menor a veinticuatro meses (24) deberá detallar el periodo de vencimiento del producto, y entregar constancia de justificación técnica del fabricante, así mismo deberá presentar Carta de Compromiso de cambio debidamente autenticada por notario, manifestando sustituir dichos productos si a la fecha de su vencimiento no han sido consumidos por el Hospital, la cual deberá ser firmada por el Representante Legal de la empresa, c) Reponer en un plazo no mayor de TRES (3) DÍAS CALENDARIO MÁXIMO, aquellos insumos que sufran deterioro dentro del período de vigencia de la Garantía de Buen Funcionamiento y calidad de los Bienes, caso contrario se hará efectiva dicha garantía. Este plazo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por parte del Administrador de contrato, d) Si el producto adjudicado, al momento de su entrega no fuera de la calidad de la muestra presentada (durante el proceso de licitación) será rechazado y el proveedor tendrá un periodo de tiempo máximo de TRES DÍAS CALENDARIO para su respectivo cambio, e) Entregar los productos en cajas tamaño uniforme, elaboradas en material resistente que permita el estibamiento adecuado en bodegas conteniendo el mismo número de unidades adecuadas al producto que contiene en buen estado y peso máximo de treinta libras para facilitar su manipulación y distribución, f) Poner en cada empaque colectivo en que se entreguen los Insumos Médicos, la leyenda: **PROHIBIDA SU VENTA, "PROPIEDAD DEL HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" DE SAN MIGUEL**, no se permitirán etiquetas adicionales

usadas como aclaraciones de la etiqueta principal. h) Además, queda obligado a: "Que si durante la ejecución del contrato se comprobare por la Dirección General de Inspecciones de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, incumplimiento por parte del contratista a la normativa que prohíbe el trabajo infantil y de protección de la persona adolescente trabajadora; se deberá tramitar el procedimiento que dispone el Art. 160 de la LACAP, para determinar el cometimiento o no durante la ejecución del contrato de la conducta tipificada como causal de inhabilitación en el Art. 158 Romano v) literal b) de la LACAP, relativa a la invocación de hechos falsos para obtener la adjudicación de la contratación. Se entenderá por comprobado el incumplimiento a la normativa por parte de la Dirección General de Inspección de Trabajo, si durante el trámite de re-inspección se determina que hubo subsanación por haber cometido una infracción, o por el contrario si se remite a procedimiento sancionatorio, y en este último caso deberá finalizar el procedimiento para conocer la resolución final. **XIV) CESACIÓN, EXTINCIÓN, CADUCIDAD, Y REVOCACIÓN DEL CONTRATO.** Cuando se presentaren las situaciones establecidas en los Artículos Nos. 92 al 100 de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, se procederá en lo pertinente a dar por terminado el contrato. En caso de incumplimiento por parte del contratista a cualquiera de las estipulaciones y condiciones contractuales o las especificaciones establecidas en la Cláusula Tercera del presente contrato, el Hospital notificará al contratista su decisión de caducar el contrato sin responsabilidad para él, mediante aviso escrito con expresión de motivo, aplicando el procedimiento de caducidad respectivo. Asimismo el Hospital, hará efectivas las garantías que tuviere en su poder. **XV) TERMINACIÓN BILATERAL.** 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, sin más responsabilidad que la que corresponda a la entrega de los Medicamentos e Insumos Médicos. **XVI) SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** En caso de conflicto y para los efectos legales de este Contrato, las partes expresamente se someten a la jurisdicción de los tribunales del domicilio del demandado; en caso de embargo al contratista, la contratante nombrará al depositario de los bienes que se le embargaren al contratista, quien releva a la contratante de la obligación de rendir fianza y cuentas, comprometiéndose el contratista a pagar los gastos ocasionados, inclusive los personales aunque no hubiere condenación en costas. **XVII) INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO:** El Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, se

reserva la facultad de interpretar el presente contrato, de conformidad a la Constitución de la República, la LACAP, el RELACAP, demás legislación aplicable, y los Principios Generales del Derecho Administrativo y de la forma que más convenga a los intereses del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, con respecto a 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 el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. XVIII) **MARCO LEGAL:** 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. XIX) **NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** La contratante señala como lugar para recibir notificaciones Final Once Calle Poniente y 23 Avenida Sur Colonia Ciudad Jardín San Miguel y el contratista señala para el mismo efecto la siguiente dirección: 37 Calle Oriente y Pasaje YSI, N°365, Col. La Rábida, San Salvador. Todas las comunicaciones o notificaciones referentes a la ejecución de este contrato serán válidas solamente cuando sean hechas por escrito en las direcciones que las partes hemos señalado. En fe de lo cual suscribimos el presente contrato, en la ciudad de San Miguel departamento de San Miguel, a los veinticinco días del mes de noviembre del año dos mil diecinueve.



Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
TITULAR



Lic. Ana Gladys Avelar Marroquin
CONTRATISTA



Vo. Bo. COLABORADOR JURÍDICO

República de El Salvador
C.S.S.P.
DROGUERIA "FARLAB"
N° de Inscripción 279
Prop. SOCIEDAD FARLAB, S.A. DE C.V.
San Salvador, Depto. San Salvador