

## 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”. (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”**



**Lic. Jose Benito Montesinos Hernández**

**Jefe UCP**

Nosotros: **CARLOS ALBERTO LOPEZ MOJICA**, de cuarenta y dos años de edad, Médico, del domicilio **XXXXXX**, actuando en carácter de Médico Director del Hospital Nacional de La Unión, según el Artículo Ocho, del Reglamento General de Hospitales, emitido el día diez de junio de mil novecientos noventa y seis, publicado el día catorce de junio de mil novecientos noventa y seis en el Diario Oficial No. Ciento diez tomo número trescientos treinta y uno, y según acuerdo número seiscientos veintitrés, de fecha quince de agosto del año dos mil diecinueve, extendido por la Ministra de Salud Dra. Ana del Carmen Orellana Bendek, según partida número uno y nombrado en la Unidad Presupuestaria número cero uno, y que en el transcurso de este instrumento me denominaré el **HOSPITAL**; por una parte, y por la otra **ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN**, de cincuenta y seis años de edad, Licenciada en Administración de empresas, del **XXXXXX**, quien actúa en nombre y representación de la sociedad, en calidad de Apoderado Administrativo de la Sociedad que gira con la denominación, **“FARLAB, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE”**, que se puede abreviarse, **FARLAB, S. A DE C.V.**, persona jurídica del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, con Número de Identificación Tributaria: **XXXX**; personería que acredito con: **a)** Testimonio de Escritura Pública de escritura 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 del notario MAURICIO MENDEZ GARAY, inscrita al número TREINTA Y UNO del Libro UN MIL CIENTO CINCUENTA Registro de Sociedades; **b)** Escritura de Modificación al Pacto Social otorgada en la ciudad de San Salvador a las ocho horas del día quince de febrero de dos mil dieciocho, ante los oficios notariales del Notario LILIAM ELIZABETH CRUZ CORTEZ, inscrita bajo el numero NOVENTA Y CUATRO del Libro TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS del Registro de Sociedades. **c)** Poder Especial, otorgado en la ciudad de San Salvador, a las diez horas del día veintidós de enero de dos mil veinticuatro, ante los oficios del Notario CARLOS DANIEL FUNES, donde se me faculta para comparecer a actos como el presente, inscrito al número CIENTO DIECISEIS, del Libro DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO del Registro de Otros contratos mercantiles, para que pueda comparecer en nombre de la Sociedad a suscribir y adquirir obligaciones en contratos como el presente, convenimos en celebrar el presente contrato de acuerdo a las siguientes cláusulas: CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO. El "CONTRATISTA" se obliga a suministrar a precios firmes los siguientes Reactivos de Laboratorio:

REN GLON	CODIGO	DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL SUMINISTRO	U/M	PLAZO DE ENTREGA	CANTI DAD	P/U	MONTO
		FARLAB, S.A. DE C.V.					
1	30106548	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106548	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	16,000	\$ 0.47	\$7,520.00
2	30106496	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106496	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	5,000	\$0.47	\$2,350.00
3	30106676	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRIGLICERIDOS, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			

	30106676	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRIGLICERIDOS, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	8,000	\$0.47	\$3,760.00
4	30106346	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106346	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	9,000	\$0.47	\$4,230.00
5	30106508	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106508	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	12,000	\$0.47	\$5,640.00
6	30106484	PRUEBA PARA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) METODO AUTOMATIZADO	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106484	PRUEBA PARA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) METODO AUTOMATIZADO MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	1,400	\$ 0.75	\$1,050.00
7	30106526	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ELECTROLITROS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl) O CALCIO (Ca), METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106526	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ELECTROLITROS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl) O CALCIO (Ca), METODO AUTOMATIZADO. MARCA: MEDICA ORIGEN: USA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	7,000	\$1.40	\$9,800.00
8	30106658	PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA TOTALES, METODOS AUTOMATIZADO	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106658	PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA TOTALES, METODOS AUTOMATIZADO MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	400	\$0.47	\$188.00
9	30106364	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			

	30106364	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	400	\$0.47	\$188.00
10	30106528	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOFATASA ALCALINA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106528	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOFATASA ALCALINA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	1,400	\$0.47	\$ 658.00
11	30106370	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA METODOS AUTOMATIZADO	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106370	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA METODOS AUTOMATIZADO MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	1,400	\$0.47	\$658.00
12	30106452	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106452	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	6,000	\$0.47	\$2,820.00
13	30106354	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106354	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	6,000	\$0.47	\$2,820.00
14	30106468	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106468	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2,000	\$0.47	\$940.00

15	30106458	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106458	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2,000	\$0.47	\$ 940.00
16	30106684	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE UREA (NITROGENO UREICO), METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106684	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE UREA (NITROGENO UREICO), METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	6,500	\$0.47	\$3,055.00
17	30106240	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MAGNESIO , METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106240	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MAGNESIO, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2,000	\$0.47	\$ 940.00
18	30106148	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CALCIO , METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106148	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CALCIO, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2,500	\$0.47	\$1,175.00
19	30106522	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDL) , METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106522	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDL), METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	1,700	\$0.75	\$1,275.00
20	30106534	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFORO , METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106534	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFORO, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2,000	\$0.47	\$ 940.00
21	30106224	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C) , METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			

	30106224	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C), METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	500	\$1.75	\$ 875.00
22	30106586	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICROPROTEINA EN ORINA , METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106586	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICROPROTEINA EN ORINA, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	400	\$0.47	\$188.00
23	30106174	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN QUINASA FRACCION (MB) METODO AUTOMATIZADO	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106174	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN QUINASA FRACCION (MB) METODO AUTOMATIZADO MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	100	\$0.47	\$47.00
24	30106166	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOQUINASA CPK-NAC, METODO AUTOMATIZADO	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106166	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOQUINASA CPK-NAC, METODO AUTOMATIZADO MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	100	\$0.47	\$ 47.00
25	30106226	PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGRAMAS, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106226	PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGRAMAS, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	25,000	\$0.45	\$11,250.00
27	30106301	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2) SET DE 100 PRUEBAS	C/U	1° 30 días 2°60 días	20		
	30106301	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2) SET DE 100 PRUEBAS MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	20	\$60.00	\$1,200.00
28	30106306	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTP), CON CLORURO DE CALCIO 0.025	C/U	1° 30 días 2°60 días			

		MOLAR, SET 100 PRUEBAS.					
	30106306	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTP), CON CLORURO DE CALCIO 0.025 MOLAR, SET 100 PRUEBAS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	15	\$60.00	\$900.00
29	30106036	DETERMINACION DE FIBRINOGENO, SET 100 PRUEBAS	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106036	DETERMINACION DE FIBRINOGENO, SET 100 PRUEBAS MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	1	\$90.00	\$90.00
30	30106050	PLASMA CONTROL NORMAL PARA PRUEBAS HEMOSTÁTICAS, VIAL 1 MILILITROS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106050	PLASMA CONTROL NORMAL PARA PRUEBAS HEMOSTÁTICAS, VIAL 1 MILILITROS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2	\$12.00	\$24.00
31	30106052	PLASMA CONTROL PATOLÓGICO PARA PRUEBAS HEMOSTÁTICAS, VIAL 1 MILILITROS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106052	PLASMA CONTROL PATOLÓGICO PARA PRUEBAS HEMOSTÁTICAS, VIAL 1 MILILITROS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2	\$12.00	\$24.00
44	30503315	FRASCO DE TAPON ROSCA EMPAQUE INDIVIDUAL CAPACIDAD (100 - 120 )ML DESCARTABLE	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30503315	FRASCO DE TAPON ROSCA EMPAQUE INDIVIDUAL CAPACIDAD (100 - 120 )ML DESCARTABLE MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses MARCA: GONGDONG MEDICAL ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	2,000	\$0.12	\$240.00
45	30106227	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA EN SANGRE Y ORINA.METODO DE INMUNOCROMATOGRAFIA GRAFICA, PLACA O CASSETTE.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106227	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA EN SANGRE Y ORINA.METODO DE INMUNOCROMATOGRAFIA GRAFICA, PLACA O CASSETTE. MARCA: BIOTEST ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	800	\$0.24	\$192.00

46	30106720	PRUEBA RAPIDA PARA DETECCION CUALITATIVA DE ANTICUERPOS Ig G ESPECIFICO DE HELICOBACTER PILORY, METODO INMUNOCROMATOGRAFIA	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106720	PRUEBA RAPIDA PARA DETECCION CUALITATIVA DE ANTICUERPOS Ig G ESPECIFICO DE HELICOBACTER PILORY, METODO INMUNOCROMATOGRAFIA MARCA: BIOTEST ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses MARCA: BIOTEST ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	100	\$1.50	\$150.00
50	30106710	PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgM DE HEPATITIS B METODOS INMUNOCROMATOGRAFICO SET (25 - 50 ) PRUEBA	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106710	PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgM DE HEPATITIS B METODOS INMUNOCROMATOGRAFICO. PRUEBA MARCA: BIOTEST ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	350	\$1.00	\$350.00
51	30106711	PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, METODOS INMUNOCROMATOGRAFICO SET (25 - 50 ) PRUEBA	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106711	PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, METODOS INMUNOCROMATOGRAFICO PRUEBA MARCA: BIOTEST ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	350	\$1.20	\$420.00
55	30106702	PRUEBA RAPIDA EN LAMINA PARA LA DETERMINACION DE ANTIESTREPTOLISINA "O" METODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106702	PRUEBA RAPIDA EN LAMINA PARA LA DETERMINACION DE ANTIESTREPTOLISINA "O" METODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.:		1° 30 días 2°60 días	1	\$25.00	\$25.00
56	30106068	PRUEBA PARA DETERMINACION DEL FACTOR REUMATOIDEO (RF), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106068	PRUEBA PARA DETERMINACION DEL FACTOR REUMATOIDEO (RF), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	1	\$25.00	\$25.00

57	30106074	PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 50 PRUEBAS	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106074	PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 50 PRUEBAS MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	16	\$22.00	\$352.00
60	30105004	ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30105004	ALBUMINA BOVINA (22 - 30) %, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	10	\$7.00	\$70.00
61	30105024	ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30105024	ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	10	\$7.00	\$70.00
62	30105772	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30105772	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	20	\$4.85	\$97.00
63	30105784	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30105784	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	25	\$4.85	\$121.25
64	30105800	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30105800	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. MARCA: SPINREACT ORIGEN: ESPAÑA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	40	\$7.50	\$300.00

108	30106756	TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS.	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106756	TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS. MARCA: ACON ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	150	\$7.00	\$1,050.00
109	30106763	TIRA REACTIVA PARA DETECCION DE MICROALBUMINURIA, FRASCO	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30106763	TIRA REACTIVA PARA DETECCION DE MICROALBUMINURIA, FRASCO MARCA: ACON ORIGEN: CHINA VTO.: De 12 a 15 meses		1° 30 días 2°60 días	10	\$30.00	\$300.00
110	35067200	PUNTA DE PLASTICO UNIVERSAL PARA PIPETAS AUTOMATICA, CAPACIDAD (1-200)MICROLITROS, DESCARTABLE BOLSA (500 1000 )UNIDADES	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	35067200	PUNTA DE PLASTICO UNIVERSAL PARA PIPETAS AUTOMATICA, CAPACIDAD (1-200)MICROLITROS, DESCARTABLE MARCA: GONGDONG MEDICAL ORIGEN: CHINA VTO.: NO APLICA		1° 30 días 2°60 días	7000	\$0.01	\$70.00
111	30503594	PUNTAS DE PLASTICO , CAPACIDAD 1000 MICROLITROS, DESCARTABLE PARA MICROPIPETAS BOLSA DE (500 - 1000) UNIDADES	C/U	1° 30 días 2°60 días			
	30503594	PUNTAS DE PLASTICO , CAPACIDAD 1000 MICROLITROS, DESCARTABLE PARA MICROPIPETAS MARCA: GONGDONG MEDICAL ORIGEN: CHINA VTO.: NO APLICA		1° 30 días 2°60 días	2000	\$0.01	\$20.00
<b>MONTO ADJUDICADO</b>					131,743		\$69,444.25

**CLAUSULA SEGUNDA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES.** Forman parte integrante de este contrato, con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes: Documento Estándar Licitación Competitiva No. Cero dos dos mil veinticuatro, La oferta del contratista de fecha tres de junio del año dos mil veinticuatro. – Acta de adjudicación y garantías de cumplimiento de contrato y de Buen servicio, Funcionamiento o Calidad de Bienes. 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 son complementarios y lo requerido en uno es igualmente obligatorio como si requiriera en todos. **CLAUSULA TERCERA: CONDICIONES ESPECIALES.** 1 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 Ministerio así lo demanden. 2. Si el análisis que realice el Laboratorio de Control de calidad, establece que un Insumo contratado no cumple con lo requerido por el **MINSAL** y/o Hospital Nacional, el suministrante previa

notificación escrita estará obligado a cambiarlo, entregando un insumo que cumpla con lo requerido, en un plazo no mayor de 30 días calendario, contados a partir de dicha notificación; ante un segundo rechazo de control de calidad, el MINSAL y/o Hospital Nacional, procederá a la anulación del contrato, aplicando las bases de la licitación respectiva y la Ley de Compras Públicas; será responsabilidad del contratista retirar el Insumo de los lugares de entrega pactados. 3. La UCP 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 Insumos. 4. EL VENCIMIENTO DE LOS REACTIVOS DE LABORATORIO NO DEBE SER MENOR DE DOS AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCION DE CADA ENTREGA EN EL ALMACEN DEL HOSPITAL. 5. La rotulación del empaque primario y secundario deberá comprender lo que se pide a continuación; salvo el caso de INSUMOS presentados en contenedores pequeños, en cuyo caso se limitará a los literales: a, c, d, f, g, h, i, j.; a) Nombre Genérico del producto, b) Nombre Comercial del producto, c) Forma farmacéutica del producto. d) Presentación, e) Concentración de los ingredientes activos, f) Cantidad del producto en el envase, g) Fórmula cuali-cuantitativa del producto, h) Número de lote, i) Fecha de fabricación, j) Fecha de expiración, k) Nombre del fabricante, l) Número de registro en el Consejo Superior de Salud, m) Indicaciones de uso, ñ) Otras indicaciones del fabricante, n) Condiciones de manejo y almacenamiento, o) Las etiquetas deben ser impresas y presentadas en idioma castellano, la rotulación debe ser completamente legible (no borrosas, ni manchadas) en viñetas de material adecuado (no fotocopia de ningún tipo), p) Grabar o imprimir directamente en el empaque primario la leyenda **"PROPIEDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION" O "PROPIEDAD DEL MINSAL"**. NOTA: Toda la información debe ser grabada o impresa directamente en el empaque primario, (no se permitirá viñetas adhesivas), 6. La rotulación del empaque colectivo debe contener: Nombre genérico del producto, Nombre comercial del producto, Laboratorio fabricante, Condiciones de manejo y almacenamiento, Las etiquetas deben ser impresas y presentadas en idioma castellano, la rotulación debe ser completamente legible (no borrosas, ni manchadas) en viñetas de material adecuado. 7. EMPAQUE PRIMARIO: Debe ser inerte y proteger al Reactivo de los factores ambientales (luz, temperatura y humedad). Además, debe estar bien cerrado y garantizar su inviolabilidad (seguridad del cierre del empaque). 8. EMPAQUE SECUNDARIO: El empaque secundario debe ser resistente, que le permita la protección necesaria del empaque primario, (no se aceptara empaque tipo cartulina). 9. 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. 10. Cada lote de Reactivo suministrado deberá acompañarse de un CERTIFICADO DE ANÁLISIS del laboratorio fabricante que deberá contener como mínimo la siguiente información: Nombre y dirección del fabricante, Nombre genérico del Insumo, Forma farmacéutica, Número de lote, Fecha de fabricación, Fecha de expiración, Número y fecha del protocolo de análisis, Resultado de cada prueba y límites aceptables, Otras pruebas requeridas. 11. En caso de Reactivo que puedan degradarse, presentar el estándar de referencia del producto de degradación, con sus respectivos certificados de análisis extendidos por el proveedor (del principio activo). DE REQUERIR CONDICIONES ESPECIALES PARA SU ALMACENAMIENTO, ESTOS DEBERAN ESPECIFICARSE EN TODOS LOS EMPAQUES, EN LUGAR VISIBLE Y CON LA SIMBOLOGIA CORRESPONDIENTE. 12. POR CADA REACTIVO EL CONTRATISTA DEBERÁ EFECTUAR PAGO DE ANÁLISIS POR CADA NÚMERO DE LOTE A ENTREGAR, DE ACUERDO A LAS TARIFAS PREVIAMENTE ESTABLECIDAS. ESTE CERTIFICADO DE ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD, EMITIDO POR EL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DEL MINSAL, DEBERA PRESENTARSE AL MOMENTO DE HACER LAS ENTREGAS EN EL ALMACEN DEL HOSPITAL, EXCEPTUANDO LAS ADQUICIONES QUE SEAN INFERIORES A 10 SALARIOS MINIMOS. **Deberá presentar Hoja de seguridad para los renglones que apliquen.** **CLAUSULA CUARTA: PLAZO, FORMA Y LUGAR DE ENTREGA.** El "CONTRATISTA" se obliga a entregar el suministro objeto del presente contrato los renglones, establecidos en este contrato según lo establecido en la cláusula PRIMERA, CABE ACLARAR SON DIAS CALENDARIOS Y SE CONTABILIZARA APARTIR DEL DIA DE FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, dicho insumo se entregara en las bodegas del Hospital Nacional de La Unión, Ubicadas en kilómetro 180, en el cantón Huisquil, Jurisdicción de Conchagua, Departamento de La Unión lo cual será notificado con tres días de anticipación para el caso el contratista deberá coordinarse con el Administrador de Contrato y el Guardalmacén **al 2792 5169.** **CLAUSULA QUINTA:**

**ATRASOS Y PRORROGAS DE PLAZO.** Si el **CONTRATISTA** se atrasare en el plazo de entrega del suministro, por causas de Fuerza Mayor o caso Fortuito debidamente justificado y documentado, el **HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION** podrá prorrogar el plazo de entrega. **ELCONTRATISTA** 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 o instrumento modificativo de contrato autorizado por el Director de Hospital y el Contratista, 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 suministrantes. **CLAUSULA SEXTA: MONTO TOTAL DEL CONTRATO.** El monto total del presente contrato es de **SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO CON VEINTE Y CINCO CENTAVOS DE DOLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA (\$69,444.25)** que el **HOSPITAL** pagará al contratista por la compra del suministro objeto de este contrato, dicho monto incluye el Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios.- El **HOSPITAL** hace constar que para cubrir el Importe del presente contrato, la Unidad Financiera del **HOSPITAL** tiene en sus asignaciones presupuestarias, programados los recursos de Fondos GOES para el presente contrato. Es entendido que vencido el ejercicio fiscal y no se logra liquidar el contrato con dichos fondos, el **HOSPITAL** podrá incorporarle el que le corresponde al nuevo ejercicio fiscal vigente. **CLAUSULA SEPTIMA: FORMA Y CONDICION DE PAGO.** La cancelación se hará en la Unidad Financiera Institucional del Hospital Nacional de La Unión ubicada en kilómetro 180, en el cantón Huisquil, Jurisdicción de Conchagua, Departamento de La Unión, en los sesenta días calendario posteriores a la recepción del suministro en el almacén del hospital y en dólares americanos, previo a la programación y ejecución del depósito de fondos por parte del Ministerio de Hacienda y con la presentación de un original y cuatro copias de la(s) factura(s) debidamente firmadas y selladas de recibido, actas de recepción, **Nota** para facturar deberá tomarse en cuenta lo siguiente, se facturara así “Hospital Nacional de la Unión”. **CLAUSULA OCTAVA: GARANTIAS.** El **CONTRATISTA** rendirá por su cuenta y a favor del **HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION**, a través de un Banco, Compañía Aseguradora o Afianzadora, con domicilio legal en EL Salvador, y autorizada por la Superintendencia del Sistema Financiero, las fianzas siguientes: **GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:** Para garantizar el cumplimiento estricto de este Contrato, el **CONTRATISTA** deberá rendir a favor del **HOSPITAL DE LA UNION** una garantía de Cumplimiento de contrato, por un valor de **CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO CON CINCUENTA Y CUATRO CENTAVOS DE DOLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA (\$5,555.54) equivalente** al OCHO POR CIENTO (8%) del monto total del Contrato, la cual deberá entregar dentro de los Cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de firma del presente contrato y permanecerá vigente durante el plazo de TRESCIENTOS SESENTA DIAS CALENDARIOS, contados a partir de la mencionada fecha. **GARANTIA DE BUEN SERVICIO, FUNCIONAMIENTO O CALIDAD DE BIENES:** Para garantizar el buen funcionamiento o calidad de bienes en virtud de este contrato, EL **CONTRATISTA** rendirá a favor del **HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION**, una Garantía de Buen servicio, Funcionamiento o Calidad de Bienes, por un valor de, **SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS DE DOLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$6,944.43)**, equivalente al DIEZ POR CIENTO (10%) del monto total del contrato, la cual deberá entregar dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha en que el producto sea recibido en su totalidad y a entera satisfacción y permanecerá vigente durante el plazo de UN año contado a partir de dicha fecha.- Las Garantías deberán presentarse en la UCP del **HOSPITAL** ubicada en kilómetro 180, en el cantón Huisquil, Jurisdicción de Conchagua, Departamento de La Unión. **CLAUSULA NOVENA: MULTAS POR MORA.** En caso de atraso por parte de EL **CONTRATISTA** en la entrega del suministro objeto del presente contrato, en el plazo indicado en la cláusula cuarta, éste pagará al **HOSPITAL** en concepto de multa por cada día de atraso 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%). Cuando el total del valor de la multa, represente hasta el QUINCE POR CIENTO (15%) del valor del contrato, procederá la caducidad del mismo, debiendo hacer efectiva la garantía de cumplimiento de contrato. El porcentaje de la multa previamente establecido, será aplicable al monto total del contrato incluyendo los incrementos y adiciones, si se hubieren hecho. La multa establecida en los incisos anteriores, será fijada proporcionalmente de acuerdo al valor total del avance correspondiente dentro de la respectiva programación de la ejecución de las obligaciones contractuales, siempre que estas puedan programarse en diversas etapas. En el contrato de suministro, los porcentajes previamente fijados para la multa, será aplicable únicamente sobre el valor de los suministros que hubieran dejado de entregar por incumplimiento parcial del contrato; Las multas anteriores será conforme lo dispuesto en la Ley de Procedimientos administrativos, debiendo exigir el pago de las mismas, una vez sean declaradas en firme; en todo caso, la multa imponer en incumplimientos relacionados con la contratación de obras, bienes o servicios adquiridos por licitaciones, será por un equivalente de un salario mínimo del sector comercio por montos arriba de \$10,000.00 o 50% de un salario mínimo por montos debajo del señalado anteriormente. EL HOSPITAL podrá deducir cualquier cantidad que se adeude al CONTRATISTA, la suma a que asciende la multa o podrá hacerla efectiva a través de la garantía de cumplimiento de contrato o exigir del contratista su pago directo. El pago de la multa no exime al CONTRATISTA de las obligaciones que se establecen en este Contrato. **CLAUSULA DECIMA: SOLUCION DE CONFLICTOS.** Toda deuda o discrepancia que surja con motivo de la interpretación o ejecución del contrato, las partes resolverán de manera amigable o sea por arreglo directo. De no alcanzar acuerdo alguno, deberá ser sometida para discusión final a proceso de arbitraje, en la siguiente forma: Cada parte nombrará un árbitro dentro de los cinco días siguientes a la fecha de no haber alcanzado un arreglo directo y a su vez nombrarán un tercero por mutuo acuerdo, para el caso de discordia. En caso de no llegar a acuerdo en la designación del tercer árbitro, éste será nombrado por el Juez del tribunal mercantil donde se ventile el arbitraje, dentro de los quince días siguientes a la juramentación de los dos primeros, los árbitros deberán seguir las normas de arbitraje comercial contenidas en el Código de Comercio, la Ley de Procedimientos Mercantiles y la Ley de Compras Públicas, todo de El Salvador. El lugar del arbitraje será la ciudad de La Unión y la ejecución del laudo deberá ser tramitada en cualquier tribunal de La Unión que tenga jurisdicción en lo Mercantil. Los gastos de arbitraje serán cubiertos a prorrata por cada una de las partes. El laudo arbitral no admitirá ningún recurso debiendo ser cumplido por las partes sin ulterior discusión. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: RECEPCION DEL SUMINISTRO.** Cuando el suministro especificado en el presente contrato, haya sido entregado y recibido en el almacén indicado en la cláusula cuarta 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 requiere, levantándose y firmándose el acta de recepción correspondiente. 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 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. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO.** El HOSPITAL podrá dar por terminado 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; y, d) Por mutuo acuerdo entre ambas partes o vencimiento del mismo. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: MODIFICACIONES** Si en la ejecución del presente contrato hubiere necesidad de introducir modificaciones al mismo, estas no podrán llevarse a cabo, sin la autorización legal del Director del Hospital y se formalizara a través de resolución modificativa que ameritare el caso. Queda entendido que el Hospital se reserva derecho de incrementar el presente contrato hasta en un porcentaje máximo del veinte por ciento (20%) del valor total del mismo; para tal efecto se emitirá la resolución modificativa que amerite el caso. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: VIGENCIA** El presente contrato entrará en vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta

que se entregue en su totalidad. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: JURISDICCION.** Para los efectos legales del Contrato, expresamente las partes contratantes se someten a la Jurisdicción de los tribunales de la ciudad de La Unión, 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 a quien no lo exime de rendir fianza. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: LEGISLACION 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 este país. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: ADMINISTRADOR DEL CONTRATO:** La administración del contrato estará a cargo del Licenciado Israel Espinal Guerra Jefe de Laboratorio Clínico del Hospital el teléfono de contacto será el 2792 5113, de lunes a viernes de 07:30 am a 03:30 pm, o al correo israel.espinal@salud.gob.sv; que será el encargado de verificar el cumplimiento de todo lo establecido en el presente contrato. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: 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: kilómetro 180, en el cantón Huisquil, Jurisdicción de Conchagua, Departamento de La Unión; y el CONTRATISTA: treinta y siete Calle oriente numero trescientos sesenta y cinco y pasaje YSI, Colonia la Rábida San Salvador departamento de la San Salvador ([farlab@farlab.com.sv](mailto:farlab@farlab.com.sv)) ([licitaciones@farlab.com.sv](mailto:licitaciones@farlab.com.sv)). En este acto está presente la Licenciada **MIRIAM MARINA ALEMAN MACHUCA**, de cuarenta años de edad, Abogada y Notario de la Republica de El Salvador, del domicilio de **XXXXXX**; en mi calidad de Asesor Jurídico del Hospital Nacional de La Unión En fe de lo cual firmamos el presente contrato en la Ciudad de La Unión, a los cinco días del mes de julio del año dos mil veinticuatro.

**DR. CARLOS ALBERTO LOPEZ MOJICA**  
**DIRECTOR HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION**

**LICDA. ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN**  
**CONTRATISTA**

**LICDA. MIRIAM MARINA ALEMAN MACHUCA**  
**ASESOR JURIDICO**