



MINISTERIO
DE SALUD

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”



**CONTRATO Nº 08/2020
CONTRATACION DIRECTA POR
CALIFICATIVO DE URGENCIA NO. 001/2020
RESOLUCION DE ADJUDICACION NO. 03/2020
"INSUMOS E INSTRUMENTAL MÉDICO, REACTIVOS
Y PRUEBAS DE LABORATORIO CON EQUIPO EN COMODATO"
FONDOS GOES
FARLAB, S.A. DE C.V.**

Nosotros, ROBERTO ELIDUK FLORES REYES, mayor de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de San Francisco Gotera departamento de Morazán, con documento Único de Identidad Número _____ y Número de Identificación Tributaria Numero _____, en mi carácter de **Director y representante Legal** del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, según Acuerdo de Nombramiento en Propiedad Numero SEISCIENTOS VEINTINUEVE de fecha QUINCE de agosto de dos mil diecinueve, 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 diecinueve, Decreto Legislativo Numero DOSCIENTOS DIECIOCHO y DOSCIENTOS DIECINUEVE, Publicado en el Diario Oficial Numero DOSCIENTOS CUARENTA Tomo CUATROCIENTOS VEINTIUNO, de fecha VEINTIUNO de diciembre año dos mil dieciocho, ACUERDA: Nombrar en Propiedad por Ley de Salarios a partir del nueve de agosto del presente año; y en uso de sus facultades legales de conformidad a lo establecido en el al Artículo seis inciso final del Reglamento General de Hospitales, me conceden facultades para firmar en el carácter en que comparezco en representación de la Institución que en el transcurso del presente Contrato se denominará "**El Hospital**" por una parte y por la otra, la licenciada **ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN**, mayor de edad, Licenciada en Administración de Empresas, del domicilio de San Salvador departamento San Salvador, con Documento



Único de Identidad _____ ,
con número de Identificación Tributaria: _____ ,
quien actúa en calidad de Apoderada General Administrativo, Mercantil y Judicial, de la
empresa FARLAB, ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE, la que se puede abreviar **FARLAB,
S.A.D E C.V.** cuya existencia legal compruebo con 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 del Licenciado **Mauricio Méndez Garay**, por JOSE REYNALDO
FIGUEROA y Blanca Olivia de Figueroa, Inscrita en el Registro de Comercio al número
TREINTA Y UNO del Libro MIL CIENTO CINCUENTA de fecha diecisiete de noviembre de mil
novecientos noventa y cinco, y Modificación al Pacto Social otorgada en la ciudad de San
Salvador, a las dieciséis horas del día dieciocho de marzo del año dos mil quince, ante los
oficios notariales de la Licenciada LILIAM ELIZABETH CRUZ CORTEZ, Inscrita en el Registro
de Comercial en el Numero Ciento Cinco del Libro tres mil cuatrocientos uno de fecha
diecisiete de abril de dos mil quince; Escritura de Modificación al Pacto Social por
Aumento de Capital, otorgada en la ciudad de San Salvador a las ocho horas del día quince
de febrero del año dos mil dieciocho, ante los oficios Notariales de la Licenciada Liliam
Elizabeth Cruz Cortez, por el Ingeniero JOSE REYNALDO FIGUEROA, en su concepto de
Ejecutor Especial del acuerdo adoptado por la Junta General Extraordinaria de accionistas
de la referida sociedad, Inscrita en el Registro de Comercio al número NOVENTA Y
CUATRO del Libro TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS de fecha nueve de marzo de
dos mil dieciocho, personería que compruebo con el Testimonio de Escritura Pública de
Poder General Administrativo, Mercantil y Judicial, otorgado a mi favor en la ciudad de
San Salvador, a las diez horas del día veintiocho de octubre del año dos mil quince, ante
los oficios notariales de la Licenciada LILIAM ELIZABETH CRUZ CORTEZ, Inscrita en el
Registro de Comercial en el Número ocho del Libro mil setecientos treinta de fecha cinco

de noviembre de dos mil quince; cuya Matrícula de Comercio se encuentra bajo el número dos cero cero dos cero dos cuatro cuatro tres cuatro dos cuatro cero dos ocho cuatro ocho uno cuatro ocho dos ; con número de Identificación Tributaria de la sociedad número: cero seis uno cuatro – dos nueve cero nueve nueve cinco – uno cero cuatro – siete y con Registro número ocho nueve uno cero nueve – seis. Quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATISTA**, convenimos en celebrar el presente contrato de suministros que se registrará 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 precios firmes los renglones a él adjudicados de "Pruebas e Insumos de Laboratorio" correspondientes al año dos mil veinte según detalle:

REN	OF.	CODIGO	DESCRIP. DE PRODUCTO	U/ M	CANT	P/U	TOTAL
261	3	30106548	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA, METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	30000	\$ 0.42	\$ 12,600.00
262	3	30106496	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO. OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00

			PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL TOTAL, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
263	3	30106676	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRIGLICERIDOS, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIGLICERIDOS, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00
264	3	30106346	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE ACIDO URICO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00

265	3	30106508	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININA, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	16000	\$ 0.42	\$ 6,720.00
266	3	30106684	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE UREA (NITROGENO UREICO), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE NITROGENO UREICO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00
267	3	30106658	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS TOTALES, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEINAS TOTALES, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER</p>	C/U	2500	\$ 0.42	\$ 1,050.00

			ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
268	3	30106528	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFATASA ALCALINA, METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	2500	\$ 0.42	\$ 1,050.00
269	3	30106364	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA, METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE ALBUMINA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	2500	\$ 0.42	\$ 1,050.00
270	3	30106354	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA	C/U	7000	\$ 0.42	\$ 2,940.00

			PARA LA DETERMINACIÓN DE TRANSAMINASA GLUTÁMICA PIRÚVICA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
271	3	30106452	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRANSAMINASA GLUTÁMICA OXALACETICA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	7000	\$ 0.42	\$ 2,940.00
272	3	30106370	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMILASA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER</p>	C/U	2500	\$ 0.42	\$ 1,050.00

			ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
273	3	30106484	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	4000	\$ 0.42	\$ 1,680.00
274	3	30106468	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA TOTAL, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	5000	\$ 0.42	\$ 2,100.00
275	3	30106458	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA	C/U	5000	\$ 0.42	\$ 2,100.00

			PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA DIRECTA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
276	3	30106166	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL (CPK) METODO AUTOMATIZADO. OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL (CPK), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	200	\$ 0.42	\$ 84.00
277	3	30106226	PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGRAMAS, METODO AUTOMATIZADO. OFRECEMOS: PRUEBAS EFECTIVAS DE HEMATOLOGIA, REACTIVO PARA PRUEBAS DE HEMOGRAMA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO BC-5150 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: MINDRAY, ORIGEN:	C/U	30000	\$ 0.45	\$ 13,500.00

			CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
278	3	30106148	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE CALCIO, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE CALCIO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	2000	\$ 0.42	\$ 840.00
279	3	30106522	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDH), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	1500	\$ 0.42	\$ 630.00
280	3	30106587	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORAQUIDEO (LCR), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO</p>	C/U	1500	\$ 0.42	\$ 630.00

			SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
281	3	30106300	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: PT, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO RECIEN INSTALADO C 2000, INCLUYE CUBETAS DE REACCION Y MAGNETOS, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	3000	\$ 1.00	\$ 3,000.00
282	3	30106310	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: APTT, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO RECIEN INSTALADO C 2000, INCLUYE CUBETAS DE REACCION Y MAGNETOS, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	3000	\$ 1.00	\$ 3,000.00
283	3	30106034	<p>DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEMOS: FIBRINOGENO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO RECIEN INSTALADO C 2000,</p>	C/U	400	\$ 1.00	\$ 400.00

			INCLUYE CUBETAS DE REACCION Y MAGNETOS, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
284	3	30106708	<p>PRUEBA RAPIDA SIFILIS (RPR) PARA DETECCION DE REAGINAS, EN SUERO O PLASMA, CON PARTICULA DE CARBON, PIPETA DESCARTABLES, FRASCO CON TAPON, AGUJA DISPENSADORA, TARJETAS Y SUEROS CONTROLES REACTIVO Y NO REACTIVO, SET 500 PRUEBAS</p> <p>OFRECEMOS: RPR, SET DE 500 PRUEBAS, INCLUYE TARJETAS Y DISPENSADORES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	2	\$ 35.00	\$ 70.00
285	3	30106702	<p>PRUEBA RAPIDA EN LAMINA PARA LA DETERMINACION DE ANTIESTREPTOLISINA "O" METODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBA</p> <p>OFRECEMOS: ANTIESTREPTOLISINA "O" LATEX, SET DE 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	4	\$ 18.00	\$ 72.00
286	3	30106066	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DEL FACTOR REUMATOIDEO (RF), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS</p> <p>OFRECEMOS: FR FACTOR REUMATOIDEO EN LATEX, SET DE</p>	C/U	4	\$ 18.00	\$ 72.00

			100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
287	3	30106656	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AUTOMATIZADO.</p> <p>OFRECEMOS: PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AUTOMATIZADO INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	4000	\$ 1.20	\$ 4,800.00
288	3	30106074	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS</p> <p>OFRECEMOS: PROTEINA C REACTIVA EN LATEX, SET 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	40	\$ 22.00	\$ 880.00
289	3	30106756	<p>TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS</p> <p>OFRECEMOS: INSIGHT, TIRA REACTIVA DE 10 PARAMETROS, FRASCO DE 100 TIRAS. LECTURA</p>	C/U	120	\$ 5.50	\$ 660.00

			VISUAL, MARCA: ACON, ORIGEN: CHINA/USA, VTO. DE 12 A 15 MESES.				
290	3	30106763	TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION DE MICROALBUMINURIA,FRASCO OFRECEMOS: TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION DE MICROALBUMINURIA, FRASCO, MARCA: ACON, ORIGEN: CHINA/USA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	8	\$ 30.00	\$ 240.00
291	3	30106526	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ELECTROLITROS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl) O CALCIO (Ca), METODO AUTOMATIZADO OFRECEMOS: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ELECTRÓLITOS SODIO(NA), POTASIO(K), CLORO(CL) INCLUYE EQUIPO EN COMODATO EASY LYTE PLUS INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO, PAPEL TÉRMICO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, MARCA: MEDICA, ORIGEN: USA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	10	\$ 350.00	\$ 3,500.00
292	3	30106138	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENOS FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA), METODO DE AGLUTINACION EN LAMINA, SET, CON CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO OFRECEMOS: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS	C/U	2	\$ 38.00	\$ 76.00

			FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA) MÉTODO POR AGLUTINACIÓN DE LÁTEX FRASCO DE 5 ML. MÁS CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO DE 1 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
293	3	30106726	REACTIVO PARA CONTAR PLAQUETAS PARA PRUEBA INDIVIDUAL, SET 50 PRUEBAS OFRECEMOS: REACTIVO PARA RECUENTO DE PLAQUETA, SET 50 X 1.98 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	6	\$ 35.00	\$ 210.00
294	3	30105772	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS OFRECEMOS: ANTI A MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	40	\$ 3.50	\$ 140.00
295	3	30105784	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS OFRECEMOS: ANTI B MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	40	\$ 3.50	\$ 140.00
296	3	30105800	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS	C/U	40	\$ 6.50	\$ 260.00

			OFRECEMOS: ANTI D (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE 10 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES				
297	3	30105004	ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS OFRECEMOS: ALBUMINA BOVINA AL 22%, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MI, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	10	\$ 4.50	\$ 45.00
298	3	30105024	ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IGG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS OFRECEMOS: ANTIGAMMA GLOBULINA (COOMBS), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML. MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES	C/U	10	\$ 8.50	\$ 85.00
301	3	30106714	PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE GONADOTROPINA CORIONICA EN SANGRE U ORINA, SET DE 100 PRUEBAS. OFRECEMOS: PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACIÓN DE GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA EN SANGRE U ORINA, SET DE 100 PRUEBAS, MARCA: BIOTEST, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	10	\$ 24.00	\$ 240.00

302	3	30106294	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE SANGRE OCULTA EN HECES, SET 50 PRUEBAS.</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA PARA DETERMINACION DE SANGRE OCULTA EN HECES, PLACA + BUFFER, PRESENTACION 5 SET X 10 PLACAS (50 PRUEBAS), MARCA: BIOTEST, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>	C/U	4	\$ 40.00	\$ 160.00
303	3	30106698	<p>PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS ANTI VIH 1/2, BASADA EN PRINCIPIO DE CROMATOGRAFIA EN TIRA, CON RESPUESTA DE 15-30 MINUTOS, VOLUMEN DE MUESTRA DE (10 - 50)MICROLITROS, SET 100 PRUEBAS.</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA RÁPIDA CUALITATIVA PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS VIH 1/2, BASADO EN PRINCIPIOS DE CROMATOGRAFIA EN TIRA, CON RESPUESTA DE 15 A 30 MINUTOS, VOLUMEN DE MUESTRA DE (10-50) MICROLITROS, SET 100 PRUEBAS, MARCA: BIOTEST, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>	C/U	2	\$ 80.00	\$ 160.00
304	3	30106224	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA. INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS RECIEN INSTALADO,</p>	C/U	2000	\$ 1.75	\$ 3,500.00

			CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.				
306	3	30103738	<p>PRUEBA RAPIDA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA PALLIDUM EN SUERO Y PLASMA HUMANO, METODO INMUNOENSAYO CUALITATIVA EN FORMATO DE CASSETTE, LECTURA VISUAL DE FLUJO LATERAL EN 15 MINUTOS, SET DE (20-50) PRUEBAS</p> <p>OFRECEMOS: PRUEBA RAPIDA PARA DETERCCION DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA PALLIDUM EN SUERO Y PLASMA HUMANO, METODO INMUNOENSAYO CUALITATIVA EN FORMA DE CASSETTE, LECTURA VISUAL DE FLUJO LATERAL EN 15 MINUTOS, SET DE 25 PRUEBAS, MARCA: BIOTEST, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>	C/U	4	\$ 15.00	\$ 60.00
307	3	30503285	<p>FRASCO DE PLASTICO PARA BACILOSCOPIA, BOCA ANCHA (DIAMETRO NO MENOR 35 MILIMETROS) CON TAPA DE ROSCA, CAPACIDAD (35 - 40) MILILITROS.</p> <p>OFRECEMOS: FRASCO DE PLASTICO PARA BACILOSCOPIA, BOCA ANCHA (DIAMETRO NO MENOR 35 MILIMETROS) CON TAPA DE ROSA, CAPACIDAD 1.5 ONZAS, MARCA: ROXY, ORIGEN: EL SALVADOR, VTO.</p>	C/U	1000	\$ 0.09	\$ 90.00

			N/A				
308	3	30503287	FRASCO DE POLIESTIRENO, DIAMETRO DE (20 - 40) MILIMETROS, BOCA ANCHA, CON TAPADERA DE ROSCA, PARA EXAMEN DE HECES, CAPACIDAD (1/2 - 2) ONZAS, UNIDAD OFRECEMOS: TARRO BOCA ANCHA COLOR VERDE CON TAPA DE ROSCA BLANCA, CAPACIDAD 1 ONZAS, MARCA: ROXY, ORIGEN: EL SALVADOR, VTO. N/A	C/U	1000	\$ 0.10	\$ 100.00
316	3	30101188	AGUA DESTILADA, ENVASE PLASTICO 1 GALON OFRECEMOS: AGUA DESTILADA, ENVASE PLASTICO 1 GALON. PRESENTACION CAJA X 4 GALONES, MARCA: FARLAB, ORIGEN: EL SALVADOR, VTO. N/A.	C/U	200	\$ 2.25	\$ 450.00
367	3	30503585	PUNTA DE PLASTICO UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA, CAPACIDAD 100 MICROLITROS, DESCARTABLE, BOLSA DE 1000 UNIDADES OFRECEMOS: PUNTA AMARILLA DE PLASTICO UNIVERSAL, CAPACIDAD 100 MICROLITROS, BOLSA DE 1000 UNIDADES, MARCA:GONGDONG MEDICAL, ORIGEN: CHINA, VTO. N/A.	C/U	2	\$ 7.00	\$ 14.00
368	3	30503594	PUNTA DE PLASTICO UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA, CAPACIDAD (50-1000) MICROLITROS, DESCARTABLE,	C/U	2	\$ 6.00	\$ 12.00

			<p>BOLSA DE (500-1000) UNIDADES</p> <p>OFRECEMOS: PUNTA CELESTE DE PLASTICO UNIVERSAL, CAPACIDAD 50 - 1000 MICROLITROS, BOLSA DE 500 UNIDADES, MARCA: GONGDONG MEDICAL, ORIGEN: CHINA, VTO. N/A.</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

TOTAL..... \$95,240.00

CLAUSULA SEGUNDA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES Forman parte integrante de éste contrato, con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes:

a) Los Términos de Referencia **No.001/2020 "INSUMOS E INSTRUMENTAL MEDICO, REACTIVOS Y PRUEBAS DE LABORATORIO CON EQUIPO EN COMODATO"**, **b)** La oferta del contratista presentada en el Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" San Francisco Gotera el día treinta y uno de julio de dos mil veinte **c)** La Resolución de Adjudicación **No.03/2020**. **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 objeto del presente contrato, durante un período de dos años, 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**, 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 dos años a partir de la fecha de entrega. **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 por el Almacén al Contratista, 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 los Términos de Referencia **CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE ENTREGA.** CONTRATISTA se obliga a entregar las pruebas e insumos de laboratorio, objeto de los Renglones Número: **261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 316, 367, 368.** Entregar el 50% en un plazo de treinta días (30), y el 50% restante en el plazo de treinta días (30), siguientes contados a partir de la primera entrega. Las fechas de inicio del plazo se contabilizarán en días calendario contados a partir del día siguiente de la fecha de distribución del contrato. **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** 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 Modificativa de Contrato autorizada por el Titular del 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 de pruebas de insumos de laboratorio 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 **NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$95,240.00)**. 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 2020-3225-3-0201-21-1-54107, 2020-3225-3-02-02-21-1-54107, 2020-3225-3-02-03-21-1-54107, 2020-3225-3-02-03-21-1-54113 y por la cantidad **NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$95,240.00)**. 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. **CLAUSULA OCTAVA: CONDICION 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 DIAS (60)** después de entregado el quedan. 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 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 Contratación Directa, 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: CESION.** 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: GARANTIAS.** 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 de **ONCE MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO 80/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE**

AMERICA (US\$11,428.80). Equivalente al doce por ciento (12%) del valor total del contrato, la cual servirá para garantizar el cumplimiento estricto de este contrato, deberá presentarse dentro de los **CINCO DIAS HABILES** siguientes a la fecha de distribución del presente contrato al contratista y estará vigente por un plazo de **CIENTO OCHENTA DIAS (180)**, contados a partir de dicha fecha. **Garantía de Vicios Ocultos** por un valor de **NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$9,524.00)**. 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 DIAS HABILES** 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 UACI del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera ubicada 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 estará limitada hasta un máximo del DOCE POR CIENTO (12%) del monto total del contrato. Y sus reformas de fecha 11 de junio de dos mil once, en todo caso la multa mínima a imponer por incumplimiento relacionado a la contratación de obras

bienes o servicios adquiridos será por el equivalente de un salario mínimo de Sector Comercio. Y los efectos del Art. 159 de la LACAP, el pago de la multa no exime al CONTRATISTA de las obligaciones que se establece en este contrato. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: SOLUCION DE CONFLICTOS** Toda duda o discrepancia que surja con motivo de la interpretación o ejecución del contrato, las partes las resolverán de manera amigable o sea por arreglo directo y de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 163 y 164 de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública. De no alcanzar acuerdo alguno, deberá ser sometida para decisión final a proceso de arbitraje, de acuerdo a lo dispuesto en el Título Tercero de la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje. **CLAUSULA DECIMA TERCERA ADMINISTRACION DE CONTRATO**, el seguimiento de las obligaciones contractuales estará a cargo del administradora de contrato **Licda. Flor de María García** en renglones siguientes **261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 316, 367, 368**. Teniendo como atribuciones las establecidas en el art. 122, 82 Bis de la LACAP, y todo lo regulado al caso en el RELACAP. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: RECEPCION 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 Morazán, previo aviso con horario de **(7:30 am a 3:30 pm)** el Guardalmacén en presencia del contratista o del delegado que este nombre y la administradora de contrato para tal efecto, procederán a verificar si el suministro entregado cumple con todos los requisitos pactados 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 Fianza 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 Fianza de Vicios Ocultos, caso contrario se hará efectiva dicha fianza. Este plazo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por parte de la UACI 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: TERMINACION DEL CONTRATO.** El HOSPITAL podrá dar 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 e insumos de laboratorio. Y **d) Por mutuo acuerdo** entre ambas partes ó vencimiento del mismo. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: CESACION, EXTINCION, CADUCIDAD, Y REVOCACION DEL CONTRATO** Cuando se presentaren las situaciones

establecidas en los artículos del 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 del contratista a cualquiera de las estipulaciones y condiciones contractuales o las especificaciones establecidas en la **Contratación Directa por Calificativo de Urgencia No. 001/2020**, 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 de la **Administradora de Contrato la Licda. Flor de María García** **CLAUSULA DECIMA NOVENA: MODIFICACIONES.** Si dentro del periodo fiscal hubieren necesidades propias del HOSPITAL, LA 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%)** 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: JURISDICCION** 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 los gastos ocasionados, inclusive los personales, aunque no hubiere condenación en costas. **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: 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 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 Francisco Gotera, Departamento de Morazán Teléfonos 2645- 7154 (Para programar entregas) ; 2645-7166 (UACI) o a la dirección rosydecruz06@gmail.com y juportillo@salud.gob.sv el **CONTRATISTA: FARLAB, S.A. DE C.V.** 37 Calle Oriente N° 365 y Pje. YSL La Rábida, San Salvador, El Salvador. Tel. 2235-2851 Contacto: Licda. Ana Gladys Avelar. En fe de lo cual firmamos el presente contrato en la ciudad de San Francisco Gotera, a los diez días del mes de septiembre del dos mil veinte.



MINISTERIO
DE SALUD

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

DR. ROBERTO ELIDUK FLORES REYES
TITULAR

LICDA. ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN
CONTRATISTA

LIC. EDWIN HERNAN MARAVILLA MARTINEZ
ASESOR JURIDICO



MINISTERIO DE SALUD

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



DR. ROBERTO ELIDUK FLORES REYES
TITULAR



LICDA. ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN
CONTRATISTA

República de El Salvador
C.S.S.P.
DROGUERIA "FARLAB"
Nº de Inscripción 279
Prop. SOCIEDAD FARLAB, S.A. DE C.V.
San Salvador, Depto. San Salvador



LIC. EDWIN HERNAN MARAVILLA MARTINEZ
ASESOR JURIDICO