



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 20/2020
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
ESERSKI HERMANOS, 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 señora **EVELYN JEANNETTE TORRES DE GOMEZ**, mayor de edad, Empleada, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, con Documento de Único de Identidad número:

y Número de Identificación Tributaria: _____ ,
quien actúa en calidad de Apoderado Especial de la empresa Eserski Hermanos, Sociedad Anomia De Capital Variable, que se puede abreviar **ESERSKI HERMANOS, S.A de C.V**, cuya existencia Legal compruebo con Testimonio de Escritura Pública de Modificación al Pacto Social, otorgado en la Ciudad y departamento de San Salvador, a las once horas del día dieciocho de enero de dos mil dieciséis, ante los oficios Notariales de la Licenciada Mónica Zoraida Molina, por la señora Liuba Eserski de Ruiz de Castilla, actuando en su calidad de Representante Legal y Ejecutor Especial del Acuerdo adoptados por la Junta General Extraordinaria, Inscrito en el Registro de Comercio al Número treinta y cinco del Libro tres mil quinientos treinta y siete de fecha veintisiete de enero de dos mil dieciséis, cuya personería compruebo con Testimonio de Escritura Publica otorgado a mi favor en la ciudad de San Salvador a las catorce horas del día diecisiete de julio de dos mil diecinueve, ante los oficios Notariales del Licenciado Roberto Enrique Hernández Valencia, Inscrito en el Registro de comercio en el numero dieciséis del Libro un mil novecientos cuarenta y ocho de fecha dieciocho de julio de dos mil diecinueve y con Número de matrícula de la Empresa: **dos cero cero dos cero cero cero seis cuatro ocho uno ocho ocho uno seis tres siete siete tres siete ocho**, de fecha diez de abril de dos mil diecinueve, con Identificación Tributaria de la empresa número: **cero seiscientos catorce – ciento ochenta mil trescientos cincuenta y siete – cero cero uno – siete**, y con Registro de IVA Número: **cuatro mil doscientos ochenta – tres**. Quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATISTA**, convenimos en celebrar el presente contrato de suministros que se regirá 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 de Laboratorio" correspondientes al año dos mil veinte según detalle:

REN	OF.	CODIGO	DESCRIP. DE PRODUCTO	U/ M	CANT	P/U	TOTAL
321	15	30103680	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE VANCOMICINA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. VANCOMICINA DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0058B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 3 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	3	\$ 5.40	\$ 16.20
322	15	30103673	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE TETRACICLINA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. TETRACICLINA DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0054B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 5 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	5	\$ 5.40	\$ 27.00
323	15	30104640	<p>FRASCO PARA HEMOCULTIVO PEDIATRICO CON CALDO DE TRIPTICASA SOYA CON POLIANETOL SULFONATO DE SODIO(SPS),BIOXIDO DE CARBONO (CO2),AL VACIO FRASCO CON 9 MILILITROS DE MEDIO</p>	C/U	100	\$ 7.77	\$ 777.00

			<p>SE OFRECE: HEMOCULTIVO DE UNICA BOTELLA FORMULADO PARA EL CRECIMIENTO DE MICROORGANISMOS AEROBIOS Y ANAEROBIOS, ADECUADO PARA USO ADULTO Y PEDIATRICO, CADA FRASCO INCLUYE ACCESORIO INDICADOR PARA LA REACCION DE POSITIVO. EN SU FORMULACION INCLUYE; CALDO TRIPTICASA DE SOYA, POLIANETOL, SULFONATO DE SODIO CO2. CODIGO FABRICANTE: BC0100M PRESENTACION: FRASCO DE 84 ML. MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>				
324	15	30103657	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE PIPERACILINA/TAZOBACTAN 100/10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. PIPERACILINA/TAZOBACTAM DE 110 UG CODIGO FABRICANTE: CT0725B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 5 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	5	\$ 5.40	\$ 27.00
325	15	30103700	<p>PRUEBA PARA DIFERENCIACION DE NITROCEFÍN (CEFÍNASE) PARA DETECCION DE BETALACTAMASA, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE</p>	C/U	3	\$ 145.00	\$ 435.00

			<p>50 DISCOS.</p> <p>SE OFRECE: NITROCEFÍN. DISCO IMPREGNADO DE REACTIVO PARA DETECCIÓN RÁPIDA DE PRODUCCIÓN BACTERIANA DE BETA LACTAMASA, EN CONCRETO POR NEISSERIA GONORROEAE, HAEMOPHILUS INFLUENZAE, MORAXELLA CATARRHALIS, ESPECIES DE ENTEROCOCCUS Y BACTERIAS ANAEROBIAS. CODIGO FABRICANTE: R211667 PRESENTACION: FRASCO DE 25 DISCOS, MARCA: REMEL, ORIGEN: E.U.A/ INGLATERRA, VTO. 5 MESES.</p>				
327	15	30103635	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE MEROPENEM 10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. MEROPENEM DE 10 UG CODIGO FABRICANTE: CT0774B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 15 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 7 MESES.</p>	C/U	15	\$ 5.40	\$ 81.00
328	15	30103575	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFOTAXIMA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. CEFOTAXIME DE 30 UG</p>	C/U	3	\$ 5.40	\$ 16.20

			<p>CODIGO FABRICANTE: CT0166B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 3 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 6 MESES.</p>				
329	15	30103505	<p>PRUEBA DE DIFERENCIACION STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE(OPTOQUIN 5UG),VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: DISCOS OPTOQUIN. PARA LA IDENTIFICACION PRESUNTIVA DE ESTREPTOCOCCO PNEUMONIAE CODIGO FABRICANTE: DD0001 PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS CON BRAZO DISPENSADOR, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 7 MESES.</p>	C/U	1	\$ 18.25	\$ 18.25
330	15	30103510	<p>PRUEBA DE DIFERENCIACION STREPTOCOCCUS B. HEMOLITICO DEL GRUPO A (BACITRACINA 0.04 U), VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS.</p> <p>SE OFRECE: BACITRACINA DE 0.004 UNIDADES DISCOS PARA LA DIFERENCIACION DE ESTREPTOCOCCUS LANCEFIELD GRUPO A DE OTRO ESTREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICOS CODIGO FABRICANTE: DD0002 PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS</p>	C/U	1	\$ 18.25	\$ 18.25

			CON BRAZO DISPENSADOR, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 7 MESES.				
331	15	30103627	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE IMIPENEM 10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS SE OFRECE: D.S. IMIPENEM DE 10 UG CODIGO FABRICANTE: CT0455B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 15 VIALES ADJUDICADOS, , MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 7 MESES.	C/U	15	\$ 5.40	\$ 81.00
332	15	30103650	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE PENICILINA 10 U.I, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS SE OFRECE: D.S. PENICILINA G DE 10 UNIDADES CODIGO FABRICANTE: CT0043B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
333	15	30103640	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE NITROFURANTOINA 300 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR 50 DISCOS SE OFRECE: D.S. NITROFURANTOINA DE 300 UG CODIGO FABRICANTE: CT0036B	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00

			PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.				
334	15	30103625	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE GENTAMICINA 10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS SE OFRECE: D.S. GENTAMICINA DE 10 UG CODIGO FABRICANTE: CT0024B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
335	15	30103610	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE ERITROMICINA 15 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS SE OFRECE: D.S. ERITROMICINA DE 15 UG CODIGO FABRICANTE: CT0020B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
336	15	30103597	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CLINDAMICINA 2 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00

			<p>DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. CLINDAMICINA DE 2 UG CODIGO FABRICANTE: CT0064B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>				
337	15	30103590	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CIPROFLOXACINA 5 µg , VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. CIPROFLOXACINA DE 5 UG CODIGO FABRICANTE: CT0425B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
338	15	30103585	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFTRIAXONA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. CEFTRIAXONA DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0417B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. DE 10 A 12</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00

			MESES.				
339	15	30103595	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CLARITROMICINA 15 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS SE OFRECE: D.S. CLARITROMICINA DE 15 UG CODIGO FABRICANTE: CT0693B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
340	15	30103567	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFALOTINA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFALOTINA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS SE OFRECE: D.S. CEFALOTINA DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0010B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 15 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.	C/U	15	\$ 5.40	\$ 81.00
341	15	30103540	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE AMIKACINA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00

			<p>SE OFRECE: D.S. AMIKACINA DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0107B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>				
342	15	30103565	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE AZITROMICINA 15 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. AZITROMICINA DE 15 UG CODIGO FABRICANTE: CT0906B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
343	15	30103580	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFTAZIDIMA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. CEFTAZIDIME DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0412B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 6 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00

344	15	30103535	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE ACIDO NALIDIXICO 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. ACIDO NALIDIXICO DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0031B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS , MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
345	15	30103555	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO 20/10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0223B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
346	15	30103675	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 1.25 /23.75 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. TRIMETROPRIM/SULFAMETOXAZOLE DE 25 UG</p>	C/U	15	\$ 5.40	\$ 81.00

			<p>CODIGO FABRICANTE: CT0052B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 15 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>				
347	15	30103671	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE TEICOPLANINA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. TEICOPLANINA DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0647B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 5 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	5	\$ 7.50	\$ 37.50
348	15	30103647	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE OXACILINA 1 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. OXACILINA DE 1 UG CODIGO FABRICANTE: CT0159B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
349	15	30103615	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE ESTREPTOMICINA DE ALTA CARGA 300 µg, VIAL CON BRAZO</p>	C/U	2	\$ 7.50	\$ 15.00

			<p>DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. ESTREPTOMICINA DE 300 UG CODIGO FABRICANTE: CT1897B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 2 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. DE 10 A 12 MESES.</p>				
350	15	30103606	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE ERTAPENEM 10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. ERTAPENEM DE 10 UG CODIGO FABRICANTE: CT1761B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 5 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 7 MESES.</p>	C/U	5	\$ 5.40	\$ 27.00
351	15	30103570	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFEPIME 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. CEFEPIME DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0771B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS. MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00

352	15	30103600	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CLORANFENICOL 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. CLORANFENICOL DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0013B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
353	15	30103605	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE DOXICICLINA 30 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. DOXICICLINA DE 30 UG CODIGO FABRICANTE: CT0018B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 2 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	2	\$ 5.40	\$ 10.80
354	15	30103601	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE COLISTINA 10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. COLISTINA DE 10 UG CODIGO FABRICANTE: CT0017B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 2 VIALES ADJUDICADOS, MARCA: OXOID, ORIGEN:</p>	C/U	2	\$ 5.40	\$ 10.80

			INGLATERRA, VTO. 12 MESES.				
355	15	30103630	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE LEVOFLOXACINA 5 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. LEVOFLOXACINA DE 5 UG CODIGO FABRICANTE: CT1587B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJUDICADOS, , MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
356	15	30103557	<p>PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE AMPICILINA SULBACTAM 10/10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS</p> <p>SE OFRECE: D.S. AMPICILINA/SULBACTAM DE 20 UG CODIGO FABRICANTE: CT0520B PRESENTACION: VIAL DE 50 DISCOS NOTA: SE ENTREGARA 1 BRAZO DISPENSADOR POR 10 VIALES ADJU.DICADOS. MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.</p>	C/U	10	\$ 5.40	\$ 54.00
357	15	30103840	<p>SUPLEMENTO PARA HAEMOPHILUS, (HTM), (NAD Y HEMATINA), VIAL 2 MILILITROS</p> <p>SE OFRECE: SUPLEMENTO HTM PRESENTACION: VIAL CODIGO FABRICANTE: SR0158E,</p>	C/U	2	\$ 64.41	\$ 128.82

			MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.				
358	15	30103855	SUPLEMENTO PARA ENRIQUECIMIENTO DE BACTERIAS FASTIDIOSAS, FRASCO (2 - 10) MILILITROS CON DILUYENTE SE OFRECE: VITOX PLUS DILUENTE 2 X 5 VIALES PARA 500ML. DE MEDIO PRESENTACION: CAJA 10 VIALES/AMPOLLAS QUE SE RE-CONSTITUYEN PARA FORMAR 5 AMPOLLAS CODIGO FABRICANTE: SR0090A, MARCA: OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.	C/U	5	\$ 14.50	\$ 72.50
362	15	30105500	CNVT INHIBIDOR,FRASCO DE 2 – 5 ML SE OFRECE: VCNT SUPLEMENTO SELECTIVO PRESENTACION: VIAL CODIGO FABRICANTE: SR0091E, MARCA:OXOID, ORIGEN: INGLATERRA, VTO. 12 MESES.	C/U	5	\$ 24.00	\$ 120.00
364	15	30502049	ASA DE INOCULACION DE PLATINO- IRIDIO O PLATINO-RODHUM, GAUGE 28, CALBRADA DE 1 MICROLITRO (0.001 MILILITROS), DIAMETRO 1. 45 MILIMETROS, LARGO 70 MILIMETROS. SE OFRECE: ASA DE INOCULACION, CALBRADA 0.001 ul. (1/1000) 94.5% DE PLATINO, ALEACION,	C/U	2	\$ 183.00	\$ 366.00

			RODIO 3.5%, DIAMETRO INTERNO DE ARGOLLA 1.45MM, ALAMBRE DIAMETRO 0.75, LARGO DEL VASTAGO 75MM, SIN MANGO CODIGO FABRICANTE: R50193 PRESENTACION: UNIDAD, MARCA: REMEL, ORIGEN: USA/INGLATERRA, VTO. 3 AÑOS.			
--	--	--	---	--	--	--

TOTAL..... \$3,419.32

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 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 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 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 a la UACI por el Contratista al serle requerido, sin que esto diere lugar a la relevación de las Sanciones aplicables por el incumplimiento al contrato respectivo, 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 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 de laboratorio, objeto de los Renglones Número: **321, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 331. 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 362, 364.** 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 contabilizará 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 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 suministrantes. **CLAUSULA SEXTA: MONTO TOTAL DEL CONTRATO** El monto total del presente contrato es de **TRES MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE 32/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$3,419.32)**. 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 2020-3225-3-02-01-21-1-54107, 2020-3225-3-0202-21-1-54107, 2020-3225-3-02-03-21-1-54107, 2020-3225-3-02-03-21-1-54113 y por la cantidad **TRES ML CUATROCIENTOS DIECINUEVE 32/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$3,419.32)**. 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 **CUATROCIENTOS DIEZ 32/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$410.32)**. 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 **TRESCIENTOS CUARENTA Y UNO 93/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$341.93)**. 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 **321, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 362, 364**. 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 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 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 del **Administradora de Contrato 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 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: ESERSKI HERMANOS, S.A. DE C.V.** Antigua Calle Ferrocarril N° 1522, Colonia Cucumacayan, San Salvador, El Salvador, C.A. Contacto: Ana de Molina, Tel. 2271-4349. 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
TTULAR

SRA. EVELYN JEANNETTE TORRES DE GOMEZ
CONTRATSTA

LIC. EDWIN HERNAN MARAVILLA MARTINEZ
ASESOR JURIDICO



MINISTERIO
DE SALUD

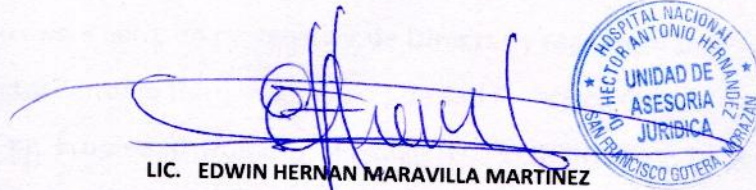
HOSPITAL NACIONAL "DR. HECTOR ANTONIO HERNANDEZ FLORES"
DE SAN FRANCISCO GOTERA
UACI



DR. ROBERTO ELIDUK FLORES REYES
TTULAR



SRA. EVELYN JEANNETTE TORRES DE GOMEZ
CONTRATSTA



LIC. EDWIN HERNAN MARAVILLA MARTINEZ
ASESOR JURIDICO