



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 23/2021**  
**LICITACION PÚBLICA NO. 03/2021**  
**RESOLUCION DE ADJUDICACION NO. 04/2021**  
**"INSUMOS MEDICOS, 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, con Tarjeta de Identificación Tributaria Numero: uno tres uno nueve – uno seis cero tres ocho siete – uno cero uno – tres, **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 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 **JOSE REYNALDO FIGUEROA**, de sesenta y cinco años de edad, Ingeniero Agrónomo, del

domicilio de Antiguo Cuscatlán, Departamento de La Libertad, a quien éste día conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número \_\_\_\_\_, y Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_; quien actúa como Administrador Único Propietario y por consiguiente Representante Legal de la Sociedad **FARLAB, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE**, que se abrevia **FARLAB, S.A. DE C.V.**, del domicilio de San Salvador, de nacionalidad Salvadoreña, con Número de Identificación Tributaria cero seiscientos catorce – doscientos noventa mil novecientos noventa y cinco – ciento cuatro – siete, de cuya personería doy fe de ser legítima y suficiente, por haber tenido a la vista la siguiente documentación: **a) El Testimonio de la Escritura Pública de Modificación y Aumento de Capital Social Mínimo con incorporación íntegra del nuevo texto del pacto social**, otorgada en la ciudad y departamento de San Salvador, a las dieciséis horas del día dieciocho de marzo del año dos mil quince, ante los oficios notariales de Liliam Elizabeth Cruz Cortez, inscrita en el Registro de Comercio, en San Salvador, el diecisiete de abril del dos mil quince, bajo el Número **CIENTO CINCO** del Libro **TRES MIL CUATROCIENTOS UNO** del Registro de Sociedades, de la cual consta: Que la denominación, abreviatura, domicilio y nacionalidad de la sociedad, son los indicados, de naturaleza Anónima de Capital Variable, de plazo indeterminado; que entre otras de sus finalidades está la exportación, importación, distribución, compraventa de productos veterinarios y químicos, materia prima para la elaboración de productos farmacéuticos y medicinas; materiales y equipo de laboratorios, clínicas, hospitales, instituciones relacionadas con la salud humana y animal; compraventa de toda clase de productos, artículos, mercaderías, maquinarias y equipos; podrá realizar toda clase de negocios y actividades relacionadas con las finalidades expresadas, y otras; que el Gobierno Supremo de la sociedad está a cargo de la Junta General de Accionistas; que la administración de la sociedad según lo decida la Junta General de Accionistas, estará confiada a un Administrador Único Propietario y su respectivo suplente, que se

denominaran Director Propietario, Director Suplente, cuyas funciones durarán **siete años**; que la Representación Legal, judicial y extrajudicial de la sociedad, así como el uso de la firma social corresponde al Administrador Único, quien podrá celebrar contratos, otorgar toda clase de escrituras públicas o privadas, sin necesidad de la autorización de la Junta General de Accionistas; **c) Certificación de Credencial de Elección de Administración**, extendida por la Secretario de la Junta General Ordinaria de Accionistas de la Sociedad mencionada, Licenciada Blanca Olivia Guerrero de Figueroa, en la ciudad de San Salvador, el día quince de octubre del año dos mil quince, inscrita en el Registro de Comercio, al número **CUATRO** del Libro **TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS** del Registro de Sociedades, en San Salvador, **a los diecinueve días de octubre del dos mil quince**, de la que consta que en Acta número **CINCUENTA Y SIETE** de Junta General Ordinaria de Accionistas, celebrada el quince de octubre del dos mil quince, en punto número DOS, por unanimidad de los accionistas se nombró la nueva Administración, para un **período de siete años**, contados a partir de la fecha de inscripción de la Credencial de Elección de Administración en el Registro de Comercio, apareciendo como Administrador Único Propietario el señor **JOSE REYNALDO FIGUEROA**, lo cual a ésta fecha se encuentra vigente su nombramiento, por lo que está facultado para actuar en actos como el presente. Quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATISTA**, convenimos en celebrar el presente contrato de suministros que se registrá de acuerdo a las cláusulas siguientes: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO** El Contratista se compromete a suministrar al Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, a precio firme los renglones a él adjudicado de "Pruebas e Insumos de Laboratorio" correspondientes al año dos mil veintiuno, conforme al detalle siguiente:

REN	OFER	CODIGO	DESCRIP. DE PRODUCTO	U/M	CANT.	P/U	TOTAL
-----	------	--------	----------------------	-----	-------	-----	-------

153	14	30101188	AGUA DESTILADA, ENVASE PLASTICO 1 GALON. PRESENTACION CAJA X 4 GALONES, MARCA: FARLAB, ORIGEN: EL SALVADOR, VTO. N/A.	C/U	700	\$ 2.25	\$ 1,575.00
234	14	30106548	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
235	14	30106496	PRUEBA EFECTIVA 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.	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00
236	14	30106676	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.	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00
237	14	30106346	RUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE ACIDO URICO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00

			SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.				
238	14	30106508	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.	C/U	16000	\$ 0.42	\$ 6,720.00
239	14	30106684	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.	C/U	13000	\$ 0.42	\$ 5,460.00
240	14	30106658	PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEINAS TOTALES, 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
241	14	30106528	PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFATASA	C/U	2500	\$ 0.42	\$ 1,050.00

			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.				
242	14	30106364	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
243	14	30106354	PRUEBA EFECTIVA 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.	C/U	7000	\$ 0.42	\$ 2,940.00
244	14	30106452	PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRANSAMINASA GLUTÁMICA OXALACETICA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER	C/U	7000	\$ 0.42	\$ 2,940.00

			ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.				
245	14	30106370	PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMILASA, 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
246	14	30106484	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
247	14	30106468	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
248	14	30106458	PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA DIRECTA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y	C/U	5000	\$ 0.42	\$ 2,100.00



			MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.				
249	14	30106166	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
250	14	30106226	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: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	10000	\$ 0.55	\$ 5,500.00
251	14	30106148	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.	C/U	2000	\$ 0.42	\$ 840.00

252	14	30106522	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.	C/U	2000	\$ 0.42	\$ 840.00
253	14	30106587	PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR), 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
254	14	30106300	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2), METODO AUTOMATIZADO  <b>OFRECEMOS:</b> 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.	C/U	3000	\$ 1.00	\$ 3,000.00
255	14	30106310	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), METODO	C/U	3000	\$ 1.00	\$ 3,000.00

			AUTOMATIZADO  <b>OFRECEMOS:</b> 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.				
256	14	30106034	DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO  <b>OFRECEMOS:</b> FIBRINOGENO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO RECIEN INSTALADO C 2000, INCLUYE CUBETAS DE REACCION Y MAGNETOS, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	2000	\$ 1.00	\$ 2,000.00
257	14	30106708	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  <b>OFRECEMOS:</b> RPR, SET DE 500 PRUEBAS, INCLUYE TARJETAS Y DISPENSADORES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	4	\$ 35.00	\$ 140.00
258	14	30106702	PRUEBA RAPIDA EN LAMINA PARA LA DETERMINACION DE ANTIESTREPTOLISINA "O"	C/U	2	\$ 18.00	\$ 36.00

			METODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBA  <b>OFRECEMOS:</b> ANTIESTREPTOLISINA "O" LATEX, SET DE 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.				
259	14	30106066	PRUEBA PARA DETERMINACION DEL FACTOR REUMATOIDEO (RF), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS  <b>OFRECEMOS:</b> FR FACTOR REUMATOIDEO EN LATEX, SET DE 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	2	\$ 18.00	\$ 36.00
260	14	30106074	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX SET SE 100 PRUEBAS  <b>OFRECEMOS:</b> PROTEINA C REACTIVA EN LATEX, SET 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	50	\$ 22.00	\$ 1,100.00
261	14	30106756	TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS TIRA REACTIVA PARA LA	C/U	120	\$ 6.00	\$ 720.00

			<p>DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> INSIGHT, TIRA REACTIVA DE 10 PARAMETROS, FRASCO DE 100 TIRAS. LECTURA VISUAL, MARCA: ACON, ORIGEN: CHINA/USA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>				
262	14	30106763	<p>TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION DE MICROALBUMINURIA,FRASCO</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION DE MICROALBUMINURIA, FRASCO, MARCA: ACON, ORIGEN: CHINA/USA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>	C/U	4	\$ 35.00	\$ 140.00
263	14	30106526	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ELECTROLITROS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl) O CALCIO (Ca), METODO</p>	C/U	12	\$ 350.00	\$ 4,200.00

			AUTOMATIZADO  <b>OFRECEMOS:</b> 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.				
264	14	30106138	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENOS FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA), METODO DE AGLUTINACION EN LAMINA, SET, CON CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO  <b>OFRECEMOS:</b> PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS 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.	C/U	2	\$ 38.00	\$ 76.00
265	14	30106726	REACTIVO PARA CONTAR PLAQUETAS PARA PRUEBA INDIVIDUAL, SET 50 PRUEBAS  <b>OFRECEMOS:</b> 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

266	14	30105772	<p>SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> ANTI A MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>	C/U	40	\$ 3.50	\$ 140.00
267	14	30105784	<p>SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> ANTI B MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML. MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	40	\$ 3.50	\$ 140.00
268	14	30105800	<p>SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> ANTI D (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE 10 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	40	\$ 6.00	\$ 240.00
269	14	30105004	<p>ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> ALBUMINA BOVINA AL 22%, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	10	\$ 4.50	\$ 45.00

270	14	30105024	<p>ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C<sub>3</sub>D, ANTI IGG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> ANTIGAMMA GLOBULINA (COOMBS), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES</p>	C/U	10	\$ 6.50	\$ 65.00
273	14	30106714	<p>PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE GONADOTROPINA CORIONICA EN SANGRE U ORINA, SET DE 100 PRUEBAS</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> 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.</p>	C/U	5	\$ 24.00	\$ 120.00
274	14	30106294	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE SANGRE OCULTA EN HECES, SET 50 PRUEBAS</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> 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	2	\$ 40.00	\$ 80.00
275	14	30106698	<p>PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS ANTI VIH 1/2,</p>	C/U	1	\$ 80.00	\$ 80.00



			<p>BASADA EN PRINCIPIO DE CROMATOGRAFIA EN TIRA, CON RESPUESTA DE 15-30 MINUTOS, VOLUMEN DE MUESTRA DE (10 - 50)MICROLITROS, SET 100 PRUEBAS. <b>SE REQUIERE QUE LA EMPRESA PRESENTE CARTA DE VALIDACIÓN DE PRUEBAS.</b></p> <p><b>OFRECEMOS:</b> 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>				
276	14	30106224	<p>PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA. INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS RECIEN INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>	C/U	1500	\$ 1.75	\$ 2,625.00
277	14	30106710	<p>PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS Ig M DE HEPATITIS B, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO SET DE (25-50) PRUEBAS <b>SE REQUIERE QUE LA EMPRESA</b></p>	C/U	50	\$ 0.70	\$ 35.00

			<p><b>PRESENTE CARTA DE VALIDACIÓN DE PRUEBAS.</b></p> <p><b>OFRECEMOS:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IGM DE HEPATITIS B, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO. PLACA , MARCA: BIOTEST, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>				
278	14	30106711	<p>PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS Ig M DE HEPATITIS C, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO SET DE (25-50) PRUEBAS <b>SE REQUIERE QUE LA EMPRESA PRESENTE CARTA DE VALIDACIÓN DE PRUEBAS.</b></p> <p><b>OFRECEMOS:</b> PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO. PLACA, MARCA: BIOTEST, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.</p>	C/U	50	\$ 0.80	\$ 40.00
291	14	30503156	<p>CAJA PETRI DE POLIESTIRENO O POLIPROPILENO, DIAMETRO (90 - 100) MILIMETROS, ALTURA (14 - 15) MILIMETROS, UN COMPARTIMIENTO, ESTERIL, DESCARTABLE.</p> <p><b>OFRECEMOS:</b> CAJA PETRI DE POLIESTIRENO 90 X 15 MM., UN COMPARTIMIENTO, ESTERIL, DESCARTABLE , MARCA: GONGDONG MEDICAL, ORIGEN:</p>	C/U	300	\$ 0.08	\$ 24.00

			CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.				
292	14	30503153	CAJA PETRI DE POLIESTIRENO O POLIPROPILENO, DIAMETRO (90 - 100) MILIMETROS, ALTURA (14 - 15) MILIMETROS, DOS COMPARTIMIENTOS, ESTERIL, DESCARTABLE.  <b>OFRECEMOS:</b> CAJA PETRI DE POLIESTIRENO 90 X 15 MM., DOS COMPARTIMIENTOS, ESTERIL, DESCARTABLE, MARCA: GONGDONG MEDICAL, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 12 A 15 MESES.	C/U	300	\$ 0.08	\$ 24.00
347	14	30503594	PUNTA DE PLASTICO UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA, CAPACIDAD (50-1000) MICROLITROS, DESCARTABLE, BOLSA DE (500-1000) UNIDADES  <b>OFRECEMOS:</b> PUNTA CELESTE DE PLASTICO UNIVERSAL, CAPACIDAD 50 - 1000 MICROLITROS, BOLSA DE 500 UNIDADES, MARCA: GONGDONG MEDICAL, ORIGEN: CHINA, VTO. N/A.	C/U	2	\$ 6.00	\$ 12.00

**TOTAL..... \$85,337.00**

**CLAUSULA SEGUNDA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES** Forman parte integrante de éste contrato, con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes: **a)** Las Bases de Licitación Pública **No.03/2021 "INSUMOS MEDICOS, REACTIVOS Y PRUEBAS DE LABORATORIO CON EQUIPO EN COMODATO"**, **b)** La oferta del contratista presentada al Hospital Nacional

"Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" San Francisco Gotera el día catorce de mayo de dos mil veintiuno **c)** La Resolución de Adjudicación **No.04/2021. d)** Las Garantías y **e)** Otros documentos que emanen del contrato. El presente contrato y sus anexos prevalecerá en caso de discrepancia, sobre los documentos antes mencionados y estos prevalecerán de acuerdo al orden indicado. Estos documentos forman parte integral del contrato y lo plasmado en ellos es de estricto cumplimiento. **CLAUSULA TERCERA: CONDICIONES ESPECIALES** El contratista se obliga a cumplir las condiciones especiales siguientes: **a)** Garantizar la calidad de las pruebas e insumos de laboratorio del presente contrato, durante un período de un año, contados a partir de la fecha de recepción en el lugar de entrega estipulado en éste contrato. **b)** Entregar las pruebas e insumos de laboratorio adecuadamente embalados. **c)** Grabar o imprimir directamente en el empaque primario la leyenda **PROPIEDAD DEL MINSAL**, 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 los insumos y 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 al Contratista al ser requerido, sin que esto diere lugar a la relevación de las Sanciones aplicables por el incumplimiento al contrato respectivo, y **f)** Además deberá cumplir con todos los requisitos de especificaciones para las pruebas e insumos de laboratorio, condiciones para el almacenamiento, requisitos y normas de control de calidad y características de los empaques primario, secundario y colectivo establecidos

en las Bases de Licitación **CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE ENTREGA.** CONTRATISTA se obliga a entregar las pruebas e insumos de laboratorio, objeto de los Renglones Números: **153, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 291, 292, 347.** 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. Sigüentes 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 DEL PLAZO ENTREGA.** Si el **CONTRATISTA** se atrasare en el plazo de entrega del suministro, por causas de Fuerza Mayor o caso Fortuito debidamente justificadas y documentadas, el **Hospital** podrá prorrogar el plazo de entrega. **EL CONTRATISTA** dará aviso por escrito al **Hospital** dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que ocurra la causa que origina el atraso, siempre y cuando este aviso esté dentro del plazo contractual. En caso de no hacerse tal notificación en el plazo establecido, esta omisión será razón suficiente para que el **Hospital** deniegue la prórroga del plazo contractual. La prórroga del plazo contractual de entrega será establecida y formalizada a través de una Resolución autorizada por el Titular del Hospital. Y no dará derecho al **CONTRATISTA** a compensación económica. Las prórrogas de plazo no se darán por atrasos causados por negligencia del **CONTRATISTA** al solicitar pedidos para equipo o materiales sin la suficiente anticipación para asegurar su entrega a tiempo, por no contar con el personal suficiente o por atrasos imputables a sus subcontratistas o suministrante. **CLAUSULA SEXTA: MONTO TOTAL DEL CONTRATO** El monto total del presente contrato es de

**OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$85,337.00).** 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 **2021-3225-3-02-VRS-21-1-VRS**, por la cantidad de **OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$85,337.00).** 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 en la Unidad Financiera Institucional (UFI). El pago se hará en Abono a Cuenta, para lo cual el contratista deberá enviar por escrito la información siguiente: **Número de Cuenta del Banco, Nombre de la Cuenta, Tipo de Cuenta.** La cancelación de las facturas respectivas será depositada a cuenta de Banco, por la Tesorería de la Unidad Financiera Institucional del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, en dólares de los Estados Unidos de Norte América, posterior de recibir toda la documentación completa, aprobada y presentando en el lugar de entrega señalado en este contrato, Factura Consumidor Final Duplicado Cliente

y cinco (5) copias a nombre del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, reflejando además el Número de Licitación, Número de Resolución, Número de Contrato, Código del Producto, Numero de compromiso Presupuestario, Descripción de la Mercadería, Renglón, Unidad de Medida, Cantidad del Suministro, Valor Unitario y Valor Total, tomando únicamente **dos dígitos** en las cantidades; sean estas entregas parciales o totales conforme a lo descrito en la presente factura; **y además deberán retener el 1% de IVA por cada Factura presentada;** y con ella Acta de Recepción Original, **CLAUSULA NOVENA: CESIÓN.** Queda expresamente prohibido al contratista traspasar o ceder a cualquier título los derechos y obligaciones que emanan del presente contrato. La transgresión de esta disposición dará lugar a la caducidad del contrato, procediéndose además a hacer efectiva la garantía de cumplimiento de contrato. **CLAUSULA DECIMA: 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 **DIEZ MIL DOSCIENTOS CUARENTA 44/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$10,240.44)**. 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 **OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES 70/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$8,533.70)**.

Equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, la cual servirá para garantizar la buena calidad del suministro entregado y estabilidad del mismo; deberá presentarse dentro de los **Diez Días Hábiles** posteriores a la fecha en que el suministro sea recibido en su totalidad y a entera satisfacción de acuerdo al Acta de Recepción y estará vigente durante el plazo de **un año** contado a partir de dicha fecha. Las Garantías deberán presentarse en la UACI del Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera ubicado en Final Avenida Thompson Norte Barrio La Cruz, San Francisco Gotera, Departamento de Morazán. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: MULTAS POR ATRASO.** En caso de atraso por parte del **CONTRATISTA** en la entrega del suministro objeto del presente contrato, en el plazo indicado en la Cláusula Cuarta, éste pagará en la Dirección General de Tesorería del Ministerio de Hacienda la Multa impuesta por el **HOSPITAL** por cada día de atraso de conformidad a la siguiente tabla: el CERO PUNTO UNO POR CIENTO (0.1%), del valor total del suministro atrasado en los primeros treinta días, en los siguientes treinta días la cuantía de la multa diaria será del CERO PUNTO CIENTO VEINTICINCO POR CIENTO (0.125%) y los siguientes días de atraso la cuantía de la multa diaria será del CERO PUNTO QUINCE POR CIENTO (0.15%) Dicha multa 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 por la Licitación o Concurso 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 de la administradora de contrato **Licda. Ana Cecilia Sorto** en el renglón siguiente: **153**, y la administradora de contrato la **Licda. Patricia del Carmen Amaya de Cisneros** en los renglones siguientes: **234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 291, 292, 347**. 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 programación de cita en dicha área de Almacén, con horario de **(7:30 am a 12:00 m y 12:40 a 03:00 pm)** el Guardalmacén en presencia del contratista o del delegado que este nombre y la administradora de contrato para tal efecto, procederán a verificar que el suministro entregado cumpla con todos los requisitos establecidos en el presente contrato y de estar de acuerdo, se hará la recepción correspondiente, a fin de confrontar la correspondencia entre lo entregado y lo relacionado en la factura, y así identificar las posibles averías, faltantes o

sobrantes que se produzcan o encuentren, que se hará constar en el Acta de Recepción la cual firmaran. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: PLAZO DE RECLAMOS.** Cuando se comprueben defectos en la entrega, el contratista deberá reponer o cumplir a satisfacción del Hospital **dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de la verificación**; si el contratista no subsana los defectos comprobados se tendrá por incumplido y se dará por caducado el contrato y se le hará efectiva la 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 dará por extinguido el contrato sin responsabilidad alguna de su parte cuando ocurra cualquiera de las situaciones siguientes: **a) El CONTRATISTA** no rinda la garantía de cumplimiento de contrato dentro del plazo acordado en este contrato; **b) La mora del CONTRATISTA** en el cumplimiento de los plazos de entrega o de cualquier otra obligación contractual; **c) El CONTRATISTA** entregue el suministro en inferior calidad a lo ofertado o no cumpla con las condiciones pactadas en este contrato. El HOSPITAL se reserva el derecho de informar sobre los rechazos del Laboratorio de Control de Calidad, a las Instituciones Gubernamentales y a las Entidades Oficiales Autónomas que adquieren este tipo de pruebas de laboratorio. Y **d) Por mutuo acuerdo** entre

ambas partes ó vencimiento del mismo. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: 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 Licitación Pública **No. 03/2021**, 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 Licenciada Ana Cecilia Sorto y la Licda. Patricia del Carmen Amaya de Cisneros.** **CLAUSULA DECIMA NOVENA: MODIFICACIONES.** Si dentro del periodo fiscal hubieren necesidades propias del HOSPITAL, EL CONTRATISTA deberá estar en la Capacidad de aceptar incrementos de las pruebas 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 las costas procesales ocasionados. **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](mailto:rosydecruz06@gmail.com) y [juportillo@salud.gob.sv](mailto:juportillo@salud.gob.sv) el



MINISTERIO  
DE SALUD

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

**CONTRATISTA: FARLAB, S.A. DE C.V.** 37 Calle Oriente N° 365 y Pje. YSL, Col. La Rábida San Salvador, El Salvador, Contacto: Ana Gladis Avelar, Tel. 2235-2851.  
En fe de lo cual firmamos el Presente contrato en la ciudad de San Francisco Gotera, a los veintiún días del mes de julio del dos mil veintiuno.

**DR. ROBERTO ELIDUK FLORES REYES**  
**TITULAR**

**ING. JOSE REYNALDO FIGUEROA**  
**CONTRATISTA**

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

DR. ROBERTO ELIDUK FLORES REYES  
TITULAR



ING. JOSE REYNALDO FIGUEROA  
CONTRATISTA

**FARLAB, S.A. de C.V.**