



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARTURO MORALES" METAPAN,
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES
INSTITUCIONAL

ESTE DOCUMENTO
FUE DISTRIBUIDO
EL DIA 03/05/2012



Contrato No 04/2012
Libre Gestión
FONDO GENERAL

Nosotros, **KATIA JOSEFINA HENRIQUEZ ROSALES**, de cuarenta años de edad, Doctora en Medicina, del domicilio de Santa Ana, con Documento Único de Identidad número [REDACTED] y Numero de Identificación Tributaria [REDACTED] actuando en nombre y representación, y en calidad de Directora y Representante Legal, de la Institución Gubernamental del domicilio de Metapán, según Acuerdo Numero ciento cincuenta y nueve de fecha treinta y uno de Julio del año dos mil nueve, emitido por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Publica y Asistencia Social, de conformidad con Decreto Legislativo Numero setecientos setenta y dos, publicado en el Diario Oficial numero doscientos cuarenta y dos Tomo trescientos ochenta y uno de fecha veintitrés de Diciembre del año dos mil ocho, en el cual se nombra en propiedad por Ley de Salarios a partir del primero de Agosto del año dos mil nueve como Director Medico Hospital Regional y Departamental del **HOSPITAL NACIONAL "ARTURO MORALES" METAPAN**, que puede abreviarse **HOSPITAL NACIONAL DE METAPAN** y por otra **JOSÉ REYNALDO FIGUEROA**, de cincuenta y seis años de edad, Ingeniero Agrónomo, del domicilio de San Salvador, portador de mi Documento Único de Identidad Número [REDACTED] y Numero de Identificación Tributaria [REDACTED] actuando en mi calidad de Administrador Único de la Sociedad **FARLAB, Sociedad anónima de Capital Variable**, la que se puede abreviar **FARLAB S.A. DE C.V.**; del domicilio de San Salvador, con número de Identificación Tributaria [REDACTED] quien en lo sucesivo se denominará "**LA CONTRATISTA**", personería que compruebo con credencial en donde consta que se me eligió como **ADMINISTRADOR UNICO**, de la sociedad en referencia, para un periodo de cinco años, contados a partir del día quince de noviembre del año dos mil diez, y en los caracteres dichos convenimos en celebrar el presente

20120003

CONTRATO DE "COMPRA DE PRUEBAS EFECTIVAS E INSUMOS DE LABORATORIO", bajo la forma de contratación "Libre Gestión", conforme a las cláusulas que a continuación se especifican: **CLAUSULA PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO:** "LA CONTRATISTA" se obliga a suministrar en el Hospital Nacional de Metapán, los insumos de LABORATORIO, a precios firmes e inalterables de acuerdo a la forma, especificaciones y cantidades siguientes:

REGLON	CODIGO	INSUMO QUIMICA	U/M	CANTIDAD SOLICITADA	PRECIO UNITARIO	TOT/
1	SE SOLICITA PRUEBA EFECTIVA CON EQUIPO AUTOMATIZADO NUEVO DE QUÍMICA SANGUÍNEA EN COMODATO CON CALIBRADORES, CONTROLES, CONSUMIBLES, ACCESORIOS, UPS, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PERSONAL CON EXPERIENCIA COMPROBABLE MÍNIMA DE 2 AÑOS EN HOSPITALES. LOS REACTIVOS DEBEN ESTAR LISTOS PARA SU USO Y TENER FECHA DE VENCIMIENTO NO MENOR DE 18 MESES A LA FECHA DE ENTREGA. SE LE ADJUDICARAN A UNA SOLA EMPRESA. SE DEBE DE FIJAR FECHA PARA DEMOSTRACIÓN DE EQUIPO DESPUÉS DE LA APERTURA DE OFERTA					
1.1	30601497	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	11,200	\$0.40	\$4,480.00
1.2	30106676	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRIGLICERIDOS, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,760	\$0.40	\$1,104.00
1.3	30106496	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,760	\$0.40	\$1,104.00
1.4	3-6507010	DETERMINACIÓN DE ELECTROLITOS	C/U	1,600	\$1.20	\$1,920.00
1.5	36601421	CREATININA AUTOMÁTICA, PRUEBA	C/U	3,600	\$0.40	\$1,440.00

1.6	30106684	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE UREA (NITROGENO UREICO), METODO AUTOMATIZADO.	C/U	3,600	\$0.40	\$1,440.00
1.7	30106452	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	600	\$0.40	\$240.00
1.8	30106354	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	600	\$0.40	\$240.00
1.9	30106346	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,800	\$0.40	\$1,120.00
1.10	30106468	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,000	\$0.40	\$800.00
1.11	30106458	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,000	\$0.40	\$800.00
1.12	30106370	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	400	\$0.40	\$160.00
1.13	30106484	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), METODO AUTOMATIZADO	C/U	400	\$0.40	\$160.00
1.14		DETERMINACION DE PROTEINAS TOTALES	C/U	800	\$0.40	\$320.00
1.15	30106364	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA, METODO AUTOMATIZADO	C/U	800	\$0.40	\$320.00
1.16	30106174	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN QUINASA FRACCION (MB), METODO AUTOMATIZADO.		200	\$0.40	\$80.00
1.17	30106528	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFATASA ALCALINA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	240	\$0.40	\$96.00

2		PRUEBA PARA HEMATOLOGÍA POR MÉTODO AUTOMATIZADO; QUE INCLUYA EQUIPO AUTOMATIZADO EN COMODATO QUE DETERMINE COMO MÍNIMO DIECIOCHO PARÁMETROS, UPS, SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO 365 DÍAS DEL AÑO, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PERSONAL, GARANTÍA DE REPOSICIÓN EN CASO DE FALLA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA COMPROBABLE DE 2 AÑOS EN HOSPITALES, CONTROLES NORMALES, BAJO Y ALTO PARA TIRAJE DIARIO. VER ESPECIFICACIONES DE EQUIPO	C/U	14,400	\$0.30	\$4,320.00
2.1		SE SOLICITA COAGULOMETRO SEMI AUTOMATIZADO EN COMODATO, CONSUMIBLES (CUBETAS DE LECTURA, PAPEL, ETC.) GARANTÍA DE REPOSICIÓN DE EQUIPO EN CASO DE FALLA, CONTROL DE CALIDAD PARA USO DIARIO				
2.2	30106300	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2), METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1,600	\$1.00	\$1,600.00
2.3	30106034	DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO	C/U	240	\$1.00	\$240.00
4	30503153	PLACAS PETRI DESCARTABLES DE 2 COMPARTIMIENTOS 90 X 15 MM	C/U	8,000	\$0.08	\$640.00
14		SE SOLICITA EQUIPO SEMIATUMATIZADO EN COMODATO PARA LECTURA DE PRUEBAS ELISA, QUE INCLUYA IMPRESORA, ESTUFA, LABADORA Y DEMAS CONSUMIBLES, CON TIEMPO DE VENCIMIENTO NO MENOR DE 18 MESES, CON CAPACITACION PARA EL PERSONAL ASI COMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.				
14.1	30106120	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B (HBsAg), (MICROPOZO O MICROPARTICULA SENSIBILIZADO, RECUBIERTO CON ANTI HBs	C/U	480	\$2.25	\$1,080.00

14.2	30106098	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, (MICROPOZO O MICROPARTICULA SENSIBILIZADO CON ANTIGENO RECOMBINANTE O PEPTIDOS SINTETICOS), METODO ELISA, SET (90 - 100) PRUEBAS.	C/U	480	\$2.25	\$1,080.00
14.3	30106114	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMA CRUZI, EN SUERO O PLASMA HUMANO, ANTIGENOS RECOMBINANTES, METODO ELISA, SET (90 - 100) PRUEBAS	C/U	640	\$2.25	\$1,440.00
14.4	30106080	PRUEBA PARA DETERMINACION ANTIGENO ANTICUERPO HIV 1/2, (4ta. GENERACION), METODO ELISA, SET (90 - 200) PRUEBAS ELISA PARA HIV 4° GENERACION	C/U	480	\$2.25	\$1,080.00
15	30105004	ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS.	C/U	10	\$4.50	\$45.00
16	30105772	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	10	\$3.00	\$30.00
17	30105784	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	10	\$3.00	\$30.00
18	30105800	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	16	\$7.00	\$112.00
19	30105024	ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	11	\$7.25	\$79.75
20	30106702	PRUEBA RAPIDA EN LAMINA PARA LA DETERMINACION DE ANTIESTREPTOLISINA "O" METODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS	C/U	3	\$15.00	\$45.00
21	30106138	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENOS FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA), METODO DE AGLUTINACION EN LAMINA, SET, CON CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO.	C/U	3	\$25.00	\$75.00

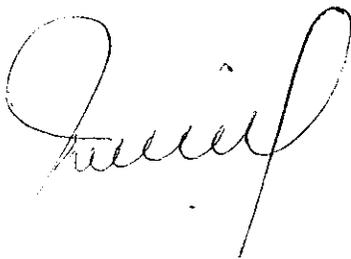
22	30106066	PRUEBA PARA DETERMINACION DEL FACTOR REUMATOIDEO (RF), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS.	C/U	3	\$15.00	\$45.00
24	30106074	PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS.	C/U	3	\$15.00	\$45.00
25	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	C/U	8	\$25.00	\$200.00
41	30503291	FRASCO DE POLIETILENO PARA RECOLECTAR ORINA, DIAMETRO SUPERIOR (5 - 6) CENTIMETROS, CON TAPON DE ROSCA, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL, DESCARTABLE , CAPACIDAD (100 - 120) MILILITROS	C/U	800	\$0.12	\$96.00
43	30503315	FRASCO DE POLIETILENO, DIAMETRO SUPERIOR (5 - 6) CENTIMETROS, CON TAPON DE ROSCA, DESCARTABLE, EMPAQUE INDIVIDUAL, CAPACIDAD (100 - 120) MILILITROS	C/U	560	\$0.11	\$61.60
TOTAL						\$28,168.35

Es entendido, que los precios unitarios establecidos anteriormente son inalterables y se mantienen firmes hasta el cumplimiento de las obligaciones contractuales; y que LA CONTRATISTA garantiza que responderá de acuerdo a los términos de este contrato, especialmente en la calidad y especificaciones técnicas de los insumos o productos contratados; así como de las consecuencias por las omisiones o acciones incorrectas en la ejecución del contrato; "EL HOSPITAL" podrá realizar todas las gestiones que estime convenientes de control en los aspectos material, técnico, financiero, legal y contable, que

convenientes de control en los aspectos material, técnico, financiero, legal y contable, que razonablemente considere necesarias a efectos de salvaguardar los intereses de la institución. **CLAUSULA SEGUNDA.- DOCUMENTOS CONTRACTUALES:** Forman parte de este contrato con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes: a) La oferta económica firmada y sellada por el Representante Legal de la Empresa presentada por la CONTRATISTA, b) La **Garantía de Cumplimiento de Contrato** que la contratista está en la obligación de presentar en fecha y término establecido en la cláusula octava de este contrato. En caso de discrepancia entre dichos documentos prevalecerá el contrato. Estos documentos forman parte integral del contrato y lo plasmado en ellos es de estricto cumplimiento **CLAUSULA TERCERA.- PLAZO Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** El contrato tendrá una vigencia de **OCHO MESES** a partir del día **once de abril de dos mil doce hasta el once de Diciembre del año Dos Mil doce**, obligándose a cumplir con las obligaciones establecidas en los documentos contractuales referidos en la cláusula segunda y a las demás del presente contrato. **CLAUSULA CUARTA.- MONTO DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El monto total del contrato es de **VEINTIOCHO MIL CIENTO SESENTA Y OCHO DOLARES CON TREINTA Y CINCO CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$ 28,168.35)**, Que "EL HOSPITAL", pagará a "LA CONTRATISTA", en cuotas mensuales dependiendo del total de pruebas efectivas que generen en el mes facturado, siendo pagadas 60 días después de cada entrega. Respecto a pruebas efectivas el contratista deberá entregar reporte mensual juntamente con su factura al administrador del contrato para elaboración de acta y tramitar el respectivo quedan, debiendo de elaborar las facturas en sextuplicado haciendo referencia: a) Libre Gestión, número de contrato y a nombre de **HOSPITAL NACIONAL "ARTURO MORALES" METAPAN** b) fuente de financiamiento; c) descripción del servicio; d) precio unitario según contrato; e) Precio total; f) detalle del uno por ciento de Impuesto a la transferencia de Bienes Muebles la prestación de servicios. **CLAUSULA QUINTA.- SANCIONES:** En caso de incumplimiento del presente contrato por parte de LA CONTRATISTA, se somete a lo preceptuado en los Artículos treinta y seis y ochenta y cinco de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, el incumplimiento o deficiencia total o parcial, durante el período fijado, dará lugar a la terminación del contrato. **CLAUSULA SEXTA.- PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA:** LA

CONTRATISTA se obliga a entregar en el Almacén del Hospital Nacional de Metapán, en un plazo no mayor de tres días hábiles después de la fecha de distribución del contrato los insumos de laboratorio detallados en el cuadro de la cláusula primera de este contrato, para lo que deberá coordinar con anticipación la entrega de los insumos con el Guardalmacén del Hospital al teléfono veinticuatro ochenta y cuatro – cuarenta y cuatro catorce, para que se le programe día y hora de entrega. **CLAUSULA SÉPTIMA.- COMPROMISOS DE FONDOS:** "EL HOSPITAL" para cubrir el importe del presente contrato lo hará en base a la programación de la ejecución presupuestaria aprobada para el año dos mil doce, conforme al cifrado presupuestario, lo cual queda incorporado al presente contrato. **CLAUSULA OCTAVA.- GARANTIAS EXIGIDAS:** "LA CONTRATISTA" presentará a nombre del HOSPITAL NACIONAL "ARTURO MORALES" METAPAN, la Garantía de Cumplimiento de Contrato, por un valor de **TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA DOLARES CON VEINTE CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (3,380.20)**, equivalente al doce por ciento del monto total de este contrato. Está deberá presentarla en un plazo no mayor de cinco días hábiles después de firmado el contrato, y tendrá vigencia por un año a partir de la firma del contrato. Dicha garantía deberá presentarla en original y tres copias en la U.A.C.I. **CLAUSULA NOVENA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El hospital podrá dar por terminado el contrato, sin responsabilidad alguna de su parte por los motivos siguientes: a) la mora del contratista en el cumplimiento del plazo o de cualquier otra obligación contractual; b) deficiencia en la prestación del servicio; c) por común acuerdo de ambas partes. **CLAUSULA DECIMA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO:** El presente contrato podrá ser modificado de común acuerdo entre las partes, estas modificaciones podrán hacerse respecto del objeto y el plazo; modificaciones que serán amparadas por medio de modificativas al mismo. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- SOLUCION DE CONFLICTOS:** Para efectos del contrato toda controversia que surgiere entre "EL HOSPITAL" y "LA CONTRATISTA" éstos serán sometidos: a) ARREGLO DIRECTO. Las partes contratantes procurarán solucionar las diferencias a través de sus representantes y delegados especialmente acreditados, dejando constancia escrita en acta de los puntos controvertidos y de las soluciones en su caso. b) ARBITRAJE: Después de haberse intentado el arreglo directo sin solución alguna a las diferencias, se recurrirá al

arbitraje de acuerdo a la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje de El Salvador, todo ello mientras el contrato se encuentre vigente, concluido el arbitraje, los árbitros serán remunerados por ambas partes a prorrata. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- JURISDICCION:** Para los efectos legales del presente contrato las partes contratantes señalan los tribunales de ésta ciudad como domicilio especial, a los que se somete expresamente.- La contratista aceptará al depositario judicial de sus bienes que propusiere el Hospital a quien lo exime de rendir fianza. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- LEGISLACION APLICABLE:** Para los efectos legales del presente contrato, las partes se someten en todo a las disposiciones de las leyes salvadoreñas, renunciando a efectuar reclamaciones por vías que no sean las establecidas por este contrato y las leyes de este país.- **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- EJECUCION DEL CONTRATO:** La ejecución del contrato será monitoreada periódica y oportunamente por el administrador de contrato que será el Lic. Carlos Armando Figueroa Ortiz jefe de Laboratorio Hospital Nacional Arturo Morales de Metapán, quien podrá designar a otra persona para tal efecto. **DECIMA QUINTA.- NOTIFICACIONES:** Las notificaciones entre las partes deberán hacerse por escrito y tendrá efecto a partir del día siguiente de haber sido notificadas en las direcciones que a continuación se indica: "EL HOSPITAL", Carretera Internacional, Kilómetro ciento doce Metapán, departamento de Santa Ana; "LA CONTRATISTA", en treinta y siete calle oriente número trescientos sesenta y cinco y pasaje YSI, colonia La Rábida, San Salvador.- Así nos expresamos y enterados, consientes de los términos y efectos legales del presente contrato, por convenir así a los intereses de nuestros representados, ratificamos su contenido, en fe de lo cual firmamos, en la ciudad de Metapán, once de abril de dos mil doce.-



Margarita Cedeñal



En

La Ciudad de Metapán, a las once horas y treinta minutos del día once de abril del año dos mil doce. Ante mi, Margarita Concepción Albanez de Sandoval, Notario, del domicilio de Santa Ana, comparecen por una parte la Doctora **KATIA JOSEFINA HENRIQUEZ ROSALES**, de cuarenta años de edad, Doctora en Medicina, del domicilio de Santa Ana, a quien conozco, portadora de su Documento Único de Identidad número cero dos millones ciento trece mil novecientos cincuenta y ocho – nueve, y Numero de Identificación Tributaria nueve mil setecientos cinco – ciento un mil setenta y uno – ciento uno – tres, Quien actúa en carácter de Representante Legal del Hospital Nacional de Metapán según Acuerdo Numero ciento cincuenta y nueve de fecha treinta de Julio del año dos mil nueve, emitido por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de la Salud Pública y Asistencia Social, de conformidad con Decreto Legislativo Numero setecientos setenta y dos, publicado en el Diario Oficial numero doscientos cuarenta y dos Tomo trescientos ochenta y uno de fecha veintitrés de Diciembre del año dos mil ocho, en el cual se nombra en propiedad por Ley de Salarios a la compareciente a partir del primero de Agosto del año dos mil nueve como Director Medico Hospitalario Regional y Departamental del **HOSPITAL NACIONAL “ARTURO MORALES”**, que puede abreviarse **HOSPITAL NACIONAL DE METAPAN** con Numero de Identificación Tributaria cero doscientos siete – cien mil seiscientos noventa y seis – ciento uno – dos, personería que doy fe de ser legitima y suficiente por haberla tenido a la vista y por otra parte comparece el señor **JOSÉ REYNALDO FIGUEROA**, de cincuenta y seis años de edad, Ingeniero Agrónomo, del domicilio de San Salvador, portador de mi Documento Único de Identidad Número dos millones ciento setenta y tres mil quinientos veintidós, y Numero de Identificación Tributaria cero doscientos trece – doscientos once mil cincuenta y cinco – cero cero uno – cero, actuando en calidad de Administrador Único de la Sociedad **FARLAB, Sociedad anónima de Capital Variable**, la que se puede abreviar **FARLAB S.A. DE C.V.**; del domicilio de San Salvador, con número de Identificación Tributaria cero seiscientos catorce – doscientos noventa mil novecientos noventa y cinco – ciento cuatro – siete; Quienes me presentan el contrato que antecede otorgado en esta misma ciudad, este mismo día, en el que esencialmente consta: Que el Hospital Nacional de Metapán y la Sociedad **FARLAB S.A. DE C.V.**, han celebrado un contrato de compra de Insumos para Laboratorio Clínico, por medio del cual la contratista se obliga a suministrar al Hospital Nacional de Metapán, los insumos de LABORATORIO, a precios firmes e inalterables de acuerdo a la forma, especificaciones y cantidades siguientes:

REGLON	CODIGO	INSUMO QUIMICA	U/M	CANTIDAD SOLICITADA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	SE SOLICITA PRUEBA EFECTIVA CON EQUIPO AUTOMATIZADO NUEVO DE QUÍMICA SANGUÍNEA EN COMODATO CON CALIBRADORES, CONTROLES, CONSUMIBLES, ACCESORIOS, UPS, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PERSONAL CON EXPERIENCIA COMPROBABLE MÍNIMA DE 2 AÑOS EN HOSPITALES. LOS REACTIVOS DEBEN ESTAR LISTOS PARA SU USO Y TENER FECHA DE VENCIMIENTO NO MENOR DE 18 MESES A LA FECHA DE ENTREGA. SE LE ADJUDICARAN A UNA SOLA EMPRESA. SE DEBE DE FIJAR FECHA PARA DEMOSTRACIÓN DE EQUIPO DESPUÉS DE LA APERTURA DE OFERTA					
1.1	30601497	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	11,200	\$0.40	\$4,480.00
1.2	30106676	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRIGLICERIDOS, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,760	\$0.40	\$1,104.00
1.3	30106496	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,760	\$0.40	\$1,104.00
1.4	3-6507010	DETERMINACIÓN DE ELECTROLITOS	C/U	1,600	\$1.20	\$1,920.00
1.5	36601421	CREATININA AUTOMÁTICA, PRUEBA	C/U	3,600	\$0.40	\$1,440.00
1.6	30106684	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE UREA (NITROGENO UREICO), METODO AUTOMATIZADO.	C/U	3,600	\$0.40	\$1,440.00
1.7	30106452	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	600	\$0.40	\$240.00
1.8	30106354	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	600	\$0.40	\$240.00

1.9	30106346	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,800	\$0.40	\$1,120.00
1.10	30106468	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,000	\$0.40	\$800.00
1.11	30106458	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	2,000	\$0.40	\$800.00
1.12	30106370	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	400	\$0.40	\$160.00
1.13	30106484	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), METODO AUTOMATIZADO	C/U	400	\$0.40	\$160.00
1.14		DETERMINACION DE PROTEINAS TOTALES	C/U	800	\$0.40	\$320.00
1.15	30106364	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA, METODO AUTOMATIZADO	C/U	800	\$0.40	\$320.00
1.16	30106174	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN QUINASA FRACCION (MB), METODO AUTOMATIZADO.		200	\$0.40	\$80.00
1.17	30106528	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFATASA ALCALINA, METODO AUTOMATIZADO.	C/U	240	\$0.40	\$96.00
2		PRUEBA PARA HEMATOLOGÍA POR MÉTODO AUTOMATIZADO; QUE INCLUYA EQUIPO AUTOMATIZADO EN COMODATO QUE DETERMINE COMO MÍNIMO DIECIOCHO PARÁMETROS, UPS, SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO 365 DÍAS DEL AÑO, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PERSONAL, GARANTÍA DE REPOSICIÓN EN CASO DE FALLA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA COMPROBABLE DE 2 AÑOS EN HOSPITALES, CONTROLES NORMALES, BAJO Y ALTO PARA TIRAJE DIARIO. VER	C/U	14,400	\$0.30	\$4,320.00

		ESPECIFICACIONES DE EQUIPO				
2.1		SE SOLICITA COAGULOMETRO SEMI AUTOMATIZADO EN COMODATO, CONSUMIBLES (CUBETAS DE LECTURA, PAPEL, ETC.) GARANTÍA DE REPOSICIÓN DE EQUIPO EN CASO DE FALLA, CONTROL DE CALIDAD PARA USO DIARIO				
2.2	30106300	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2), METODO AUTOMATIZADO.	C/U	1,600	\$1.00	\$1,600.00
2.3	30106034	DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO	C/U	240	\$1.00	\$240.00
4	30503153	PLACAS PETRI DESCARTABLES DE 2 COMPARTIMIENTOS 90 X 15 MM	C/U	8,000	\$0.08	\$640.00
14		SE SOLICITA EQUIPO SEMIATUMATIZADO EN COMODATO PARA LECTURA DE PRUEBAS ELISA, QUE INCLUYA IMPRESORA, ESTUFA, LABADORA Y DEMAS CONSUMIBLES, CON TIEMPO DE VENCIMIENTO NO MENOR DE 18 MESES, CON CAPACITACION PARA EL PERSONAL ASI COMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.				
14.1	30106120	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B (HBsAg), (MICROPOZO O MICROPARTICULA SENSIBILIZADO, RECUBIERTO CON ANTI HBs MONOCLONAL O POLYCLONAL O AMBOS), METODO ELISA, SET (90 - 100) PRUEBAS	C/U	480	\$2.25	\$1,080.00

14.2	30106096	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, (MICROPOZO O MICROPARTICULA SENSIBILIZADO CON ANTIGENO RECOMBINANTE O PEPTIDOS SINTETICOS), METODO ELISA, SET (90 - 100) PRUEBAS.	C/U	460	\$2.25	\$1,080.00
14.3	30106114	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMA CRUZI, EN SUERO O PLASMA HUMANO, ANTIGENOS RECOMBINANTES, METODO ELISA, SET (90 - 100) PRUEBAS	C/U	640	\$2.25	\$1,440.00
14.4	30106080	PRUEBA PARA DETERMINACION ANTIGENO ANTICUERPO HIV 1/2, (4ta. GENERACION), METODO ELISA, SET (90 - 200) PRUEBAS ELISA PARA HIV 4° GENERACION	C/U	480	\$2.25	\$1,080.00
15	30105004	ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS.	C/U	10	\$4.50	\$45.00
16	30105772	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	10	\$3.00	\$30.00
17	30105784	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	10	\$3.00	\$30.00
18	30105800	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	16	\$7.00	\$112.00
19	30105024	ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS.	C/U	11	\$7.25	\$79.75
20	30106702	PRUEBA RAPIDA EN LAMINA PARA LA DETERMINACION DE ANTIESTREPTOLISINA "O" METODO DE AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS	C/U	3	\$15.00	\$45.00
21	30106138	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENOS FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA), METODO DE AGLUTINACION EN LAMINA, SET, CON CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO.	C/U	3	\$25.00	\$75.00

22	30106066	PRUEBA PARA DETERMINACION DEL FACTOR REUMATOIDEO (RF), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS.	C/U	3	\$15.00	\$45.00
24	30106074	PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS.	C/U	3	\$15.00	\$45.00
25	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	C/U	8	\$25.00	\$200.00
41	30503291	FRASCO DE POLIETILENO PARA RECOLECTAR ORINA, DIAMETRO SUPERIOR (5 - 6) CENTIMETROS, CON TAPON DE ROSCA, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL, DESCARTABLE , CAPACIDAD (100 - 120) MILILITROS	C/U	800	\$0.12	\$96.00
43	30503291	FRASCO DE POLIETILENO PARA RECOLECTAR ORINA, DIAMETRO SUPERIOR (5 - 6) CENTIMETROS, CON TAPON DE ROSCA, ESTERIL, EMPAQUE INDIVIDUAL, DESCARTABLE , CAPACIDAD (100 - 120) MILILITROS	C/U	560	\$0.11	\$61.60
TOTAL						\$28,168.35

siendo el monto total del contrato de **VEINTIOCHO MIL CIENTO SESENTA Y OCHO DOLARES CON TREINTA Y CINCO CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$ 28,168.35)**, ESTOS PRECIOS INCLUYEN EL IMPUESTO A LA TRANSFERENCIA DE BIENES MUEBLES Y PRESTACION DE SERVICIO (IVA), siendo el plazo del contrato de ocho meses a partir del día once de abril de dos mil doce hasta el once de Diciembre del año Dos Mil doce. Y me dicen los comparecientes: Que las firmas que calzan el documento relacionado son suyas y como tales las reconocen; así mismo reconocen como suyos los conceptos y obligaciones contenidos en el mencionado documento. Y yo **LA NOTARIO**, doy **FE**, que las firmas puestas al pie del documento son

autenticas por haber sido puestas a mi presencia por los comparecientes y de que ellos reconocieron como suyos todos los conceptos y obligaciones contenidos en el relacionado documento. Así se expresaron los comparecientes a quienes explique todos los efectos legales de la presente Acta Notarial, que consta de cuatro hojas útiles. Y leída que se las hube íntegramente en un solo acto sin interrupción, manifiestan su conformidad, ratifican su contenido y firman conmigo. **DOY FE.-**



Margarita Concepción Albaréz de Sandoval

