



MINISTERIO
DE SALUD

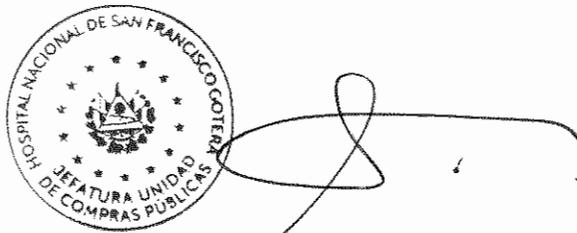
HOSPITAL
NACIONAL
SAN FRANCISCO GOTERA



VERSION PUBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Art. 24 y 30 de la LAIP y Art. 12 del lineamiento 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



Licda. Sandra Yaneth Claros

Jefe de Unidad de Compras Públicas-UCP en Funciones
Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Flores, de San Francisco” Gotera, Morazán



MINISTERIO
DE SALUD

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

CONTRATO Nº 06/2023

LC NO. 01/2023

RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN NO. 04/2023

"INSUMOS MÉDICOS, REACTIVOS Y PRUEBAS DE LABORATORIO CON EQUIPO EN COMODATO"

FONDOS GOES

FARLAB, S.A. DE C.V.

Nosotros, **ARTURO JOSÉ ELÍAS BERMÚDEZ**, mayor de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de San Miguel departamento de San Miguel, con documento Único de Identidad Número: _____,

actuando mi calidad de representante legal del El Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, con Tarjeta de Identificación Tributaria Numero: _____,

personería que acredito mediante Acuerdo de Nombramiento en propiedad Numero MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA BIS, de fecha diez de junio de dos mil veintidós, emitido por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, y conforme al Artículo seis inciso final y sesenta y siete del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, Artículo dieciocho de la Ley de Compras Públicas, que me otorgan facultades para firmar en el carácter en que comparezco contratos como el presente, en representación de la Institución que en el transcurso del presente contrato me denominare **EL HOSPITAL**; por una parte y por la otra parte la Licenciada **ANA GLADYS AVELAR MARROQUIN**, de cincuenta y cinco años de edad, Licenciada en Administración de Empresas, del domicilio de San Salvador Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número: _____;

actuando en calidad de APODERADA GENERAL ADMINISTRATIVO, MERCANTIL Y JUDICIAL, de la Sociedad FARLAB, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE, que se abrevia "**FARLAB, S.A. de C.V.,**" cuya existencia legal compruebo con Testimonio de Escritura Pública de Constitución de sociedad, otorgada en la ciudad de San Salvador a las dieciséis

horas y treinta minutos del día veintinueve de septiembre del año mil novecientos noventa y cinco, ante los oficios notariales de MAURICIO MENDEZ GARAY, por JOSE REYNALDO FIGUEROA Y OTROS, Inscrita en el Registro de Comercio, al número TREINTA Y UNO del Libro MIL TRESCIENTOS CINCUENTA, de fecha DIECISIETE de NOVIEMBRE de mil NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO, y con Testimonio de Escritura Pública de Aumento de Capital Mínimo De la Sociedad otorgada en la ciudad de San Salvador a las ocho horas del día nueve de diciembre de año dos mil veintidós, ante los oficios notariales de CARLOS DANIEL FUNES, por JOSE REYNALDO FIGUEROA, en su calidad de Ejecutor Especial de acuerdo adoptado por la Junta General de la referida sociedad, Inscrita en el Registro de Comercio, al número CUARENTA Y CUATRO del Libro CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS, de fecha dieciséis de enero de dos mil veintitrés, con **Matricula de Comercio Numero: dos cero cero dos cero dos cuatro cuatro tres cuatro dos cuatro cero dos ocho cuatro ocho uno cuatro ocho dos**, inscrita en el registro de comercio el día treinta de septiembre de dos mil veintidós; Personería que acredito con Testimonio de Escritura Pública de PODER GENERAL, ADMINISTRATIVO MERCANTIL Y JUDICIAL, otorgado en la ciudad de San Salvador departamento de San Salvador a las NUEVE horas del día SIETE de OCTUBRE del año dos mil veintidós, ante los oficios del notario CARLOS DANIEL FUNES, por JOSÉ REYNALDO FIGUEROA, Inscrito en el Registro de comercio bajo el numero CINCUENTA Y CINCO del Libro DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO, de fecha trece de octubre de dos mil veintidós, con Número de Identificación Tributaria de la empresa es: **cero seiscientos catorce – doscientos noventa mil novecientos noventa y cinco – ciento cuatro – siete** y con registro número: **ochenta y nueve mil ciento nueve – seis**. 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 veintitres, conforme al detalle siguiente:

REN	OFER	CODIGO	DESCRIP. DE PRODUCTO	U/M	CANT.	P/U	TOTAL
1	1	30106548	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA, MÉTODO AUTOMATIZADO OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	15000	\$0.45	\$6,750.00
2	1	30106496	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL TOTAL, MÉTODO AUTOMATIZADO OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	7000	\$0.45	\$3,150.00
3	1	30106676	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIGLICERIDOS, MÉTODO AUTOMATIZADO OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE	C/U	7000	\$0.45	\$3,150.00

			TRIGLICERIDOS, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .				
4	1	30106346	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ÚRICO, MÉTODO AUTOMATIZADO OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE ÁCIDO URICO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	8000	\$0.45	\$3,600.00
5	1	30106508	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, MÉTODO AUTOMATIZADO OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	8000	\$0.45	\$3,600.00
6	1	30106684	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE UREA (NITROGENO UREICO), MÉTODO AUTOMATIZADO.	C/U	7000	\$0.45	\$3,150.00

			OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE UREA (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 8 A 12 MESES .				
7	1	30106658	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS TOTALES, MÉTODO AUTOMATIZADO OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS TOTALES, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	1800	\$0.45	\$810.00
8	1	30106364	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ALBUMINA, MÉTODO AUTOMATIZADO OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	1800	\$0.45	\$810.00

9	1	30106528	<p>SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .</p>	C/U	1000	\$0.45	\$450.00
10	1	30106354	<p>OFRECEN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, MÉTODO AUTOMATIZADO</p> <p>OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .</p>	C/U	4000	\$0.45	\$1,800.00
11	1	30106452	<p>SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, MÉTODO AUTOMATIZADO.</p> <p>OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE</p>	C/U	4000	\$0.45	\$1,800.00

			TRANSAMINASA GLUTÁMICA OXALACETICA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .				
12	1	30106370	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMILASA, MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	1000	\$0.45	\$450.00
13	1	30106484	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL), MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	2000	\$0.90	\$1,800.00

14	1	30106468	<p>SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA TOTAL, MÉTODO AUTOMATIZADO.</p> <p>OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .</p>	C/U	4000	\$0.45	\$1,800.00
15	1	30106458	<p>SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA DIRECTA, MÉTODO AUTOMATIZADO.</p> <p>OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA DIRECTA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .</p>	C/U	4000	\$0.45	\$1,800.00
17	1	30106226	<p>SOLICITAN: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE HEMOGRAMAS, MÉTODO AUTOMATIZADO.</p> <p>OFRECEN: PRUEBAS EFECTIVAS DE HEMATOLOGIA, REACTIVO PARA PRUEBAS DE HEMOGRAMA, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO BC-5800 INSTALADO EN EL LABORATORIO CLINICO, CONSUMIBLES Y</p>	C/U	19975	\$0.60	\$11,985.00

			MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: MINDRAY , ORIGEN: CHINA, VTO. DE 8 A 12 MESES .				
18	1	30106148	SOLICITAN: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE CALCIO, MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	1000	\$0.45	\$450.00
19	1	30106522	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDH), MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDH), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	2000	\$0.45	\$900.00
20	1	30106587	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORAQUIDEO (LCR), MÉTODO AUTOMATIZADO.	C/U	1400	\$0.45	\$630.00

			OFRECEN: PRUEBA EFECTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORAQUIDEO (LCR), INCLUYE EQUIPO EN COMODATO SPIN 640 PLUS INSTALADO, CONSUMIBLES Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. (VER ESPECIFICACIONES ANEXAS), MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .				
21	1	30106300	SOLICITAN: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2), MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: PT, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO INSTALADO C 2000, INCLUYE CUBETAS DE REACCION Y MAGNETOS, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	3000	\$1.01	\$3,030.00
22	1	30106310	SOLICITAN: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: APTT, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO INSTALADO C 2000, INCLUYE CUBETAS DE REACCION Y MAGNETOS, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	3000	\$1.01	\$3,030.00
23	1	30106034	SOLICITAN: DETERMINACIÓN DE FIBRINOGENO, MÉTODO AUTOMATIZADO.	C/U	1000	\$1.01	\$1,010.00

			OFRECEN: FIBRINOGENO, INCLUYE EQUIPO EN COMODATO INSTALADO C 2000, INCLUYE CUBETAS DE REACCION Y MAGNETOS, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .				
24	1	30106708	SOLICITAN: PRUEBA RÁPIDA SIFILIS (RPR) PARA DETECCIÓN DE REAGINAS, EN SUERO O PLASMA, CON PARTÍCULA DE CARBÓN, SET 500 PRUEBAS. OFRECEN: RPR, SET DE 500 PRUEBAS, INCLUYE TARJETAS Y DISPENSADORES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	2	\$40.00	\$80.00
26	1	30106702	SOLICITAN: PRUEBA RÁPIDA EN LAMINA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTIESTREPTOLISINA "O" MÉTODO DE AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS DE LÁTEX, SET 100 PRUEBA. OFRECEN: ANTIESTREPTOLISINA "O" LATEX, SET DE 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	6	\$30.00	\$180.00
27	1	30106066	SOLICITAN: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DEL FACTOR REUMATOIDEO (RF), MÉTODO AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS DE LÁTEX, SET 100 PRUEBAS. OFRECEN: FR FACTOR REUMATOIDEO EN LATEX, SET DE 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA,	C/U	6	\$30.00	\$180.00

			VTO. DE 8 A 12 MESES .				
28	1	30106074	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR), MÉTODO DE AGLUTINACIÓN DE PARATICULAS DE LÁTEX SET SE 100 PRUEBAS. OFRECEN: PROTEINA C REACTIVA EN LATEX, SET 100 DETERMINACIONES, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	33	\$30.00	\$990.00
29	1	30106526	SOLICITAN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ELECTROLITOS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl) O CALCIO (Ca), MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: 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 8 A 12 MESES.	C/U	4	\$350.01	\$1,400.04
30	1	30106763	SOLICITAN: TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROALBUMINURIA, FRASCO. OFRECEN: TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION DE MICROALBUMINURIA, FRASCO, MARCA: ACON, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 8 A 12 MESES	C/U	12	\$35.01	\$420.12
31	1	30106756	SOLICITAN: TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACIÓN SIMULTANEA	C/U	120	\$8.00	\$960.00

			DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUÍMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARÁMETROS, FRASCO 100 TIRAS. OFRECEN: INSIGHT, TIRA REACTIVA DE 10 PARAMETROS, FRASCO DE 100 TIRAS. LECTURA VISUAL, MARCA: ACON, ORIGEN: CHINA, VTO. DE 8 A 12 MESES.				
33	1	30106294	SOLICITAN: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE SANGRE OCULTA EN HECES. OFRECEN: PRUEBA PARA DETERMINACION DE SANGRE OCULTA EN HECES, PLACA + BUFFER, MARCA: BIOTEST. ORIGEN: CHINA, VTO. DE 8 A 12 MESES	C/U	300	\$1.01	\$303.00
34	1	30106224	SOLICITAN: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C), MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: 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 8 A 12 MESES .	C/U	1500	\$2.00	\$3,000.00
36	1	30106711	SOLICITAN: PRUEBA RÁPIDA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, MÉTODO INMUNOCROMATOGRÁFICO, SET	C/U	100	\$1.50	\$150.00

			(25 - 50) PRUEBAS. OFRECEN: PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO. PRUEBA, MARCA: BIOTEST. ORIGEN: CHINA, VTO. DE 8 A 12 MESES				
38	1	30106720	SOLICITAN: PRUEBA RÁPIDA PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DE ANTICUEROS IgG ESPECÍFICOS DE Helicobacter pylori, MÉTODO INMUNO CROMATOGRAFIA GRAFICA. OFRECEN: PRUEBA RAPIDA PARA ANTIGENO ESPECIFICOS DE HELICOBACTER PILORY (HECES), METODO INMUNOCROMATOGRAFIA, MARCA: BIOTEST. ORIGEN: CHINA, VTO. DE 8 A 12 MESES	C/U	100	\$4.50	\$450.00
39	1	30106726	SOLICITAN: REACTIVO PARA CONTAR PLAQUETAS PARA PRUEBA INDIVIDUAL, SET 50 PRUEBAS. OFRECEN: REACTIVO PARA RECUENTO DE PLAQUETA, SET 50 X 1.98 ML. MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	4	\$40.00	\$160.00
41	1	30105784	SOLICITAN: SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. OFRECEN: ANTI B MONOCLONAL (SUERO TIPEADOR) FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML. MARCA: SPINREACT, ORIGEN:	C/U	10	\$8.00	\$80.00

			ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .				
43	1	30105004	SOLICITAN: ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS. OFRECEN: ALBUMINA BOVINA AL 22%, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MI, MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	12	\$8.00	\$96.00
44	1	30105024	SOLICITAN: ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. OFRECEN: ANTIGAMMA GLOBULINA (COOMBS), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML., MARCA: SPINREACT, ORIGEN: ESPAÑA, VTO. DE 8 A 12 MESES .	C/U	12	\$11.01	\$132.12
95	1	30101188	SOLICITAN: AGUA DESTILADA, ENVASE PLÁSTICO 1 GALÓN OFRECEN: AGUA DESTILADA, ENVASE PLASTICO 1 GALON. PRESENTACION CAJA X 4 GALONES, MARCA: FARLAB, ORIGEN: EL SALVADOR, VTO. DE 12 A 18 MESES.	C/U	500	\$2.25	\$1,125.00
109	1	30503585	SOLICITAN: PUNTA DE PLÁSTICO UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMÁTICA, CAPACIDAD 100 MICROLITROS, DESCARTABLE, BOLSA DE 1000 UNIDADES.. OFRECEN: PUNTA AMARILLA DE PLASTICO UNIVERSAL, CAPACIDAD 100 MICROLITROS, BOLSA DE 1000 UNIDADES, MARCA: GONGDONG	C/U	6	\$13.00	\$78.00

			MEDICAL, ORIGEN: CHINA, VTO. NO APLICA				
110	1	30503594	SOLICITAN: PUNTA DE PLÁSTICO, CAPACIDAD DE 1000 MICROLITROS, DESCARTABLE, PARA MICROPIPETA, BOLSA DE (500 - 1000) UNIDADES. OFRECEN: PUNTA CELESTE DE PLASTICO UNIVERSAL, CAPACIDAD (50 - 1000) MICROLITROS, BOLSA DE 500 UNIDADES, MARCA: GONGDONG MEDICAL, ORIGEN: CHINA, VTO. NO APLICA	C/U	6	\$9.01	\$54.06
112	1	30503285	SOLICITAN: FRASCO DE PLÁSTICO PARA BACIOSCOPIA, BOCA ANCHA (DIÁMETRO NO MENOR 35 MILIMETROS) CON TAPA DE ROSCA, CAPACIDAD (35 - 40) MILILITROS. OFRECEN: FRASCO DE PLASTICO PARA BACIOSCOPIA, BOCA ANCHA (DIAMETRO NO MENOR 35 MILIMETROS) CON TAPA DE ROSCA, CAPACIDAD 1.5 ONZAS, MARCA: ROXY, ORIGEN: EL SALVADOR, VTO. NO APLICA	C/U	500	\$0.11	\$55.00

TOTAL..... \$65,848.34

CLAUSULA SEGUNDA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES Forman parte integrante de éste contrato, con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes: **a) Los documentos de solicitud de la Licitación Competitiva LC No. 01/2023 "INSUMOS MÉDICOS, 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 dieciocho de agosto de dos mil veintitrés **c)** La Resolución de Adjudicación **No.04/2023**. **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 el 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** y **PROHIBIDA SU VENTA** impresas ambas leyendas en idioma castellano. Toda la información debe ser grabada o impresa directamente en la viñeta principal del empaque primario (no se permitirá viñetas adicionales. **d)** Imprimir la fecha de vencimiento y número de lote en todas las etiquetas de los diferentes empaques de las pruebas e insumos de laboratorio. El vencimiento deberá ser de acuerdo a lo ofertado partir de la fecha de entrega. Salvo en los casos que se presente carta de compromiso de realizar cambio, en pruebas e insumos de laboratorio de menor vencimiento, previo visto bueno del administrador de contrato. **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 este contrato de la LC **CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE ENTREGA.**

CONTRATISTA se obliga a entregar las pruebas e insumos de laboratorio, objeto de los Renglones Números: **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 38, 39, 41, 43, 44, 95, 109, 110, 112**. Entregar el 50% en un plazo de treinta días (30), y el 50% restante en el plazo de treinta días (30), siguientes contados a partir de la primera entrega; Las fechas de inicio del plazo se contabilizarán en **DÍAS CALENDARIO** contados a partir del día siguiente de la fecha de distribución del contrato. Si el plazo de entrega, finaliza en día no hábil, se habilitara el día hábil próximo, sin que esto se considere como incumplimiento. El contratista gestionara dentro del plazo de entrega y de forma oportuna, la cita para realizar la entrega en el Almacén del Hospital, siendo obligación del Almacén de este Hospital, en conceder dentro del plazo de entrega, la respectiva cita, caso contrario, se generara la documentación por parte del Almacén que justifique la entrega fuera de plazo Contractual estipulado.

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 **SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO 34/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$65,848.34)**. 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 **2023-3225-3-03-01-21-1-VRS** por la cantidad de **SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO 34/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$65,848.34)**. 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 2023 y no se logra liquidar el contrato con dicho cifrado presupuestario el HOSPITAL podrá incorporarle el que le corresponda al nuevo ejercicio fiscal vigente o provisionar el monto pendiente de pago para el próximo año. **CLAUSULA OCTAVA: CONDICIÓN 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 DÍAS (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 LC, 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: GARANTÍAS.** 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 **SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO 83/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$6.584.83).** Equivalente al **DIEZ POR CIENTO (10%)** del valor total del contrato, la cual servirá para garantizar el cumplimiento estricto de este contrato, deberá presentarse dentro de los **CINCO DÍAS HÁBILES** siguientes a la fecha de distribución del presente contrato al contratista y estará vigente por un plazo de **CIENTO OCHENTA DÍAS (180)**, contados a partir de dicha fecha. **Garantía de Buen Servicio, Funcionamiento o Calidad de Bienes** por un valor de **SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO 83/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$6.584.83).** 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 UCP 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 Morarán. **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 no debe exceder **DE LOS DIEZ MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**, Según Art. 175 DE LCP **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: SOLUCIÓN 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 163 164 y 165 de la Ley de Compras publicas. **CLAUSULA DECIMA TERCERA ADMINISTRACIÓN DE CONTRATO,** el seguimiento de las obligaciones contractuales estará a cargo del administradora de contrato Licda. Patricia del Carmen Amaya de Cisneros en los renglones siguientes: **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 38, 39, 41, 43, 44, 95, 109, 110, 112.** Teniendo como atribuciones las establecidas en el art. 161 y 162, de la LCP. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: RECEPCIÓN 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 Morarán, previa 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 Garantía 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 Garantía de Buena Calidad, caso contrario se hará efectiva dicha garantía. Este plazo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por parte de la UCP 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: TERMINACIÓN 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 e insumos de laboratorio. Y **d)** Por mutuo acuerdo entre ambas partes ó vencimiento del mismo.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: CESACIÓN, EXTINCIÓN, CADUCIDAD, Y REVOCACIÓN DEL

CONTRATO Cuando se presentaren las situaciones establecidas en los artículos del 166, 167 y 168 al 100 de la Ley de la Ley de Compras Publicas, 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 **LC No. 01/2023**, 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. 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 e insumos de laboratorio, contratados, hasta en un porcentaje máximo del **veinte por ciento (20%) en art. 158 inc. 4 de LCP)** 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: JURISDICCIÓN** 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: LEGISLACIÓN 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 VIGESIMA 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 (UCP) o a la dirección rosydecruz06@gmail.com; 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 Gladys Avelar, Tel. 2235-2851. En fe de lo cual firmamos el Presente contrato en la ciudad de San Francisco Gotera, a los dieciocho días del mes de septiembre del dos mil veintitrés.



MINISTERIO
DE SALUD

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

DR. ARTURO JOSE ELÍAS BERMÚDEZ

TITULAR

LICDA. ANA GLADYS AVELAR MARROQUÍN

CONTRATISTA



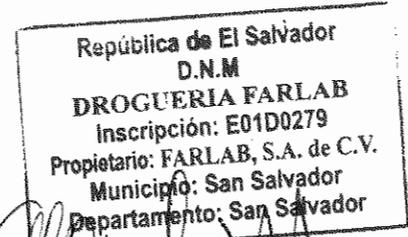
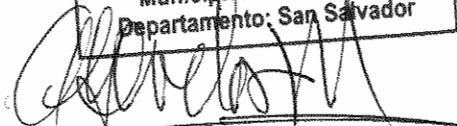
MINISTERIO
DE SALUD

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



DR. ARTURO JOSE ELIAS BERMUDEZ

TITULAR



República de El Salvador
D.N.M
DROGUERIA FARLAB
Inscripción: E01D0279
Propietario: FARLAB, S.A. de C.V.
Municipio: San Salvador
Departamento: San Salvador

LICDA. ANA GLADYS AVELAR MARROQUÍN

CONTRATISTA