

# DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



**SECRETARIA DE SALUD**  
**HOSPITAL DR. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**  
**CONTRATACIÓN DIRECTA**  
**NUMERO CD-009-HAME-2024**

*“ADQUISICION DE OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO.”*

Fuente de Financiamiento  
Fondos Nacionales

Proceso en base al artículo 360 de la Constitución de la República, artículos 9 y 63 de la Ley de Contratación del Estado, Decreto Ejecutivo Número PCM-53-2023, publicado en el Diario Oficial la Gaceta en fecha 27 de diciembre de 2023.

Tegucigalpa, Honduras C.A.

JUNIO 2024

## AVISO

**El Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar** cordialmente le invita a participar en el proceso de Contratación Directa No. **009-HAME-2024** y presentar Oferta para la "**OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO**" para el Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar a ser financiado con Fondos Nacionales.

El documento Base y sus anexos podrá ser descargado en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "HonduCompras" [www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn) o mediante solicitud escrita a Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar a Guadalupe Ocampo Puerto 9630-4168 en la dirección Bo Bella Vista ,tres cuabras al norte de Farmacia Carmen(Oficinas Administrativas), dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad de CD o una USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno.**

La Oferta deberá ser presentada a más tardar el día **viernes 28 de junio de 2024**, hasta las **10:00 a.m.**, hora oficial de la República de Honduras, en la Sala de Juntas, donde se encuentran las Oficinas Administrativas, ubicadas en el Edificio del Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar, Olanchito, Yoro, correo electrónico [hospitalanibalmurilloescobar@yahoo.es](mailto:hospitalanibalmurilloescobar@yahoo.es), número de Teléfono 2446-6577.

Si la oferta es presentada tardía se devolverá sin abrir.-Las ofertas se abrirán en presencia de los representantes de los Oferentes que deseen asistir en la dirección antes indicada, el día **viernes 28 de junio de 2024** en el Salón de Juntas de este Hospital a la 10:15 a.m.

Olanchito, Municipio de Yoro, a los 24 días del mes de junio del año 2024.

**DR. NORBERTO JOSE SANCHEZ**  
**DIRECTOR EJECUTIVO**  
**HOSPITAL ANIBAL MURILLO ESCOBAR**

## **ÍNDICE GENERAL**

- I. INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES
- II. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
- III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN
- IV. FORMULARIOS Y FORMATO DE LA OFERTA

# **I.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES. (IAO)**

## 1.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES (IAO):

### 1.01 Objeto:

El presente documento contiene los Términos, Definiciones y significados que deben ser aplicados por los oferentes en la presentación de las ofertas para los procesos de Contratación Directa que realiza el **Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar (HAME)**, para la "**ADQUISICIÓN DE OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO PARA EL HAME**" financiados con fondos Crédito Externo.

Todas las definiciones indicadas en las condiciones generales de estos documentos contractuales son aplicables a las instrucciones a los Oferentes.

### 1.02 Presentación del Desglose de Precio de Oferta:

El Desglose de **Presupuesto de Oferta debe llenarse en letras y números** perfectamente legibles, no serán admisibles enmiendas, borrones o raspaduras en el precio o en otra información esencial prevista con ese carácter en el pliego de condiciones, en ningún caso se admitirán ofertas escritas con lápiz "grafito". El Proveedor deberá incluir en el precio unitario, los costos de todo lo requerido y la realización de todas las operaciones requeridas para completar la entrega de conformidad con las especificaciones y descripción técnica, recordando que los mismos **serán invariables durante toda la ejecución de este contrato.**

El precio de los medicamentos debe ofertarse en Términos INCOTERM: DDP – DELIVERED DUTY PAID / Entregada Derechos Pagados. El PROVEEDOR debe tomar en cuenta todos los aranceles e impuestos que ameriten para la entrega efectiva de los medicamentos ofertados; el Precio Unitario detallado en el Formulario de Oferta por ITEM o Bloque, debe ser EL PRECIO UNITARIO NETO. Así también, el precio ofertado debe incluir cualquier descuento considerado por EL PROVEEDOR. El Precio Unitario Ofertado no podrá exceder de dos (02) decimales en su formato.

### 1.03 Tipo de Contrato:

Como resultado de esta Contratación Directa se otorgará un Contrato de Suministro, entre el Hospital Dr. Anibal Murillo Escobar y el oferente ganador o los oferentes ganadores.

**1.04 Forma de la Oferta:**

La forma de oferta debe presentarse completamente llena, firmada, foliada y sellada por el Representante legal de la Empresa y sus Formularios Correspondientes según aplique.

**1.05 Moneda de la Oferta:**

El Precio de la Oferta debe presentarse en Lempiras (L). Los pagos de los Contratos y/o Órdenes de Compra se realizarán en Lempiras (L); la moneda de curso legal en Honduras.

**1.06 Vigencia de la Oferta:**

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de presentación de la oferta, no obstante, en casos calificados y cuando fuere estrictamente necesario, el órgano contratante podrá solicitar la ampliación del plazo a todos los proponentes, siempre que fuere antes de la fecha prevista para su vencimiento.

**1.07 Consortio:**

Cada Oferente presentará una sola Oferta, ya sea individualmente o como miembro de un Consortio. Si el Proveedor es un Consortio, todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunadas y solidariamente responsables frente al Comprador por el cumplimiento de las disposiciones del Contrato y deberán designar a una de ellas para que actúe como representante con autoridad para comprometer al Consortio. La composición o constitución del Consortio no podrá ser alterada sin el previo consentimiento del Comprador. **(Cuando Aplique)**

**2.- DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA OFERTA:****2.01 DOCUMENTACIÓN LEGAL**

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta

1. Fotocopia de la Escritura de Constitución de la Sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
2. Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el Secretario de la Sociedad Mercantil.
3. Fotocopia legible del poder del Representante Legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representar a la empresa en el proceso de contratación directa,

debidamente inscrito en el Registro Mercantil.

4. Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente.

5. Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal.

6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal.

7. Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "*La solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ...*" **(En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar los numerales 1,2,3,4, 5 y 6).**

8. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

9. La Declaración Jurada de la Empresa y de su Representante Legal de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36, 37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos.

10. Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (o Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).

11. Documento Base (Pliego de Condiciones), debidamente firmado y sellado por el Representante legal de la Empresa.

## **2.02 DOCUMENTACIÓN FINANCIERA**

La oferta económica que prepare el oferente, deberá incluir lo siguiente:

1. Fotocopia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.
2. Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.
3. Autorización para que la Secretaría de Salud pueda verificar la documentación presentada con los emisores.
4. Adjuntar en su Oferta, la invitación enviada por el Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar (HAME).

## **2.03 INFORMACIÓN ECONÓMICA**

1. Formulario de Presentación de la Oferta, este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma.
2. Formulario de Oferta por Ítem o Bloque: Es el detalle individual de cada ítem y bloque cotizado en la oferta, debidamente firmado y sellado. La omisión de cualquier dato referente a precio unitario por ítem o bloque, monto, así como cualquier otro aspecto sustancial que impida o limite de manera significativa el análisis, comparación o evaluación de las ofertas, será motivo de descalificación de esta, según sea el caso. Si "El Oferente" no presenta el "Formulario de Lista de Precios" se entenderá que no presentó la oferta.
3. El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes al Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar en el lugar y fecha especificados en estas bases

### **NOTA:**

***Todos los documentos que no sean originales deberán ser autenticados (Una autentica de copias). Los documentos firmados por el Representante Legal de la Empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (Una autentica de firmas). Artículos 39 y 40 de Reglamento del Código de Notariado.***

## **3. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS**

### **3.01 Plazo de Entrega del Suministro**

El plazo de entrega de los suministros será en forma total. -Para esta contratación de **OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO** serán suministrados al Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar después de aprobado el F01 en compromiso.

Bajo ninguna circunstancia el Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar estará en la obligación de pagar el precio del suministro que quedare pendiente de ser entregado a la finalización de la vigencia del presente contrato.

### **3.02 Control de Calidad**

El Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar podrá solicitar que, a los insumos recibidos en el Almacén de Suministros de este centro hospitalario, se les efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el Laboratorios Oficial u otro calificado que decidan las autoridades de este hospital, tomando muestreos técnicos al azar, del lote más representativo y en cualquier momento que lo consideren conveniente, en caso de ser



necesario.

### **3.03 Idioma de los Documentos**

El oferente deberá presentar su oferta en idioma español de acuerdo con la forma de oferta. Incluyendo la información complementaria como catálogos técnicos, certificaciones, fichas técnicas y otros, deberá acompañarse traducción simple.

## **4. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS**

### **4.01 Plazo de presentación de las Ofertas:**

El oferente deberá presentar su oferta en un plazo máximo de **CINCO (05) DÍAS HÁBILES**, posterior a la invitación y confirmación de interés de participar en el proceso.

### **4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:**

**El Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar**, podrá prorrogar el plazo de presentación de ofertas a fin de dar a los posibles oferentes un plazo razonable para que pueda tomar en cuenta las enmiendas en la preparación de sus ofertas de conformidad a los cambios indicados en las mismas.

### **4.03 Errores u Omisiones Subsanables:**

Podrán ser subsanados los defectos u omisiones contenidas en las ofertas, en cuanto no impliquen modificaciones del precio, objeto y condiciones ofrecidas.

En caso de haber discrepancia entre precio expresado en letras y en cifras serán válidos los establecidos en letras, asimismo cuando hubiere diferencia entre el precio unitario y el precio total se considerará válido el precio unitario, solicitándole a los posibles oferentes presenten sus formularios en cuadros de Excel editables y que los mismos coincidan en su totalidad con el Formulario de Oferta por Ítem o Bloque. En caso de que estos no coincidan se tomaran como válidos el detalle establecido en el Formulario de Oferta por Ítem o Bloque.

La comisión de evaluación podrá corregir los errores aritméticos que se detecten durante la evaluación de las ofertas, debiendo notificar al oferente, quien deberá aceptarlas a partir de la recepción de la notificación o su oferta será descalificada.

#### 4.04 **Forma de Presentación de la Oferta:**

La Oferta se debe presentar con la denominación de **Original** y su **Copia en versión digital en CD o USB**. **La oferta deberá presentarse personalmente o a través de representante debidamente autorizado (documento escrito firmado y sellado) por el oferente titular, debiendo en su caso de acreditarlo**, en su correspondiente sobre debidamente cerrado, sellado, foliado y firmado por el oferente y rotulado de la siguiente forma:

*Parte Central:*

**Atención:** Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar  
(HAME).  
Oficina de Sub-Dirección de Gestión de Recursos,  
Barrio Bella Vista, Oficinas Administrativas,  
Olanchito, Yoro, Honduras, C.A.  
Teléfono: 2446-6577  
E-Mail. hospitalanibalmurilloescobar@yahoo.es

*Esquina Superior Izquierda:* **Nombre y Dirección Completa y Número de Teléfono Fijo y Celular del Oferente.**

*Esquina Inferior Izquierda:* No. y Nombre del Proceso de Contratación Directa, así:

<p style="text-align: center;"><b><u>Proceso No. CD -009-HAME-2024</u></b> <b>"ADQUISICIÓN DE OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO PARA EL HAME"</b></p>
---

*Esquina Superior Derecha:* Lugar, Fecha y Hora de Recepción.  
**Oficina de Sub-Dirección de Gestión de Recursos**  
**28/06/2024 a las 10:00 a.m.**

#### 4.05. **Apertura de Ofertas**

El Órgano responsable o por Delegación expresa procederá a realizar la Apertura de oferta.

Se levantará un Acta de Apertura de las Ofertas, donde se consignarán todos los detalles del proceso, la cual será firmada por los participantes. En dicha Acta se dejará constancia de la propuesta presentada y de cualquier observación referente al acto. **Una copia del Acta de Apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras**

## 5. MANEJO DE DOCUMENTOS

### 5.01. Cuadro descriptivo de Productos y Precios

El Oferente presentará, para cada ítem que compone su oferta, el Cuadro Descriptivo de productos y precios (Formulario de Oferta por Item o Bloque), acorde a cada formulario adjunto en este Documento base.

### 5.02 Retiro de Documentos

El Documento base de Contratación Directa, puede ser descargado de la plataforma de HonduCompras, o retirado en el **Departamento de Sub-Dirección de Gestión de Recursos del HAME**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad de CD o una USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno.**

## 6. INTERPRETACIÓN DE DOCUMENTOS

### 6.01 Aclaración y Adendum

Aclaraciones: El potencial oferente, podrá solicitar aclaraciones al Pliego de Condiciones por escrito y vía correo a la oficina de **Sub-Dirección de Gestión de Recursos**, mediante correo electrónico **guadalupeolanchito@gmail.com** o en su defecto por escrito a la Gerencia Administrativa adjuntando electrónicamente la solicitud al contacto siguiente **guadalupeolanchito@gmail.com** con la **Lic. Guadalupe Ocampo**, hasta dos (2) días hábiles antes de la fecha prevista para la apertura de la oferta, debiendo obtener pronta respuesta del órgano responsable de la contratación, la cual será comunicada al interesado. **No se atenderán consultas vía teléfono.**

Sin perjuicio a lo anterior las respuestas a solicitudes de aclaración se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "HONDUCOMPRAS" ([www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn)).

Adendum: Es el instrumento legal usado para informar, modificar, alterar, cambiar o despejar cualquier duda de los oferentes.

Las Adendas podrán emitirse en cualquier momento antes de la fecha límite de presentación de la oferta, al ser emitidos, formarán parte integral de las Bases de Contratación Directa y

deberán ser notificados por escrito, el Oferente que hayan adquirido el Documento Base.

## 7. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LAS OFERTAS

### 7.01 Aceptación

**EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**, se reserva el derecho de rechazar la oferta, aplicando el Principio del Mejor Valor del Dinero en el cual se evalúan todos los aspectos relacionados a la Oferta. De igual manera no está obligada a aceptar la oferta más baja o cualquier otra que estime no conveniente al interés general, a sus intereses y a su juicio, podrá aceptar aquella oferta que presente todas las condiciones requeridas en el Documento de Contratación Directa. **En casos de contrataciones de Emergencia basadas en las Declaraciones de Emergencia emitidas por la Presidencia de La Republica (PCM 53-2023), se tendrá mayor preponderancia en los tiempos de entrega.**

## 8. ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

### 8.01 Evaluación de las Ofertas:

La Comisión Evaluadora de Ofertas, estará integrado por profesionales con experiencia y pertenecientes al **HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**. En este proceso de Contratación Directa, la evaluación de las ofertas se iniciará con las de precio más bajo, quedando a criterio de la Comisión Evaluadora el número de ofertas a Evaluar.

### 8.02 Mínimo de Ofertas:

**EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**, se reserva el derecho a continuar con el proceso cuando solo se presente una (1) sola Oferta, continuando con el debido procedimiento.

De igual manera, podrá declarar este proceso de Contratación Directa suspendida o cancelada, cuando concurren circunstancias calificadas como imprevistas, caso fortuito o de fuerza mayor presentados en cualquier momento previo a la recepción y apertura de la oferta o a la adjudicación; sin que por ello incurra en responsabilidad alguna ante los oferentes, así como la cancelación del proceso por falta de disponibilidad presupuestaria, fundado en lo establecido en el artículo 39 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

### **8.03 Carta Propuesta**

El Oferente presentará su Carta Propuesta (Formulario de Presentación de la Oferta) firmada y sellada, **debidamente autenticada (Autentica de Firma artículos 39 y 40 de la Ley del Notariado)** utilizando el formulario suministrado en los anexos, este formulario deberá ser debidamente llenado sin alterar su forma y no se aceptarán sustitutos. Todos los espacios en blanco deberán ser llenados con la información solicitada.

### **8.04 Adjudicación y Firma del Contrato:**

**EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**, adjudicará el contrato al oferente cuya oferta se ajuste a los requerimientos establecidos en los Pliegos de Condiciones, tomando en cuenta, además, de que el oferente esté calificado para cumplir satisfactoriamente el contrato y que haya presentado dentro de la fecha indicada por **EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR** y a satisfacción de éste, la documentación solicitada en los Pliegos de Condiciones.

La adjudicación del contrato **SE HARÁ POR ÍTEM O BLOQUE (Cuando Aplique)** al oferente que, cumpliendo las condiciones de participación, incluyendo su solvencia e idoneidad para ejecutar el contrato, presente la oferta de precio más bajo ò se considere la más económica o **ventajosa** y por ello mejor calificada, de acuerdo con criterios objetivos establecidos.

El oferente seleccionado deberá formalizar el contrato dentro de los TRES (03) días hábiles subsiguientes a la notificación de adjudicación y presentar las Garantías Bancarias o Fianzas requeridas por **EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR en un plazo no mayor a CINCO (05) días posterior a la formalización del Contrato**. Sí por causas imputables a él no se cumple este requisito, quedará sin valor ni efecto la adjudicación, procediendo a invitar a un nuevo oferente.

### **8.05 Notificación de la Adjudicación:**

La resolución de adjudicación del contrato que emita el órgano responsable de la contratación, será notificada a los oferentes y publicada en el portal de HonduCompras. Asimismo, se dejará constancia de la notificación en el expediente del proceso. La publicación deberá incluir como mínimo la siguiente información:

1. El nombre de la entidad contratante.
2. Una descripción de los ítems incluidos en el contrato.
3. El nombre del Oferente ganador.
4. El valor de la Adjudicación.

Si la adjudicación no se notifica dentro del plazo de la vigencia de las ofertas, los proponentes podrán retirar sus ofertas sin responsabilidad de su parte.

#### **8.06 Negociación del Contrato:**

**EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**, podrá negociar la adjudicación del contrato en aquellos casos que amerite, como ser: plazos de entrega, porcentaje de entrega, almacenamiento y precio, para obtener las condiciones más ventajosas para el Estado de Honduras, en el marco de la emergencia decretada en el sistema de salud.

#### **8.07 Documentación previa a la firma del Contrato:**

**EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**, fundamentado en el artículo 30 de La Ley de Contratación del Estado solicitará previo a la firma del Contrato la siguiente documentación:

1. Constancia de Solvencia extendida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR).
2. Constancia de no haber sido objeto de resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración emitida por la Procuraduría General de la Republica (PGR).
3. Certificación de Inscripción en el Registro de proveedores y contratistas del Estado emitida por la ONCAE.

**En tanto no se realice la adjudicación definitiva de la Contratación Directa, se entenderá que todas las actuaciones de la Comisión Evaluadora de Ofertas tendrán carácter confidencial; por tanto, los miembros de dicha Comisión, no podrán dar información alguna relacionada con el proceso.**

#### **8.08 Lugar de Entrega de los Productos**

Los insumos de **OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO** serán entregados en el **Almacén De Suministros del Hospital Aníbal Murillo Escobar**, localizada en las instalaciones físicas de este centro hospitalario.

#### **8.09 Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos**

Para los productos biológicos y hemoderivados, deberá presentarse la fotocopia del certificado de liberación de lote emitida por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).

### **8.10 Multa por Incumplimiento de Plazo:**

El Proveedor deberá cumplir con el plazo convenido, así como con los plazos parciales que se hubiera previsto para las diferentes entregas de los suministros. Si dichas entregas no se realizan en el plazo pactado, **EL HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR** aplicará al Proveedor una multa equivalente al **0.36%** por cada día de retraso, en relación con el monto total del saldo del contrato sobre el incumplimiento de cada entrega parcial. No se aplicará la multa en aquellos casos justificados como ser: causas no atribuibles al proveedor, casos fortuitos, fuerza mayor, fenómenos naturales, tomas de carreteras. Quedando el proveedor obligado a presentar dichas evidencias. Teniendo un plazo de tres (3) días hábiles para realizar los descargos o aclaraciones en caso de ser aplicable, en consonancia con el artículo 88 del Decreto 157-2022 de las Disposiciones Generales de Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República.

## **9. GARANTÍAS**

### **9.01 Garantías de Cumplimiento:**

Una vez notificado el Oferente de la Resolución de Adjudicación, presentará en un plazo máximo de **cinco (05) días calendario** posterior a la Firma de Contrato emitido por la Autoridad Competente, una **Garantía Bancaria o Fianza de Cumplimiento** equivalente al quince por ciento (15%) del monto del contrato. - La vigencia de la Garantía de Cumplimiento, será hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la última entrega de los suministros, contados a partir de la fecha de su emisión. La Garantía de Cumplimiento deberá contener el número y tipo de Adquisición, el beneficiario asegurado y la denominación o nombre del otorgante

Para su elaboración se deberán utilizar los formatos adjuntos a este documento.

### **9.02 Garantía de Calidad:**

El Contratista, otorgará al **HOSPITAL Dr. ANIBAL MURILLO ESCOBAR**, una **Garantía de Calidad** por un monto equivalente al cinco por ciento (5%) del monto total adjudicado, con un período de vigencia de un (1) año a partir de la fecha de Recepción Definitiva. La Garantía de Calidad deberá contener el número y tipo de Adquisición, el beneficiario asegurado y la denominación o nombre del otorgante

Si se realiza cualquier tipo de reclamo relacionado con los bienes objeto de esta contratación directa, si este no es atendido por el proveedor dentro del plazo de treinta (30) días hábiles o no se llegare a un acuerdo conciliatorio entre ambas partes, se ejecutará la Garantía de Calidad sin perjuicio de las otras sanciones que legalmente proceden por incumplimiento de contrato.

**En caso de emitir cheque certificado deberá adjuntar nota o constancia del banco donde se determine el tiempo de vigencia que cubre dicho cheque.**

## **10. PAGOS**

### **10.01 Forma de Pago:**

**El Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar** pagará en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contado a partir de la recepción satisfactoria de los insumos de **OTRO INSTRUMENTAL, CECORIOS Y MATERIAL MEDICO**, previo a la presentación de documentos relativos al cobro en la Gerencia Administrativa.

## **11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA**

El encargado del **Almacén de Suministros del Hospital Dr. Anibal Murillo Escobar**, será el responsable de emitir el Acta de Recepción definitiva, posterior a la recepción de la última entrega parcial o de la entrega total según sea el caso, de los insumos adjudicados.

## **12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Cuando existieren conflictos entre El Órgano contratante y el proveedor prevalecerá la resolución amigable mediante negociaciones directas informales sobre cualquier desacuerdo o controversia que se haya suscitado entre ellos en virtud o en referencia al Contrato. Cualquier divergencia que se presente sobre un asunto que no se resuelva mediante un arreglo conciliatorio entre ambas partes, será resuelto por el Órgano Contratante, quien previo estudio del caso dictará su resolución y la comunicará al reclamante. Contra la resolución del Órgano Contratante quedará expedita la vía judicial ante los Tribunales de lo Contencioso Administrativo.



## **II.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## 1.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

### 1.01 Presentación de Muestras:

Los oferentes deberán presentar una (1) muestra por ítem o bloque, **en caso de ser requerido por la Comisión Evaluadora** con la cual respalden técnicamente su oferta, sin costo alguno para el Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar (HAME).

## 2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

### 2.01 Requisitos del Producto:

1. El Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar podrá solicitar que el **suministro** recibido en el **Almacén De Suministros** del Hospital Aníbal Murillo Escobar, se le efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el laboratorio oficial u otro calificado que decidan las autoridades del Hospital Dr. Aníbal murillo Escobar tomando muestreo técnico al azar del lote más representativo y en cualquier momento que lo consideren conveniente. Cuyos costos de cada una de las pruebas y /o análisis que se realicen correrán por cuenta de **EL PROVEEDOR**.
2. La vida útil del suministro debe ser de acuerdo al periodo de compra como mínimo. En caso excepcional y debidamente justificado el Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar podrá autorizar la recepción del suministro con un tiempo de expiración menor a lo solicitado, el proveedor se comprometerá a reemplazar dicho suministro si vencieran dentro del periodo establecido con otro producto y por un periodo de vencimiento igual o superior al pactado sin costo alguno el Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar a través de un Acta de compromiso de reemplazo.

### "ADQUISICIÓN DE OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO"

A continuación, se detallarán los lotes de y especificaciones técnicas necesarias para el ítem:

OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO				
ITEM	OBJETO DEL GASTO	CANT .	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION
1	39540	10	UNIDAD	PLACAS VOLARES EN T , TORNILLOS 3.5CORTICALES 3 AGUJEROS
2	39540	5	UNIDAD	PLACAS VOLARES EN T , TORNILLOS 3.5CORTICALES 4 AGUJEROS
3	39540	5	UNIDAD	PLACAS VOLARES EN T , TORNILLOS 3.5CORTICALES 5 AGUJEROS
4	39540	5	UNIDAD	PLACAS VOLARES EN T , TORNILLOS 3.5CORTICALES 6 AGUJEROS
5	39540	5	UNIDAD	PLACAS VOLARES EN T , TORNILLOS 3.5CORTICALES 7 AGUJEROS
6	39540	5	UNIDAD	PLACAS VOLARES EN T , TORNILLOS 3.5CORTICALES 8 AGUJEROS
7	39540	12	UNIDAD	PLACAS 1/3 TUBULAR TORNILLOS 3.5 CORTICALES 6 AGUJEROS
8	39540	12	UNIDAD	PLACAS 1/3 TUBULAR TORNILLOS 3.5 CORTICALES 7 AGUJEROS
9	39540	10	UNIDAD	PLACAS 1/3 TUBULAR TORNILLOS 3.5 CORTICALES 8 AGUJEROS
10	39540	5	UNIDAD	PLACAS 1/3 TUBULAR TORNILLOS 3.5 CORTICALES 10 AGUJEROS
11	39540	5	UNIDAD	PLACAS 1/3 TUBULAR TORNILLOS 3.5 CORTICALES 12 AGUJEROS
12	39540	12	UNIDAD	PLACA DCP TORNILLOS 3.5 CORTICALES 6 AGUJEROS
13	39540	12	UNIDAD	PLACA DCP TORNILLOS 3.5 CORTICALES 7 AGUJEROS
14	39540	10	UNIDAD	PLACA DCP TORNILLOS 3.5 CORTICALES 8 AGUJEROS
15	39540	6	UNIDAD	PLACA DCP TORNILLOS 3.5 CORTICALES 10 AGUJEROS
16	39540	6	UNIDAD	PLACA DCP TORNILLOS 3.5 CORTICALES 12 AGUJEROS
17	39540	150	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 14 mm
18	39540	150	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 16 mm
19	39540	150	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 18 mm
20	39540	150	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 20 mm
21	39540	30	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 22 mm
22	39540	30	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 24 mm
23	39540	30	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 26 mm
24	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 28 mm
25	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 30 mm
26	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 32 mm
27	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 34 mm
28	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 36 mm
29	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 38 mm

30	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 40 mm
31	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 42 mm
32	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 44 mm
33	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 46 mm
34	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 48 mm
35	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 CORTICALES 50 mm
36	39540	30	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 14 mm
37	39540	30	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 16 mm
38	39540	30	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 18 mm
39	39540	30	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 20 mm
40	39540	20	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 22 mm
41	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 24 mm
42	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 26 mm
43	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 28 mm
44	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 30 mm
45	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 32 mm
46	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 34 mm
47	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 36 mm
48	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 38 mm
49	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 40 mm
50	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 42 mm
51	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 45 mm
52	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 50 mm
53	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 55 mm
54	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 60 mm
55	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 65 mm
56	39540	10	UNIDAD	TORNILLOS 3.5 ESPONJOSOS 70 mm
57	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 14 mm
58	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 16 mm
59	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 18 mm
60	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 20 mm
61	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 22 mm
62	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 40 mm
63	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 42 mm
64	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 45 mm
65	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 50 mm

---

66	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 55 mm
67	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 60 mm
68	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 65 mm
69	39540	10	UNIDAD	TORNILLO ROSCA PARCIAL 70 mm
70	39540	50	UNIDAD	PINES STEINMAN 1.5 mm
71	39540	60	UNIDAD	PINES STEINMAN 2.0 mm
72	39540	20	UNIDAD	PINES STEINMAN 2.5 mm
73	39540	20	UNIDAD	PINES STEINMAN 3.0 mm
74	39540	3	UNIDAD	ROLLO ASA ALAMBRE 22 mm
75	39540	3	UNIDAD	ROLLO ASA ALAMBRE 20 mm
76	39540	3	UNIDAD	ROLLO ASA ALAMBRE 18 mm
77	39540	1	UNIDAD	SET PARA PLACAS BLOQUEADAS TORNILLOS 3.5

### **III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

**10.00 CRITERIOS DE EVALUACIÓN****10.01 Evaluación Legal:**

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ..." <b>(En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar lo solicitado en el numeral 2.01 de las IAO números 1,2,3,4, 5 y 6). De las</b>		
La sociedad ofertante se encuentra legalmente constituida		
Quien firma la oferta tiene la atribución legal para hacerlo		
Copia Autenticada del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal		
Copia autenticada de RTN del oferente y del Representante Legal		
Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado (Autenticada)		
La Declaración Jurada de la empresa y de su representante legal de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37,38,39,40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos		
Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente, vigente.		
Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (o Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).		

**10.02 Evaluación Financiera:**

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Copia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.		

Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.		
---	--	--

**10.03 Evaluación Económica:**

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES	CUMPLE	NO CUMPLE
Formulario de Presentación de la Oferta.		
Formulario de Oferta por Item o Bloque.		

**10.03 Evaluación Técnica:**

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Agregar especificaciones técnicas.		



## **VI.- FORMULARIOS Y FORMATOS DE LA OFERTA**

**1.- FORMULARIOS DE LA OFERTA:****1.01 Presentación de Formularios:**

El PROVEEDOR deberá presentar los Formularios siguientes:

1. **EL PROVEEDOR** presentará **LA OFERTA** según el **FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE OFERTA** el orden y forma de los requisitos de este formato son inalterables. **EL PROVEEDOR** deberá entregar dicho formulario en físico, foliado y firmado como parte de **LA OFERTA**.
2. **EL LISTADO DE PRECIOS DE PRODUCTOS OFERTADOS** debe ser presentado y completado por **EL PROVEEDOR** según el formulario suministrado.

**2.- FORMATO DE LOS FORMULARIOS: Los Formularios deberán adjuntarse en Cuadros de Excel**

- a) Formulario de Presentación de la Oferta.
- b) Formulario de Oferta por Item o Bloque
- c) Formulario de Lista de Precios
- d) Formulario de Declaración Jurada de Integridad
- e) Formulario de Información sobre el Oferente.
- f) Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio.
- g) Formato Acta de Compromiso de Reemplazo
- h) Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad.
- i) Formato del Contrato
- j) Formato Fianza/Garantía de Cumplimiento
- k) Formato Fianza/Garantía de Calidad

**FORMULARIO PRESENTACIÓN DE LA OFERTA**

Olanchito, Yoro.

Señores:

**Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar**

**ATENCIÓN:**

**REF:** Contratación Directa No. **CD-005 -HAME-2024**

"ADQUISICIÓN DE OTRO INSTRUMENTAL, ACCESORIOS Y MATERIAL MEDICO"

Derecha: "NO ABRIR ANTES DE LA HORA Y FECHA ESTABLECIDA"

Señores: SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD:

Actuando en mi condición de Representante Legal de la Sociedad Mercantil denominada\_\_\_\_ por este medio DECLARO: haber obtenido y examinado los pliegos de condiciones, y especificaciones técnicas de la CONTRATACIÓN DIRECTA No. **CD-005 -HAME-2024**, de conformidad con la misma, ofrezco suministrar el ítem o el bloque siguientes: \_\_\_\_\_

Oferta que asciende a un monto total de Lempiras \_\_\_\_\_

(Letras y Números).

Declaro que he leído los pliegos de condiciones de esta contratación directa y acepto su contenido en su totalidad.

Acepto que la forma de pago será en moneda nacional (Lempiras) y me comprometo a realizar la entrega del insumo conforme al plazo establecido en el presente pliego de condiciones; de igual forma me comprometo a entregar el suministro de los insumos en el lugar señalado para su recepción.

Asimismo, declaro que de resultar mi oferta como la más conveniente a los intereses del Hospital Dr. Anibal Murillo Escobar, me comprometo a suscribir el contrato y aceptar desde ahora la(s) orden(es) de compra o contrato que se emita(n) al efecto. Rendir la Garantía de Cumplimiento correspondiente por el 15% de valor del contrato la cual estará vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la entrega de los productos.

Expresamente declaro que esta oferta permanecerá en absoluta vigencia por un período de treinta (30) días calendario a la fecha límite de la validez de la oferta, contados a partir de la fecha de entrega de la Oferta.

La presente oferta consta de \_\_\_\_\_ folios útiles.

En fe de lo cual y para seguridad del Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar, firmo la presente a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE /REPRESENTANTE LEGAL/ SELLO DE LA EMPRESA**

**FORMULARIO DE OFERTA POR ITEM O BLOQUE**  
**Contratación Directa CD-005 -HAME-2024**

**NOMBRE DE EL PROVEEDOR:**

**LABORATORIO FABRICANTE DEL PRODUCTO:**

**PAÍS DE ORIGEN DEL PRODUCTO:**

**DESCRIPCIÓN DE EMPAQUES Y ETIQUETADOS: (PRIMARIO Y SECUNDARIO)**

No. de Ítem	Nombre del Producto	Unidad de Presentación (UP)	Descripción Técnica Ofertada	Cantidad Estimada (Unidades)	Precio Unitario (LPS) (Max. dos decimales)	Vida Útil ofertada	Precio Total (LPS) (Max. dos decimales)	Plazos de Entrega ofertados

**OBSERVACIONES:**

**LUGAR DE ENTREGA DEL PRODUCTO:**

**LUGAR Y FECHA:**

**FIRMA/SELLO:**

**CARGO:**

**FORMULARIO DE LISTA DE PRECIOS**

**Nota: El presente formulario deberá adjuntarse de manera digital, editable en Excel.**

No. Item	Código ATC	Nombre del Producto Ofertado	Unidad de presentación ofertada	Descripción técnica ofertada	Cantidad Estimada Ofertada (Unidades )	Precio Unitario Ofertado (Lempiras L) (Dos Decimales )	Precio Total Ofertado (Lempiras L) (Dos Decimales )	Laboratorio Fabricante	País de Origen	Descripción del Empaque y Etiquetado	Vida Útil ofertada	Plazos de entrega ofertada

**FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD**

YO \_\_\_\_\_, Mayor de edad, de  
Estado Civil \_\_\_\_\_, de Nacionalidad \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_,  
Y con Tarjeta de Identidad/Pasaporte No, actuando en mi condición de Representante Legal de \_\_\_\_\_  
, por la presente HAGO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD: Que mi persona y mi representada  
se comprometen a:

- 1.- A practicar las más elevadas normas éticas durante el presente proceso de contratación.
- 2.- Abstenernos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados involucrados en el presente proceso de contratación induzcan a alterar el resultado del proceso u otros aspectos que pudieran otorgar condiciones más ventajosas en relación a los demás participantes.
- 3.- A no formular acuerdos con otros proveedores participantes o a la ejecución de acciones que sean constitutivas de:  
**PRACTICA CORRUPTA:** Que consiste en ofrecer, dar, recibir, o solicitar, directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar indebidamente las acciones de otra parte.  
**PRACTICA DE FRAUDE:** Que es cualquier acto u omisión, incluida la tergiversación de hechos y circunstancias, que deliberada o imprudentemente engañen, o intenten engañar, a alguna parte para obtener un beneficio financiero o de otra naturaleza o para evadir una obligación.  
**PRACTICA DE COERCIÓN:** Que consiste en perjudicar o causar daño, o amenazar con perjudicar o causar daño, directa o indirectamente, a cualquier parte o a sus bienes para influenciar indebidamente las acciones de una parte.  
**PRACTICA DE COLUSIÓN:** Que es un acuerdo entre dos o más partes realizado con la intención de alcanzar un propósito inapropiado lo que incluye influenciar en forma inapropiada las acciones de otra parte.  
**PRACTICA DE OBSTRUCCIÓN:** Que consiste en a) destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia significativa para la investigación o realizar declaraciones falsas ante los investigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una práctica corrupta, fraudulenta, coercitiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte para impedir que divulgue su conocimiento de asuntos que son importantes para la investigación o que prosiga la investigación, o b) todo acto dirigido a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.
- 4.- Así mismo declaro que entiendo que las acciones antes mencionadas son ilustrativas y no limitativas de cualquier otra acción constitutiva de delito o contraria al derecho en perjuicio del patrimonio del Estado de Honduras; por lo que expreso mi sumisión a la legislación nacional vigente.

5.- Declaro que me obligo a regir mis relaciones comerciales con las Instituciones de Estado de Honduras bajos los principios de la buena fe, la transparencia y la competencia leal cuando participen en procesos de licitaciones, contrataciones, concesiones, ventas, subastas de obras o concurso

6.- Declaro que mi representada no se encuentra en ninguna lista negra o en la denominada lista Clinton (o cualquier otra que la reemplace, modifique o complemente), en la lista Engel, ni que haber sido agregado en la lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros del Tesoro del EEUU), así como que ninguno de sus socios, accionistas o representantes legales se encuentre impedidos para celebrar actos y contratos que violenten la Ley Penal.

7.- Autorizo a la institución contratante para que realice cualquier investigación minuciosa en el marco del respeto y al debido proceso sobre prácticas corruptivas en las cuales mi representada haya o este participando. Promoviendo de esa manera practicas éticas y de buena gobernanza en los procesos de contratación.

En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudadmunicipio de \_\_\_\_\_, Departamento de los \_\_\_\_, días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**FIRMA Y SELLO**

(en caso de persona Natural solo Firma)

Esta Declaración Jurada debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario (En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado)

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos.]

Fecha: [indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]

CD No.: [indicar el número del proceso licitatorio]

Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ páginas

1. Nombre jurídico del Oferente:

2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro:

3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse:

4. Año de constitución o incorporación del Oferente:

5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado:

6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: [indicar el nombre del representante autorizado] Dirección: [indicar la dirección del representante autorizado]

Números de teléfono y facsímil: [indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]

Dirección de correo electrónico: [indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]



7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: *[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]*

Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09.

Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio, de conformidad con la cláusula 5.1 de la IO-05.

Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO (CUANDO APLIQUE)

*[El Oferente y cada uno de sus miembros deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación]*

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*

LPN No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

Página

de  páginas

1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio <i>[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]</i>
3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio <i>[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: <i>[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]</i>
6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i>

7. Copias adjuntas de documentos originales de: *[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]*

† Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO- 09.

† Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

**FORMATO ACTA DE COMPROMISO DE REEMPLAZO**

Acta de Compromiso de Reemplazo

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_, Constitución de la Sociedad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Autorizada por el Notario \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, inscrita en el Registro  
de Comerciantes Sociales del Registro Mercantil de con el número \_\_\_\_\_ tomo \_\_\_\_\_, No.  
\_\_\_\_\_ de Escritura Pública \_\_\_\_\_ del representante \_\_\_\_\_ legal de  
\_\_\_\_\_ la Sociedad\_\_o Empresa, \_\_\_\_\_ autorizada por el Notario \_\_\_\_\_ el  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ inscrita  
en el Registro\_antes referido con matrícula \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ asiento No.  
\_\_\_\_\_.

Tipo o Numero de Contrato:

Proceso:

Descripción del Producto con sus especificaciones:

Monto (L):

Lote No.:

No. Ítem:

Fecha de Recepción:

Fecha de Expiración:

Por este Acto CERTIFICO que los productos entregados son de producción con fechas de expiración menor de dieciocho meses al momento de la recepción, que son de materia prima de calidad, por ende ME COMPROMETO A REPONER O REEMPLAZAR LA CANTIDAD DEL PRODUCTO QUE NO SE HAYA CONSUMIDO CUMPLIDA LA FECHA DE EXPIRACIÓN, Sin costo alguno de ser necesario con un periodo de expiración mayor o igual a dieciocho meses, reemplazo que deberé realizar en el plazo que el Hospital Dr. Anibal Murillo Escobar (HAME) o Cualquier Institución Pública a través del Establecimiento de Salud Receptor me notifique.

Ante el cual firmo y acepto la presente en Lugar \_\_\_\_\_ el día \_del mes \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Firma del Representante Legal de la Empresa

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O INHABILIDADES**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. \_\_\_\_\_ actuando en mi condición de representante legal de [Indicar el Nombre de la Empresa Oferente / En caso de Consorcio indicar al Consorcio y a las empresas que lo integran], por la presente **HAGO DECLARACIÓN JURADA: Que ni mi persona ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de las prohibiciones o inhabilidades a que se refieren los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.**

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días de mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

- **Esta Declaración Jurada debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario (En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).**

**FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO**

**ASEGURADORA / BANCO**

**GARANTÍA / FIANZA DE CUMPLIMIENTO N°:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE EMISION:** \_\_\_\_\_

**AFIANZADO/GARANTIZADO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION Y TELEFONO:** \_\_\_\_\_

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar que el Afianzado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, **CUMPLIRA** cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el contrato firmado al efecto entre el Afianzado/Garantizado y el Beneficiario, para la ejecución del Contrato: \_\_\_\_\_" ubicado en \_\_\_\_\_,

**SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA:** \_\_\_\_\_

**VIGENCIA:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA:"La presente garantía/fianza será ejecutada por el monto total de la misma a simple requerimiento del contratante, acompañada de una resolución firme de incumplimiento, sin ningún otro requisito, pudiendo requerirse en cualquier momento dentro del plazo de vigencia de la garantía/fianza. La presente garantía/fianza emitida a favor del beneficiario constituye una obligación solidaria, incondicional, irrevocable y de ejecución automática; en caso de conflicto entre el beneficiario y el ente emisor del título, las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la república del domicilio del beneficiario. La presente cláusula especial obligatoria prevalecerá sobre cualquier otra condición".**

A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor del Hospital Dr. Aníbal Murillo Escobar **no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.**

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**FIRMA AUTORIZADA**

**AFIANZADO**

**FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CALIDAD**

**ASEGURADORA / BANCO**

**GARANTÍA / FIANZA DE CALIDAD N°:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE EMISION:** \_\_\_\_\_

**AFIANZADO/GARANTIZADO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION Y TELEFONO:** \_\_\_\_\_

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar la **CALIDAD DEL SUMINISTRO** del Contrato: \_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_, Construido/entregado por el Afianzado/Garantizado \_\_\_\_\_.

**SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA:** \_\_\_\_\_

**VIGENCIA:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

**CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA:** "La presente garantía/fianza será ejecutada por el monto total de la misma a simple requerimiento del contratante, acompañado de un certificado de incumplimiento, sin ningún otro requisito, pudiendo requerirse en cualquier momento dentro del plazo de vigencia de la garantía/fianza. La presente garantía/fianza emitida a favor del beneficiario constituye una obligación solidaria, incondicional, irrevocable y de ejecución automática; en caso de conflicto entre el beneficiario y el ente emisor del título, las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la república del domicilio del beneficiario. La presente cláusula especial obligatoria prevalecerá sobre cualquier otra condición".

A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor del Hospital Dr. Anibal Murillo Escobar **no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.**

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**FIRMA AUTORIZADA**

**AFIANZADO**

