

A-365-2025

**VISTO BUENO**

*Tegucigalpa, M. D. C.*

A: Dr. Adalberto Mejía – Director Regional, Región Departamental de Salud de Islas de la Bahía.

DE: Karen Melissa Cruz Carías- CPC número: 0133

FECHA: 09 de diciembre del 2025.

En respuesta a su Oficio No. 334-2025 ADMON-RDSIB, solicitud recibida subsanada en fecha 09 de diciembre del presente año, otorgo el Visto Bueno al siguiente documento:

- **Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) para el año 2026 correspondiente a la Región Departamental de Salud de Islas de la Bahía.**
- **En el Sistema de HonduCompras en la descripción en cada línea debe colocarse igual al formato que se otorga dicho Visto Bueno.**

Haciendo constar que la documentación de soporte que he tenido a la vista se ajusta al marco regulatorio y normativo pertinente a la contratación pública.

Este Visto Bueno no exime de ningún tipo de responsabilidad a los funcionarios y empleados que participaron en la elaboración y aprobación del documento al que se le otorga.

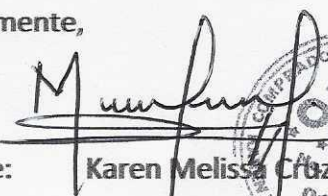
Por favor no dude en contactarme si tiene preguntas al respecto.

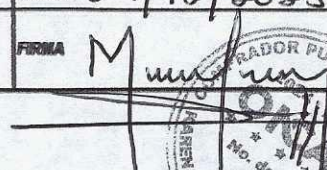
Sinceramente,

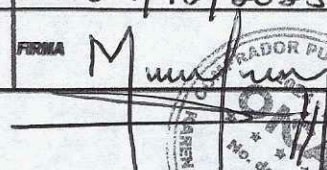
Firma:

Nombre:

Número: 0133

  
  
Karen Melissa Cruz Carías

| LISTA PARA ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PLAN ANUAL DE COMPRAS Y CONTRATACIONES                                                                     |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| FOPC-02                                                                                                                                               | PACC                                                                                                                    |                | 1.0                                                                                          |          |
| <b>TIPO DE ASEGURAMIENTO:</b>                                                                                                                         |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
| PREVIO A LA PRIMERA PUBLICACIÓN EN HONDUCOMPRAS                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                     | Observaciones: |                                                                                              |          |
| MODIFICACIÓN DESPUÉS DE PUBLICACIÓN EN HONDUCOMPRAS                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                |                |                                                                                              |          |
| OTRO                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                |                |                                                                                              |          |
| INSTITUCIÓN: <u>Secretaría de Salud</u>                                                                                                               |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
| GERENCIA ADMINISTRATIVA: <u>Región de Salud de Islas de la Bahía</u>                                                                                  |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                           | DOCUMENTO DE RESPALDO                                                                                                   | SI             | NO                                                                                           | FOLIO(S) |
| <b>1. VERIFICACIÓN DE DATOS INCORPORADOS EN EL PACC:</b>                                                                                              |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
| SE IDENTIFICARON LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE TODAS LAS UNIDADES EJECUTORAS DE LA INSTITUCIÓN, CON INDEPENDENCIA A LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO | FORMATO PACC DE CADA UNIDAD EJECUTORA                                                                                   | ✓              |                                                                                              |          |
| CUMPLIMIENTO DEL PACC ACTUAL Y DEL ÚLTIMO EJERCICIO FISCAL                                                                                            | INFORME DE LA UPEG SOBRE CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES                                                                 | ✓              |                                                                                              |          |
| <b>2. VERIFICACIÓN DE PROCESOS DE ADQUISICIÓN:</b>                                                                                                    |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
| UNIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS Y CONSOLIDACIÓN DE LA DEMANDA                                                                                           | FORMATO PACC UNICO DE LA INSTITUCIÓN                                                                                    | ✓              |                                                                                              |          |
| SUBVISIÓN DE PROCESOS CON SUSTENTO TÉCNICO Y CON BASE EN LA NORMATIVA ACTUAL                                                                          | INFORME DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA EN EL QUE TÉCNICA Y LEGALMENTE JUSTIFIQUE LOS PROCESOS SUBVINCULADOS              | ✓              |                                                                                              |          |
| PROCESO DE COMPRA ESTABLECIDO, INCLUYENDO TIEMPOS PROMEDIOS DE ADQUISICIÓN                                                                            | FORMATO PACC CON DATOS COMPLETOS EN TODAS SUS CASILLAS                                                                  | ✓              |                                                                                              |          |
| <b>3. VALIDACIÓN DE REQUERIMIENTOS:</b>                                                                                                               |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
| VALIDACIÓN DEL PACC POR USUARIOS ESTRATÉGICOS                                                                                                         | COMUNICACIÓN DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL PACC INSTITUCIONAL POR LAS DIRECCIONES O JEATURAS DE DEPARTAMENTO         | ✓              |                                                                                              |          |
| <b>4. VALIDACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PACC:</b>                                                                                                         |                                                                                                                         |                |                                                                                              |          |
| VERIFICACIÓN DEL MONTO TOTAL ESTIMADO DEL PACC CONTRA EL PRESUPUESTO APROBADO                                                                         | MEMORANDO DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA HACIA LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL CON EL RESULTADO DE VERIFICACIÓN | ✓              |                                                                                              |          |
| AJUSTE DEL PLAN SI ES NECESARIO                                                                                                                       | ÚLTIMA VERSIÓN DEL FORMATO PACC COMPLETO EN TODAS SUS CASILLAS FIRMANDO POR LA GERENCIA ADMINISTRATIVA                  | ✓              |                                                                                              |          |
| <b>SOLICITANTE DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>                                                                                                    |                                                                                                                         |                | <b>COMPRADOR PÚBLICO CERTIFICADO</b>                                                         |          |
| NOMBRE: <u>Adalberto Mejía Escoto</u>                                                                                                                 |                                                                                                                         |                | NOMBRE: <u>Karen Melissa Cruz Carías</u>                                                     |          |
| CARGO: <u>Dirce por Regional</u>                                                                                                                      |                                                                                                                         |                | CPC N° <u>0133</u>                                                                           |          |
| FECHA: <u>8/12/2025</u>                                                                                                                               |                                                                                                                         |                | FECHA: <u>09/12/2025</u>                                                                     |          |
| FIRMA:                                                             |                                                                                                                         |                | FIRMA:  |          |

Oficio No.334-2025 ADMON-RDSIB  
Roatán Islas de la Bahía  
08 de diciembre del 2025

**Abogada Melissa Cruz**  
**Comprador publico certificado**

Sirva la presente para extender un cordial saludo y desearle éxitos en sus funciones diarias.

El motivo del presente es para solicitarle a usted el visto bueno del PACC 2026 de la Región de Salud de Islas de la Bahía para luego proceder a publicarlo al sistema de Honducompras1.

Se le adjunta copia del PACC con la documentación soporte.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente.



**Dr. Adalberto Mejía .**  
**Director Regional de salud**

Cc. Archivo.