

MEMORANDO No.1154-UAL-2024

PARA: Msc. Eloisa Mejía
Sub Gerencia de Suministros Materiales y Compras

DE: Abog. Nelly Maribel Rodríguez
Procurador Unidad Asesoría Legal

Nelly Maribel Rodríguez
Gerardo Garay Silva
Abog. Gerardo Garay Silva
Unidad de Asesoría Legal



ASUNTO: Dictamen Legal Proceso de Licitación Pública Nacional LPN-018-2024
"IHSS-DMN ADQUISICIÓN DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)"

FECHA: 31 de mayo de 2024.

En atención a memorando No. 1127-SGSMYC-2024 referente a solicitud de emisión de dictamen legal requerido para la aprobación de los pliegos de condiciones para la licitación correspondiente al proceso LPN-018-2024, emitimos Dictamen correspondiente en los términos siguientes:

I.-ANTECEDENTES

Mediante memorando 767-SGP/IHSS-2024 de fecha 3 de abril de 2024, la Subgerencia de Presupuesto en respuesta solicitud presentada por la Dirección Médica Nacional según memorando No. 2030-DMNS-IHSS-2024 del 1 de abril de 2024, informa que existe disponibilidad presupuestaria según el siguiente detalle:

Fondo	RSAS-RP Régimen Seguro de Atención de la Salud
Área Funcional	SA190001 Régimen Seguro de Atención de la Salud
Centro gestor	SA411000 Gerencia del Régimen de Seguro Atención a la Salud
Pospre	33300 Productos de Artes Gráficas
Monto disponible	L. 8,000.000.00

Con memorando No. 2712-DMN-2024 de fecha 6 de mayo de 2024 dirigido a la Gerencia Administrativa y Financiera, la Dirección Médica Nacional, solicitó autorización para dar inicio al proceso de Adquisición de Papelería Médica e Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social, detallando de manera resumida las siguientes justificaciones:

1. De acuerdo a la OPS, la documentación clínica es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud en que se describen las acciones implementadas por el personal de salud.
2. La papelería médica es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencia.
3. Representa un registro de toda la atención medica que recibe un paciente por parte del sistema sanitario.
4. Ayuda a preservar información fidedigna de los pacientes.
5. Es el principal repositorio de información que permite asegurar la continuidad en el proceso de atención de pacientes.

Por consiguiente el Gerente Administrativo y Financiero del Instituto Hondureño de Seguridad Social, mediante Memorando No. **4406-GAYF-2024** de fecha 9 de mayo de 2024, autorizó el inicio del proceso **"IHSS-DMN ADQUISICION DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)"**, por un monto estimado de **OCHO MILLONES DE LEMPIRAS (L 8,000,000.00)** con una vigencia de un año a partir de su suscripción. Asimismo, autoriza su inclusión en el PACC-2024 en caso que el mismo no esté incluido; sin perjuicio de cumplir el debido proceso de acuerdo a la normativa establecida por la Oficina Normativa de Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y cualquier ley aplicable.

Consecuentemente mediante memorando No. **1127-SGSMYC-2024** de fecha 28 de mayo del 2024, la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, remitió al área legal el documento base de la **LICITACION PUBLICA NACIONAL No. LPN-018-2024 "IHSS-DMN ADQUISICION DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)"**. Con la finalidad de que se emitiese Dictamen Legal previo a su aprobación por parte de la Junta Directiva del IHSS.

II.-MARCO LEGAL

Del contenido de los artículos: 47, 48, 51 y 52 de la Ley General de la Administración Pública en relación con los artículos 1 y 8 de la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se colige que esta institución forma parte del sector Público Descentralizado, constituyéndose como un Instituto Público y como parte integral del Sistema de Salud Pública, de conformidad a lo establecido por el artículo 5 literal f) del Código de Salud, constituyendo su finalidad la prestación de servicios de orden social, así como el brindar asistencia médica y garantizar el derecho humano a la salud, tal como lo señala el párrafo segundo del artículo 142 Constitucional, debido a lo cual, todas las actuaciones de sus empleados y funcionarios deberán enmarcarse dentro del contexto del principio de competencia contenido en el artículo 321 Constitucional.

En tal sentido, los contratos de suministro de servicios suscritos por esta institución se regirán de conformidad a lo establecido en la norma jurídica contenida en los artículos: 1,

3, 5, 6 y 7 de la Ley de Contratación del Estado, así como en los artículos: 1, 2, 7 literal k) y 9 de su reglamento.

De lo cual se infiere que la modalidad para la adquisición de dichos servicios deberá adoptar la forma nominada en el artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado, es decir: licitación pública, licitación privada o contratación directa.

Encontrando los parámetros relativos a la procedencia de dichas modalidades en el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024.

En dicho sentido, de la lectura del artículo 23 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 37 y 38 de su reglamento, se colige que la Institución que pretenda realizar un proceso de contratación deberá acreditar la existencia de la necesidad a satisfacer, una vez lo cual, se procederá a la conformación del expediente de contratación y a la consecuente elaboración de los pliegos de condiciones.

Asimismo, tal como se colige de la lectura del artículo 27 de la Ley de Contratación del Estado y del artículo 39 de su Reglamento, una vez establecida la necesidad a satisfacer deberá acreditarse la existencia de disponibilidad presupuestaria debido a que si no se cumpliese con tal requisito los contratos suscritos serian nulos de pleno derecho.

Los pliegos de condiciones referidos en los párrafos precedentes tendrán la finalidad de establecer el alcance y contenido del proceso de contratación y deberán ser elaborados por la Gerencia Administrativa tal como se infiere de la lectura de los artículos 98 y 99 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

Para tales efectos, de conformidad a lo establecido por el artículo 31 numeral 3) de la Ley de Contratación del Estado, la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado (ONCAE), elaborará modelos de los pliegos de condiciones que contendrán los requisitos y especificaciones que regirán la presentación de las ofertas, así como aspectos generales de los procesos de licitación.

Dicho documento deberá ser certificado por el Comprador Público Certificado (CPC), debido a que de la norma jurídica contenida en el artículo 44 C, literal b) del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado se deriva la obligación de dicho empleado público para verificar que el pliego cumple con los requisitos legales correspondientes. Acto que realizará previo a la aprobación de los mismos por parte de la autoridad que habrá de suscribir el contrato derivado de la adjudicación que pudiere corresponder y correspondiendo al área legal el verificar que el contenido de dichos pliegos es congruente con las normas legales contenidas en la Ley de Contratación del Estado y en su Reglamento, así como en cualquier otra norma aplicable.



2024-03-20

En el contexto antes indicado, los pliegos de condiciones para la contratación de servicios deberán contener las normas generales y las normas de procedimiento, como ser: la descripción de las necesidades a satisfacer, la identificación de los servicios requeridos, la fuente de financiamiento, la fecha y hora límite para presentar las ofertas, los errores de naturaleza subsanables y el plazo que para dichos efectos se establezca, las circunstancias de no admisibilidad de las ofertas, los criterios de evaluación de las mismas, la forma en la cual habrá de expresarse el precio, así como las demás condiciones que se estimen pertinentes. De igual forma, deberá contener las bases contractuales relativas a: las causas de resolución del contrato, el monto y clase de garantía de cumplimiento plazo de la misma, las condiciones y forma de pago, circunstancias calificadas como caso fortuito o fuerza mayor y si fuese pertinente; todo lo relativo a la garantía de calidad, multa por demora en el plazo de entrega. Todo lo cual se infiere de la lectura del artículo 100 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

Los pliegos antes referidos deberán ser aprobados por el órgano que habrá de adjudicar el contrato, tal disposición emana del contenido de los artículos: 11 y 12 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 19, 20 y 44.-C párrafo primero de su reglamento. Por lo que, en aplicación del artículo 20 numerales; 3) y 7) de la Ley del IHSS, en relación con en el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, el órgano legitimado para efectuar tal aprobación será la Junta Directiva del IHSS.

III.-CONCLUSIONES

En atención a lo antes referido esta unidad legal concluye:

PRIMERO: Que de la naturaleza jurídica del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se colige que esta institución forma parte del sector Público Descentralizado, constituyéndose como un Instituto Público y como parte integral del Sistema de Salud Pública, de conformidad a lo establecido por el artículo 5 literal f) del Código de Salud constituyendo su finalidad la prestación de servicios de orden social, así como el brindar asistencia médica y garantizar el derecho humano a la salud, tal como lo señala el párrafo segundo del artículo 142 Constitucional.

SEGUNDO: Que, debido a la naturaleza de los pliegos de condiciones y en consideración a que en el proceso para su aprobación no participan particulares como parte interesada, el acto jurídico administrativo mediante el cual deberá aprobarse la misma deberá tomar la forma de un "acuerdo", tal como se infiere de la lectura de los artículos: 116 y 118 numeral 1) de la Ley General de la Administración Pública.

TERCERO: Que de la lectura de los artículos: 11 y 12 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 19, 20 y 44.-C párrafo primero de su reglamento y el contenido de los artículos: 19 y 20 numerales; 3) y 7) de la Ley del IHSS y el artículo 104 de

las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, se colige que el órgano legitimado para la aprobación de los pliegos de condiciones será la Junta Directiva.

CUARTO: Que la Subgerencia de Presupuesto mediante Memorando No. 767-SGP/IHSS-2024 de fecha 3 de abril del 2024, informó que existe la disponibilidad presupuestaria por la cantidad de **OCHO MILLONES DE LEMPIRAS (L 8,000,000.00)**, para la **ADQUISICION DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**.

QUINTO: Que la Dirección Médica Nacional mediante memorando No. 2712-DMN-2024 de fecha 6 de mayo de 2024 dirigido a la Gerencia Administrativa y Financiera, solicitó autorización para dar inicio al proceso de Adquisición de Papelería Médica e Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social, remitiendo las justificaciones técnicas correspondientes.

SEXTO: Que la Gerencia Administrativa y Financiera del Instituto Hondureño de Seguridad Social, mediante Memorando No. 4406-GAYF-2024, de fecha 9 de mayo de 2024, autorizó el inicio del proceso para la **ADQUISICION DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)** por un monto estimado de **OCHO MILLONES DE LEMPIRAS (L 8,000,000.00)** con una vigencia de un año a partir de su suscripción. Asimismo, autoriza su inclusión en el PACC-2024 en caso que el mismo no esté incluido; sin perjuicio de cumplir el debido proceso de acuerdo a la normativa establecida por la Oficina Normativa Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y cualquier ley aplicable.

SEPTIMO: Que en virtud del contenido del artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado en relación con el artículo 85 de su reglamento y el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, es procedente que se lleve a cabo el proceso para la **ADQUISICION DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**, mediante la modalidad de Licitación Pública Nacional.

IV.-FUNDAMENTOS DE DERECHO

El presente dictamen legal es emitido en consideración y con fundamento en los artículos: 142 y 321 de la Constitución de la República. Artículos: 1, 8, 47, 48, 51, 52, 116 y 118 numeral 1) de la Ley General de la Administración Pública. Artículos: 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 38, 27 y 31 numeral 3) de la Ley de Contratación del Estado y los artículos: 1,2, 7 literal k), 9, 19, 20, 39, 44-C literal b), 98 y 99 de su Reglamento. Así como la norma contenida en los Artículos: 1 y 30 de la Ley de Procedimiento Administrativo. Y los artículos: 1, 8, 19, 20 y 21 literales 3) y 7) de la Ley Instituto Hondureño de Seguridad Social. Y el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024.

V.-RECOMENDACIONES

En consideración al contenido del presente dictamen, así como al análisis realizado, esta unidad legal a la Honorable Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) **RECOMIENDA:**

PRIMERO: Que en aplicación al contenido del artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado en relación con el artículo 85 de su reglamento y el artículo 104 de las Disposiciones del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, artículo 20 numerales 3) y 7) de la Ley del Seguro Social **ES PROCEDENTE** que la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) **AUTORICE** el proceso para la **ADQUISICION DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**, mediante la modalidad de Licitación Pública Nacional.

SEGUNDO: En virtud de haber verificado el contenido de los pliegos de la Licitación Pública Nacional LPN-018-2024 y en virtud de que los mismos se encuentran de conformidad a lo que para tales efectos señalan las normas jurídicas aplicables, es **PROCEDENTE** que la Junta Directiva **AUTORICE** la emisión del acto administrativo por medio del cual se aprueben los pliegos para la Licitación Pública Nacional No. LPN 018-2024, la cual tiene por objeto la **ADQUISICION DE PAPELERIA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**.



MEMORANDO
No. 4406-GAYF-2024

9 de mayo de 2024

PARA: LIC. ELOÍSA MEJÍA GALO
Sub Gerente de Suministros, Materiales y Compras

DE: LIC. EDWIN MEDINA
Gerente Administrativo

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE INICIO DE PROCESO PARA LA "IHSS-DMN-ADQUISICIÓN DE PAPELERIA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)"



Se ha recibido Memorando No.2712-DMN-IHSS-2024 en fecha 6 de mayo de 2024 por parte de la Dirección Médica Nacional donde solicita autorización de inicio de proceso para la "IHSS-DMN-ADQUISICIÓN DE PAPELERIA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)" por un monto estimado de L8,000,000.00; con una vigencia de un año contado a partir de su suscripción.

De conformidad con lo anterior, esta Gerencia Administrativa y Financiera de acuerdo al procedimiento administrativo, legal y presupuestario correspondiente, autoriza el inicio de proceso para la "IHSS-DMN-ADQUISICIÓN DE PAPELERIA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)" por un monto estimado de L8,000,000.00; asimismo, se autoriza su inclusión en el PACC-2024 en caso que el mismo no esté incluido, sin perjuicio de cumplir el debido proceso de acuerdo a la normativa establecida por la Oficina Normativa Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y cualquier ley aplicable.

Se recuerda el cumplimiento de lo establecido en las Disposiciones del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la Republica aprobado en Decreto No.62-2023 específicamente el Artículo 104 que establece los montos exigibles para aplicar las modalidades de contratación para el año 2024:

1	Contratos de Obras Públicas	L3,000,000.01 en adelante	Licitación Pública
		L1,500,000.01 a L3,000,000.00	Licitación Privada
		L500,000.01 a L1,500,000.00	Tres (3) Cotizaciones válidas
		L100,000.01 a L500,000.00	Dos (2) Cotizaciones válidas
		L0.01 a L100,000.00	Una (1) Cotización válida
2	Contratos de Consultorías	L1,250,000.01 en adelante	Concurso Público
		L350,000.01 a L1,250,000.00	Concurso Privado
		L200,000.01 a L350,000.00	Compra Menor con un mínimo de tres (3) Propuestas Técnicas y económicas válidas
		L0.01 a L200,000.00	Compra Menor con un mínimo de una (1) Propuesta Técnica y económica válida
3	Contratos de suministros de Bienes y Servicios	L1,000,000.01 en adelante	Licitación Pública
		L300,000.01 a L1,000,000.00	Licitación Privada
		L100,000.01 a L300,000.00	Compra Menor con un mínimo de tres (3) cotizaciones válidas
		L50,000.01 a L100,000.00	Compra Menor con un mínimo de dos (2) cotizaciones válidas
		L0.01 a L50,000.00	Compra Menor con un mínimo de una (1) cotización válida

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBGERENCIAS DE SUMINISTROS
MATERIALES Y COMPRAS
DOCUMENTACIÓN RECIBIDA
IHSS
FECHA: 10-5-24
HORA: 3:23 PM
NOMBRE: *medina*

Nombre de su ciudad
Honduras C.A.

www.ihss.hn

www.ihss.hn

Adicionalmente, en atención al Memorando No.1614-DE-2024 de fecha 19 de abril de 2024 suscrito por el Director Ejecutivo donde se designa el equipo denominado "FUERZA DE TAREA" se remite el **"Borrador del Documento Base de Licitación"** del proceso antes mencionado al correo electrónico: eloisa.mejia@ihss.hn para que se continúe con el procedimiento correspondiente.

Finalmente, se remiten originales del Memorando No.2712-DMN-IHSS-2024 que constan de seis (6) ejemplares y un leitz intitulado "MUESTRAS IHSS-DMN-ADQUISICIÓN DE PAPELERIA MÉDICA E IMPRESA para el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) QUE CONTIENE 57 MUESTRAS DE PAPELERÍA (57 PARTIDAS)" en caso de requerir mayor información solicitarla a la Unidad Ejecutora.

Atentamente,

CC.: Dirección Médica Nacional
Archivo
EM/RZ/AGL

DOCUMENTO DE LICITACIÓN

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

LPN 018-2024

**“IHSS- DMN- ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”**

Fuente de Financiamiento:

Fondos propios IHSS

Tegucigalpa, MAYO -2024



Contenido

DOCUMENTO DE LICITACIÓN.....	1
SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES	4
IO-01 CONTRATANTE.....	4
IO-02 TIPO DE CONTRATO.....	4
IO-03 OBJETO DEL CONTRATACION	4
IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS	4
IO-05 PRESENTACIÓN DE OFERTAS	4
IO-05.1 CONSORCIO	6
IO-05.2 DECLARACION DE PROCESOS DESIERTOS O FRACASADOS.....	6
IO-06 VIGENCIA DE LAS OFERTAS.....	6
IO-07 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA.....	6
IO-08 PLAZO DE ADJUDICACION	7
IO-09 DOCUMENTOS A PRESENTAR.....	7
09.1 Documentación Legal.....	7
09.2 Información Financiera	8
09.4 INFORMACIÓN ECONÓMICA.....	9
DOCUMENTOS NO SUBSANABLES (DNS)	9
IO-10 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE LICITACIÓN.....	10
IO-10.1 ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACION	10
IO-11 EVALUACION DE OFERTAS	10
FASE I, VERIFICACIÓN LEGAL.....	10
FASE II, EVALUACIÓN FINANCIERA	12
FASE III, EVALUACIÓN TÉCNICA.....	12
SUB FASE III. EVALUACIÓN TÉCNICA EN DOCUMENTOS:.....	12
FASE IV, EVALUACIÓN ECONÓMICA.....	13
IO-12 ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES	13
IO 12.01 CRITERIOS PARA DESCALIFICACIÓN OFERENTES	14
IO-13 ADJUDICACION DEL CONTRATO	14
IO-14 NOTIFICACION DE ADJUDICACION DEL CONTRATO	14
IO-15 FIRMA DE CONTRATO.....	15
SECCIÓN II - CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	15
CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO	16
CC-02 PLAZO CONTRACTUAL.....	16
CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO.....	16



IHSS
INSTITUTO HONDURANO DE SEGURO SOCIAL

CC-04 FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES	16
CC-05 PLAZOS DE ENTREGA DE LOS INSUBIENES	16
CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN	16
CC-07 GARANTÍAS.....	16
GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	17
CC-08 FORMA DE PAGO	17
CC-09 MULTAS.....	17
SECCIÓN III - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.....	18
LISTA DE PRECIOS	22
Formulario de Información sobre el Oferente	23
Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio (Cuando Aplique)	24
Formulario de Presentación de la Oferta.....	25
Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidades.....	27
Formulario de Declaración Jurada sobre La Ley Especial Contra el Lavado de Activos	29
Formulario Declaración Jurada de Integridad	31
Formulario de garantía mantenimiento de oferta.....	33
FORMATO [GARANTIA/FIANZA] DE CUMPLIMIENTO	35
CONTRATO	37
Aviso de Licitación Pública	43
ANEXOS.....	44

HONDURAS



SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

IO-01 CONTRATANTE

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), promueve la Licitación Pública Nacional LPN-018-2024, que tiene por objeto la “IHSS-DMN-ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”

IO-02 TIPO DE CONTRATO

Como resultado de esta licitación se podrá otorgar un contrato de bienes para la “Adquisición de Papelería Medica E Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el oferente adjudicado.

IO-03 OBJETO DE CONTRATACION

Adquisición de 57 partidas de papelería médica e impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), con una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de la firma del contrato

IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán presentarse en idioma español, incluso información complementaria como catálogos técnicos (cuando aplique), etc. En caso de que la información complementaria esté escrita en idioma diferente al español, deberá acompañarse con la debida traducción de la Secretaría de Estado en los Despachos de Relaciones Exteriores y Cooperación.

IO-05 PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentaran en el tercer piso del salón de sesiones de Invalidez, Vejes y Muerte (IVM) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

Ubicado en: Barrió Abajo, Tegucigalpa, M.D.C.

La presentación de ofertas será: el día XX de XX de XXX de 2024

La hora límite de presentación de ofertas será: **hasta las 10:00 am hora oficial de Honduras** y ese mismo día a las 10:15 a.m., hora oficial, en el mismo salón, se celebrara en audiencia pública la apertura de las ofertas en presencia de los oferentes sus representantes legales o la persona autorizada por el oferente que acredite su condición mediante carta firmada por el representante legal de la sociedad mercantil.

Los oferentes entregarán personalmente sus ofertas en sobres cerrados y sellados, adicionalmente se deberá acompañar dos (2) copia en documento físico y en digital USB en formato de PDF. Tanto los sobres interiores y el sobre o paquete exterior deberán ser rotulados de la siguiente manera.

Los sobres interiores y exteriores deberán llevar las siguientes leyendas adicionales de identificación.

Parte Central:

Esquina Superior:

Izquierda: Nombre del oferente y su dirección completa
Derecha: Fecha de Apertura

Esquina Inferior:

Izquierda;

Oferta de Licitación Pública Nacional LPN-018-2024 “ADQUISICIÓN DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”

Derecha:

“Oferta Económica”, “Documentación Legal y Técnica”, respectivamente

Es de carácter mandatorio que entre la fecha y hora de recepción de ofertas y fecha y hora de apertura de las mismas solo debe mediar un breve espacio de tiempo para los asuntos de logística (No más de 15 minutos).

El acta de apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras y en el portal del IAIP.

La presentación de la oferta presume la aceptación incondicional por el oferente de las cláusulas del pliego de condiciones y la declaración responsable de que reúne todas y cada una de las condiciones exigidas para contratar con la administración. En base al artículo 47 de la ley de contratación del estado.

Instituto hondureño de seguridad social (IHSS) se encuentra en la libertad de rechazar cualquiera de las ofertas presentadas de conformidad a los parámetros establecidos en los presentes pliegos de condiciones y en la normativa vigente.

NOTA:

- a) En atención a los principios establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento, así mismo en el código de Ética del Servidor Público, el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), garantiza que los procesos serán realizados de manera transparente.
- b) La oferta presentarla en moneda nacional (lempira) deberá ser firmada y sellada en cada página por el Gerente General o Representante Legal actual de la empresa.
- c) Inmediatamente después del Acto de Apertura se permitirá los interesados examinar las ofertas de los otros oferentes, Según lo establecido en la Ley de Contratación del Estado (Artículo 50) y su Reglamento (Artículo 124). En ningún caso se permitirá obtener fotocopias de las ofertas; sin perjuicio de la confidencialidad prevista en el artículo 6 párrafo segundo de la Ley de

Contratación del Estado y 10 y 12 párrafo segundo de su Reglamento. En este sentido el Comprador se reserva el derecho de indicar que información debe mostrar.

- d) La oferta original deberá de venir debidamente foliada, acompañada de dos (2) copia impresas, y selladas en sus sobres correspondiente.

IO-05.1 CONSORCIO

Las empresas constituidas como Consorcio presentarán una sola Oferta, como miembro de un Consorcio. 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 Consorcio. La composición o constitución del Consorcio no podrá ser alterada sin el previo consentimiento del Comprador.

IO-05.2 DECLARACION DE PROCESOS DESIERTOS O FRACASADOS.

1. Se procederá al análisis, evaluación y recomendación de adjudicación con un (1) oferente como mínimo que se presente, siempre y cuando cumpla con toda la documentación legal, técnica y especificaciones y condiciones técnicas solicitadas en las bases de licitación.
2. El INSTITUTO declarará desierto el proceso cuando no hubiere ofertas presentadas.
3. "El INSTITUTO" declarará fracasado el proceso cuando:
 - a) Se hubiere omitido en el procedimiento requisitos esenciales establecidos en la Ley en sus disposiciones reglamentarias;
 - b) Si las ofertas recibidas no se ajustan a los requisitos esenciales establecidas en este pliego de condiciones, en correspondencia con lo establecido en el
 - c) Reglamento de la Ley de contratación del estado;
 - d) Si se comprueba la existencia de colusión;
 - b) Cuando todas las ofertas se reciban por precios considerablemente superiores al Presupuesto estimado;
 - e) cuando se presenten motivos de fuerza mayor debidamente comprobados y;
 - f) Las demás establecidas en la ley de Contratación del Estado y su Reglamento.

IO-06 VIGENCIA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de ciento ochenta (180) días calendarios, contados a partir de la fecha de presentación y apertura de las ofertas.

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. Si se ampliare el plazo de vigencia de la oferta, deberá también ampliarse el plazo de garantía de mantenimiento de oferta.

IO-07 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor del dos por ciento (2%) del valor total de la oferta.

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente

autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público; en este último caso, la garantía deberá inscribirse en el registro del Banco Central de Honduras en el que figuren anotados dichos valores, quedando inmovilizados y afectos a las obligaciones garantizadas, con excepción, en este último caso, de los rendimientos que generen.

La Garantía de mantenimiento de Oferta tendrá un período de validez de ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción y apertura de las ofertas.

IO-08 PLAZO DE ADJUDICACION

La adjudicación del contrato al licitante ganador se notificará dentro de los 120 días calendarios contados a partir de la fecha de presentación de las ofertas.

IO-09 DOCUMENTOS A PRESENTAR

Cada oferta deberá incluir los siguientes documentos:

09.1 Documentación Legal

1. Fotocopia legible del Instrumento Público de Constitución de la Sociedad y sus reformas, inscrita en el Registro de la Propiedad de Inmueble, correspondiente **(autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**.
2. Fotocopia legible del Poder del Representante legal actual de la empresa, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representando a la empresa en el proceso de licitación, debidamente inscrito en el Registro correspondiente **(autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**.
3. Fotocopia legible del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal actual de la empresa **(autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**.
4. Fotocopia legible del RTN de la Sociedad y su Representante Legal actual de la empresa **(autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**.
5. Fotocopia de solvencia vigente a la fecha de apertura, extendida por la Alcaldía Municipal del domicilio del oferente **(autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**.
6. Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendida por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa **(autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**.
7. Declaración Jurada original, del Representante Legal actual de la Empresa de no estar comprendido en ninguno de las inhabilidades a los que se refiere la Ley de Contratación del Estado de Honduras en sus artículos 15 y 16 **(autentica de firma de acuerdo al código del notariado)**.
8. Declaración Jurada original del representante legal actual de la Empresa 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 **(autentica de firma de acuerdo al código del notariado)**.



9. Declaración Jurada original del Representante legal actual de la Empresa que actuarán **con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo (autentica de firma de acuerdo al código del notariado).**
10. Fotocopia original de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE en caso de presentar copia de constancia de que está en trámite la misma. De no tenerla deberá presentar la original a la firma del contrato **(Autentica de fotocopia de acuerdo al código del notaria).**
11. Constancia original del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de encontrarse al día en el pago de sus aportaciones o contribuciones en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, a excepción de empresas que tengan menos de un año de constituidas.
12. Constancia emitida por la Secretaría General del Ministerio Público, y/o constancia que se encuentra en trámite, en la cual se exprese que sus socios y, representante legal actual **NO** están sujetos a procesos de investigación en las Fiscalías Especiales Contra Crimen Organizado (FESCCO), Fiscalía Especial Para la Transparencia y Combate a la Corrupción Pública (FETCOOP) y la unidad Fiscal Especializada Contra Redes de Corrupción (UFERCO). (Con una vigencia de 6 meses de su emisión). (En caso de presentar copia de constancia de trámite, presentar la original al momento de la firma del contrato).
13. Fotocopia de solvencia del instituto nacional de formación profesional (INFOP), vigente a la fecha de apertura de las ofertas, en el cual se exprese, que el oferente está al día en el pago de sus aportaciones al instituto. En caso de presentar copia de constancia de trámite, presentar la original al momento de la firma del contrato. **(Autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).**
14. **Constancia de autorización para que el Instituto Hondureño de Seguridad Social pueda verificar la documentación presentada por los oferentes. Esta debe extenderse en papel original membretado del oferente.**

Nota:

- Todos los documentos que se presenten en copia deberán ser debidamente autenticados de acuerdo al Código del Notariado.
- Todas las declaraciones juradas deberán ser presentadas en original y debidamente autenticadas de acuerdo al Código del Notariado.
- Todas las solvencias, certificaciones, permisos deben estar vigentes.

09.2 INFORMACIÓN FINANCIERA

1. Constancias de Institución Bancaria acreditada en el país, en donde conste que tiene cuentas de ahorro o cheque del 5% del monto total de la oferta.
2. Constancia Bancaria que acredite una línea de crédito del 5% del monto ofertado.
3. Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales. (Art. 33 inciso b RLCE).

Nota:

- Se solicitará Estados Financieros de los dos (2) últimos años fiscales; cuando la auditoria no



estuviese concluida, deberá presentar constancia de la firma auditora que indique que los estados financieros del año que antecede se encuentran en proceso de auditoría.

Autorización para que Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), pueda verificar la documentación presentada con los emisores. RAS

09.3 INFORMACIÓN IDONEIDAD TÉCNICA Artículo 35 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado

1. El oferente deberá presentar evidencia que demuestre su experiencia, para lo cual debe presentar como mínimo dos (2) fotocopias de contratos suscrito con instituciones públicas o privadas en los últimos cinco (5) años del servicio que ofrece. Asimismo, presentar al menos dos (2) constancia originales de satisfacción extendida por las instituciones o empresas a quienes les haya suministrado dichos servicios. Además, debe indicar los datos de: Nombre de la persona que se puede contactar, número de teléfono y correo electrónico. Si se tratare de constancia de satisfacción del IHSS, las mismas deberán ser tramitadas a través de la Secretaria General. En caso que sea emitida por otro ente puede ser emitida por la Gerencia Administrativa o Financiera. (Auténtica de acuerdo al Código del Notariado).

09.4 INFORMACIÓN ECONÓMICA DOCUMENTOS NO SUBSANABLES (DNS)

1. Carta original de la oferta (formulario Presentación de la Oferta de la sección IV), firmada y sellada por el representante legal actual de la empresa oferente en cada una de sus páginas.
2. Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor del dos por ciento (2%) del monto total ofertado y en el formato contenido en la base con indicación de la cláusula obligatoria
3. Lista de Precio (conforme al formulario de la sección IV, Formularios de la Oferta), debidamente firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa. La propuesta económica deberá contener la descripción de los servicios a brindar con sus precios unitarios y totales por un año de servicio. Sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior, si los bienes pagan este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal.
4. Será motivo de descalificación de la oferta, Si "El Oferente" No presenta el formato "Lista de Precios" se entenderá que no presento la oferta.

09.5 Documento que deben presentarse antes de la Firma del contrato (Oferente Ganador) según el Artículo 30 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado

1. Constancia de solvencia ORIGINAL extendida por la Procuraduría General de la Republica, en donde se haga constar que la empresa oferente y su representante legal NO tiene cuentas ni juicios pendientes con el Estado.
2. Constancia original de solvencia electrónica vigente, emitida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR) de la Empresa y del Representante Legal.
3. Constancia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE.
4. Constancia original de encontrarse al día en el pago de sus cotizaciones o contribuciones al Instituto Hondureño de Seguridad Social, de conformidad con lo previsto en el artículo 65 párrafo segundo, literal b) reformado de la Ley del Seguro Social.

5. Toda constancia que se presente que está en trámite al momento de presentar la oferta debe de ser presentada la original en caso que al momento de presentar la oferta no la tenga deberá presentarla a la firma del contrato, autenticada o apostillada de acuerdo al código del notariado.

10-10 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE LICITACIÓN

Todo aquel que haya obtenido de manera oficial los documentos de Licitación y que formulen preguntas y/o aclaraciones, deberán remitirlas a la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, sexto piso del Edificio Administrativo, Barrio Abajo, Tegucigalpa M.D.C. El comprador responderá por escrito a todas las solicitudes de aclaración, siempre que dichas solicitudes las reciba el comprador por lo menos veinte (20) días calendario antes de la fecha límite la presentación de ofertas.

Asimismo, serán publicadas en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "HONDUCOMPRAS" (www.honducompras.gob.hn) y el Portal de Transparencia del IHSS.

Nota: Toda aclaración recibida después de la fecha límite que establece la base 20 días antes del acto de apertura no se tomará en cuenta.

10-10.1 ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACION

El Instituto Hondureño de Seguridad Social, podrá antes del vencimiento del plazo para la presentación de ofertas, enmendar el documento base, la cual formará parte del documento base de licitación y, deberá ser comunicada por escrito, ya sea en físico o correo electrónico a todos los que hayan obtenido los pliegos de condiciones.

Las enmiendas se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "HONDUCOMPRAS" (www.honducompras.gob.hn) y portal de transparencia.

El Instituto 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.

10-11 EVALUACION DE OFERTAS

Las ofertas serán evaluadas de acuerdo a la siguiente rutina de fases acumulativas:

FASE I, VERIFICACIÓN LEGAL

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

ORDENAR DE ACUERDO A LA DOC. LEGAL

ASPECTOS VERIFICABLES	CUMPL	NO CUMPLE
1. Fotocopia legible del Instrumento Público de Constitución de la Sociedad y sus reformas, inscrita en el Registro de la Propiedad de Inmueble, correspondiente (autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).		
2. Fotocopia legible del Poder del Representante legal actual de la empresa, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representando a la empresa en el proceso de licitación, debidamente inscrito en el Registro correspondiente (autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).		



IHSS



HONDURAS

<p>3. Fotocopia legible del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal actual de la empresa (autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>4. Fotocopia legible del RTN de la Sociedad y su Representante Legal actual de la empresa (autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>5. Fotocopia de constancia de solvencia vigente a la fecha de apertura, extendida por la Alcaldía Municipal del domicilio del oferente (autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>6. Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendida por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa (autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>7. Declaración Jurada original, del Representante Legal actual de la empresa, de no estar comprendido en ninguno de las inhabilidades a los que se refiere la Ley de Contratación del Estado de Honduras en sus artículos 15 y 16 (autentica de firma de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>8. Declaración Jurada original del representante legal actual de la empresa 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 (autentica de firma de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>9. Declaración Jurada original del representante legal actual de la empresa que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo (autentica de firma de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>10. Fotocopia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE y/ en caso de presentar copia de constancia de que está en trámite la misma. De no tenerla se deberá presentara la original a la firma del contrato (Autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>11. Constancia original del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de encontrarse al día en el pago de sus aportaciones o contribuciones en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, a excepción de empresas que tengan menos de un año de constituidas.</p>		
<p>12. Constancia emitida por la Secretaría General del Ministerio Público, y/o constancia que se encuentra en trámite, en la cual se exprese que sus socios y, representante legal actual NO están sujetos a procesos de investigación en las Fiscalías Especiales Contra Crimen Organizado (FESCCO), Fiscalía Especial Para la Transparencia y Combate a la Corrupción Pública (FETCOOP) y la unidad Fiscal Especializada Contra Redes de Corrupción (UFERCO). (Con una vigencia de 6 meses de su emisión). (En caso de presentar copia de constancia de trámite, presentar la original al momento de la firma del contrato).</p>		
<p>13. Fotocopia de solvencia del Instituto Nacional de Formación Profesional (INFOP), vigente a la fecha de apertura de las ofertas, en el cual se exprese, que el oferente está al día en el pago de sus aportaciones al instituto. En caso de presentar copia de constancia de trámite, presentar la original al momento de la firma del contrato. (Autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado).</p>		
<p>14. Constancia de autorización para que el Instituto Hondureño de Seguridad Social pueda verificar la documentación presentada por los oferentes. Esta debe extenderse en papel original membretado del oferente.</p>		



Nota: Para efectos de evaluación, sino pasa la fase legal, ya sea un documento sustancial, según lo indicado en el pliego de condiciones no se deberá seguir evaluando ni pasar a la siguiente fase de evaluación.

EL OFERENTE ADJUDICADO QUE PRESENTO EN LA APERTURA DE LAS OFERTAS FOTOCOPIA DE CONSTANCIAS EN TRÁMITE (AUTENTICADAS), DEBERÁ ENTREGAR LAS CONSTANCIAS ORIGINALES A LA FIRMA DEL CONTRATO.

FASE II, EVALUACIÓN FINANCIERA

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
a) Constancias de Institución Bancaria acreditada en el país, en donde conste que tiene cuentas de ahorro o cheque del 5% del monto total de la oferta.		
b) Constancia Bancaria que acredite una línea de crédito del 5% del monto ofertado.		
c) Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales. (Art. 33 inciso b RLCE). Nota: <ul style="list-style-type: none"> • Se solicitará Estados Financieros de los dos (2) últimos años fiscales; cuando la auditoria no estuviese concluida, deberá presentar constancia de la firma auditora que indique que los estados financieros del año que antecede se encuentran en proceso de auditoría. • Autorización para que Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), pueda verificar la documentación presentada con los emisores. 		

FASE III, EVALUACIÓN TÉCNICA

SUB FASE III. EVALUACIÓN TÉCNICA EN DOCUMENTOS:

ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES	CUMPLE	NO CUMPLE
1. El oferente deberá presentar evidencia que demuestre su experiencia, para lo cual debe presentar como mínimo dos (2) fotocopia de contratos suscrito con instituciones públicas o privadas en los últimos cinco (5) años del servicio que ofrece. Asimismo, presentar al menos dos (2) constancia originales de satisfacción extendida por las instituciones o empresas a quienes les haya suministrado dichos servicios. Además, debe indicar los datos de: Nombre de la persona que se puede contactar, número de teléfono y correo electrónico. Si se tratare de constancias de satisfacción del		



IHSS
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Las ofertas deberán ser tramitadas a través de la secretaria General. En caso que sea emitida por otro ente puede ser emitida por la Gerencia Administrativa o Financiera. (Auténtica de acuerdo al Código del Notariado).



HONDURAS
REPUBLICA DE LA AMÉRICA CENTRAL

FASE IV, EVALUACIÓN ECONÓMICA

ASPECTO VERIFICABLE EN DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> Carta (formulario Presentación de la Oferta de la sección IV;) oferta firmada y sellada por el representante legal de la empresa, en cada una de sus páginas. 		
<ul style="list-style-type: none"> Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor del dos por ciento (2%) del monto total ofertado y con indicación de la cláusula obligatoria 		
<ul style="list-style-type: none"> Lista de Precio (conforme al formulario de la sección IV, Formularios de la Oferta), debidamente firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa. La propuesta económica deberá contener la descripción de los servicios a brindar con sus precios unitarios y totales y por cada año de servicio. Sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior, si el servicio paga este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal. (DNS). Será motivo de descalificación de la oferta, Si "El Oferente" No presenta el formato "Lista de Precios" se entenderá que no presento la oferta. 		

Se realizará la revisión aritmética de las ofertas presentadas y se harán las correcciones correspondientes.

Se compararán los precios totales de las ofertas evaluadas y se ordenarán de la más baja a la más alta evaluada.

IO-12 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, de acuerdo con lo previsto en los artículos 5, párrafo segundo y 50 de la Ley de Contratación del Estado de la Republica de Honduras.

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

Para los fines anteriores se entenderá subsanable, la omisión de la información de acuerdo a lo establecido en el Art. 132 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

Si hubiere discrepancia entre precios expresados en letras y en cifras, se considerarán los primeros;





asimismo, si se admitieran ofertas por renglón o partida y hubiere diferencia entre el precio unitario y el precio total de los artículos incluidos en cada uno de éstos, se considerará el primero.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

La Comisión Evaluadora corregirá los errores meramente aritméticos que se hubieren detectado durante el examen de las ofertas, debiendo notificarse al proponente de acuerdo a lo establecido en el Art. 133 del Reglamento a Ley de Contratación del Estado.

Nota: El valor de la oferta y el plazo de la Garantía de Mantenimiento de Oferta no serán subsanables.

IO 12.01 CRITERIOS PARA DESCALIFICACIÓN OFERENTES

Serán declaradas inadmisibles y no se tendrán en cuenta en la evaluación final, las ofertas que se encuentren en cualquiera de las situaciones siguientes:

Descalificación de la Oferta.

- a. No estar firmadas por el oferente o su representante legal el formulario o carta de presentación de la oferta y cualquier documento referente a precios unitarios o precios por partidas específicas;
- b. Estar escritas en lápiz “grafito”;
- c. Haberse omitido la garantía de mantenimiento de oferta, o cuando fuere presentada por un monto o vigencia inferior al exigido o sin ajustarse a los tipos de garantía admisibles;
- d. Haberse presentado por compañías o personas inhabilitadas para contratar con el Estado, de acuerdo con los artículos 15 y 16 de la Ley, de contratación del estado;
- e. Haberse presentado con raspaduras o enmiendas en el precio, plazo de entrega, cantidad o en otro aspecto sustancial de la propuesta, salvo cuando hubieran sido expresamente salvadas por el oferente en el mismo documento;
- f. Haberse presentado por oferentes no precalificados o, en su caso, por oferentes que no hayan acreditado satisfactoriamente su solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica o profesional; **NO APLICA PARA ESTE PROCESO**
- g. Establecer cláusulas diferentes a las previstas en la Ley, en el presente Reglamento o en el pliego de condiciones;
- h. Haberse presentado por oferentes que hubieren ofrecido pagos u otros beneficios indebidos a funcionarios o empleados para influir en la adjudicación del contrato;
- i. Incurrir en otras causales de inadmisibilidad previstas en las leyes o que expresa y fundadamente dispusiera el pliego de condiciones.
- j. La presentación de ofertas alternativas.

IO-13 ADJUDICACION DEL CONTRATO

La adjudicación del contrato se hará al oferente que cumpliendo las condiciones de participación, incluyendo su solvencia e idoneidad para ejecutar el contrato, presente la oferta de precio más bajo o se considere la más económica o ventajosa y por ello mejor calificada, de acuerdo con criterios objetivos establecidos.

IO-14 NOTIFICACION DE ADJUDICACION DEL CONTRATO

La resolución que emita el órgano responsable de la contratación adjudicando el contrato, será notificada a los oferentes y publicada en el portal de HonduCompras y el Portal de Transparencia,

- a) El nombre de la entidad
- b) Una descripción de las mercancías o servicios incluidos en el contrato
- c) El nombre del Oferente ganador
- d) El valor de la Adjudicación.

Si la adjudicación no se notifica dentro del plazo de la vigencia de las ofertas, el órgano contratante podrá solicitar prórroga, si los proponentes no aceptan podrán retirar sus ofertas sin responsabilidad de su parte.

IO-15 FIRMA DE CONTRATO

Se procederá a la firma del contrato dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la notificación de la adjudicación, mismo que se formalizará mediante suscripción del documento correspondiente, entre la autoridad competente del INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, IHSS y quien ostente la Representación Legal del adjudicatario.

El oferente que resultare adjudicado deberá presentar previo a la firma del contrato en un término de cinco (5) días hábiles, contados a partir del día siguiente de su Notificación; lo anterior en cumplimiento a los Artículos: 36 de la Ley de Contratación del Estado y artículo 30 del Reglamento Ley de Contratación del Estado, los siguientes documentos:

1. Constancia original de la Procuraduría General de la República, de no tener juicios pendientes con el Estado de Honduras.
2. Copia autenticada de la Solvencia Fiscal electrónica vigente del oferente, emitida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR).
3. Constancia original de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE.
4. Constancia original de solvencia emitida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

Si el oferente no acepta la adjudicación, no firma el contrato o no presenta la documentación detallada dentro del plazo establecido, por causas que le fueren imputables a él, perderá todos los derechos adquiridos en la adjudicación y dará lugar a la ejecución de la Garantía de mantenimiento de la oferta. Se procederá a adjudicar el contrato al ofertante que haya presentado la segunda mejor oferta evaluada, la más baja y ventajosa y así sucesivamente.

Nota: La comisión para efectos de la evaluación final y de acuerdo a la naturaleza de la contratación podrá valorar la aceptación de constancias o certificaciones que no sean sustanciales o no subsanables que se presenten en fotocopias sin el certificado de autenticidad o apostillados en los casos que se requiera la emisión de documentos en el extranjero, debiendo los oferentes en caso de ser adjudicado, presentar de manera obligatoria los documentos



SECCIÓN II - CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

El Instituto Hondureño de Seguridad Social, (IHSS); a través de la Dirección Médica Nacional, como área ejecutora del contrato quien tendrá asignado para supervisar dentro de sus competencias, la buena marcha y cumplimiento de las obligaciones contractuales, y entre sus funciones tendrán las siguientes:

- a) Dar seguimiento a los servicios prestados, que sean realizados en tiempo y forma de acuerdo a las especificaciones técnicas ofertadas adjudicadas.
- b) Documentar cualquier incumplimiento del Contratista.

CC-02 PLAZO CONTRACTUAL

El contrato estará vigente por un (1) año desde su suscripción.

CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO

El contrato cesará en sus efectos, por la expiración del plazo contractual o por el incumplimiento del servicio.

CC-04 LUGAR DE ENTREGA DE LOS BIENES

Se requiere que los Bienes sean entregados en el Almacén Central del IHSS.

CC-05 PLAZOS DE ENTREGA DE LOS INSUBIENES

Se realizara máximo dos entregas según los plazos y cantidades siguiente:

Entregas	Porcentaje de entra	Plazo: Día calendarios siguiente a la notificación
Primer Entrega	50%	Dentro de los 45 días calendario siguientes a la notificación
Segunda entrega	50%	Dentro de los 90 días calendario siguientes a la primera entrega

CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN

El contratista deberá regirse según el procedimiento establecido por el IHSS para la entrega de los bienes, para lo cual deberá coordinarse con el Almacén Central, para programar el día y la hora de la entrega de los bienes.

CC-07 GARANTÍAS

Los interesados en participar en una licitación pública deberán garantizar el mantenimiento de precio y las demás condiciones de la oferta mediante el otorgamiento de una garantía equivalente, por lo menos, al dos por ciento (2%) del valor de la oferta. Comunicada que fuere la adjudicación del contrato, dicha garantía será de vuelta a los participantes, con excepción del oferente seleccionado quien previamente deberá suscribir el contrato y rendir la garantía de cumplimiento (Art. 99 LCE).

GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

El particular que contrate con la administración deberá constituir una garantía de cumplimiento de contrato en el plazo que se establezca en el pliego de condiciones, equivalente al quince por ciento (15%) de su valor o demás garantías que determinen los documentos (Art. 100 LCE).

La Garantía de Cumplimiento del contrato deberá ser presentada en original y estará vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la ejecución de la obra o la entrega del suministro. Si por causas imputables al contratista no se constituyere esta garantía en el plazo previsto, la administración declarará resuelto el contrato y procederá a la ejecución de la garantía de la oferta.

Ampliación de la vigencia de garantía de cumplimiento. Si por causas establecidas contractualmente se modifica el plazo de ejecución de un contrato por un término mayor de dos meses, el contratista deberá de ampliar la vigencia de la garantía de cumplimiento de manera que venza tres (3) meses después del nuevo plazo establecido, si así ocurriere, el valor de la ampliación de la garantía se calculara sobre el monto pendiente de ejecución siempre que lo anterior hubiere sido ejecutado satisfactoriamente (Art. 102 LCE). Esta garantía se incrementará en la misma proporción en que el valor del contrato llegase a aumentar.

CC-08 FORMA DE PAGO (MEMO N° 2712-DMN-IHSS-2024)

Forma de pago: se hará conforme a la cantidad de insumos recibidos de parte del proveedor, quien deberá presentar a la gerencia Administrativa y financiera, el acta de recepción por el personal técnico (Almacén Central) y documentación requerida para el pago.

CC-09 MULTAS

Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso en relación con el monto total del saldo del contrato de acuerdo a la tasa fiscal vigente. De conformidad a lo establecido en las Disposiciones Generales de Ingresos y Egresos de la República de Honduras.

Si el contrato sufiere efecto en otro ejercicio fiscal, la multa será aplicable de acuerdo a lo establecido en la forma y el monto establecido en las disposiciones generales de presupuesto vigente al momento de cometer el incumplimiento.

SECCIÓN III - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (Memorando N°2712-DMN-IHSS-2024)

Partida	Descripción	UM	Especificaciones Técnicas	Cantidad
1	AUTORIZACION INTERVENCION QUIRURGICA	BLK	AUTORIZACION PARA INTERVENCION QUIRURGICA Y ANESTESICA 81/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
2	CARNET PERINATAL	UND	CARNET PERINATAL 8 1/2" X 11". IMPRESO EN CARTONCILLO B-12, POR ANVERSO Y REVERSO, A DOS TINTAS NEGRO Y AMARILLO CON DOS SEMIDOBLES EN FORMA HORIZONTAL. PRESENTACION PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FACILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBILE ADHERIDA AL PAQUETE	10,000
3	CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMPORAL	BLK	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16, MARCA DE AGUA EN ORIGINAL Y COPIAS, SOLO POR ELANVERSO Y TRES COPIAS CARBONADAS: ROSADA, AZUL Y VERDE, BLOCK DE 50 JUEGOS FOLIADOS EN LA PARTE SUPERIOR Y MEDIA DEL FORMATO LADO DERECHO, ENUMERADAS. LA COPIA ROSADA POR ANVERSO Y REVERSO, CON PERFORACION A LA ALTURA DE LA LEYENDA" RECORTE AQUÍ" CON RECUADRO RELLENO DE SIGNOS PARA EVITAR LA LECTURA DEL DIAGNÓSTICO. EL PAPEL CARBONADO EN CADA COPIA DEBE TENER UNA LONGITUD DE 6 1/2"	17,000
4	CITA MEDICA	BLK	CITA MÉDICA 5 1/2 X 5, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16 POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	800
5	CONTRDL DE CONSULTAS	BLK	CONTROL DE CONSULTAS, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	100
6	CONTROL DE SUEROS	UND	CONTROL DE SUERO, 2 1/4X3 5/8, IMPRESO EN CARTULINA AMARILLA, B-100, SOLO POR EL ANVERSO.	4,000
7	HOJA DE EVOLUCION	BLK	HOJA DE EVOLUCION, 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, POR ANVERSO Y REVERSO BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	9,500
8	EXPEOIENTE CLÍNICO ASEGURADO DIRECTO	UNO	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA ASEGURADO DIRECTO, 9 X 23, IMPRESO SOLO POR EL ANVERSO EN CARTULINA B-100 COLOR VERDE.	30,000
9	EXPEDIENTE CLINICO FALSO	UND	EXPEDIENTE CLINICO FALSO COLOR ROSADO 7 X 8 1/2 IMPRESO EN CARTULINA COLOR ROSADO B-100; PDR ANVERSO Y REVERSO.	3,000
10	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA BENEFICIARIO	UND	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA BENEFICIARIO, 9 X 23, IMPRESO SOLO POR EL ANVERSO, EN CARTULINA B-100, COLOR ROSADO.	4,500
11	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS INYECTABLES	UND	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS INYECTABLES, 3 1/2 X 2 3/8, IMPRESO EN CARTULINA B-100, COLOR AMARILLO POR ANVERSO Y REVERSO.	44,000
12	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS ORALES	UND	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS ORALES, 3 1/2 X 2 3/8, IMPRESO EN CARTULINA B-100 COLOR ROSADO POR ANVERSO Y REVERSO.	15,600
13	GRAFICO CLINICO	BLK	GRAFICO CLINICO 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
14	PAPEL CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMP INCAP	UND	PAPEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL TAMAÑO LEGAL 8 1/2" X 14" EN PAPEL BOND B24 BLANCO, LOGO DIFUMINADO, IMPRESO A DOS COLORES EN TINTA INVISIBLE MEDIDA DE SEGURIDAD PROPORCIONADA POR EL IHSS, DOBLE ENUMERADO.	10,000
15	HOJA DE CONTROL POST-OPERATORIO	BLK	HOJA DE CONTROL POST-OPERATORIO 8.1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16, POR ANVERSO Y REVERSO, PIE CON CABEZA BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
16	INFORME CITOLOGICO	BLK	INFORME CITOLOGICO 8 1/2" X 7" IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
17	INFORME DE ALTA HOSPITALARIA	BLK	INFORME DE ALTA HOSPITALARIA 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BASE-16, ORIGINAL Y COPIA A COLOR, CARBONADA, BLOCK DE 100 JUEGOS.	100
18	INFORME DE HOSPITALIZACION Y ALTA	BLK	INFORME DE HOSPITALIZACION Y ALTA, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y DOS COPIAS: AZUL Y AMARILLO, BLOCK DE 50 JUEGOS.	1,500
19	INFORME DIARIO DEL MEDICO	BLK	INFORME DIARIO DEL MEDICO, 17X11. IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16 SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	2,000
20	INFORME COMPLEMENTARIOS	BLK	INFORME COMPLEMENTARIOS, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, SOLO POR EL ANVERSO, COLOR BLANCO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	800
21	INGESTAS Y EXCRETAS	BLK	INGESTAS Y EXCRETAS 8 1/2 X 11. IMPRESOS EN PAPEL BOND B-16 SOLO POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	700
22	MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES	BLK	MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES 12 1/2 X 8 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16 SOLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y COPIA COLOR AZUL CELESTE CARBONADA, BLOCK DE 100 JUEGOS.	800
23	ORDEN DE ATENCION AL ESPECIALISTA	BLK	ORDEN DE ATENCION PARA EL ESPECIALISTA 8 1/2" X 6 3/4", IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16 SOLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y DOS COPIAS: VERDE Y AMARILLO, BLOCK DE 50 JUEGOS, ENUMERADAS EN TINTA COLOR ROJA.	2,000
24	ORDEN MEDICA HOSPITALARIA	BLK	ORDEN MEDICA HOSPITALARIA, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL QUIMICO, SOLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y DOS COPIAS: VERDE Y AMARILLO, BLOCK DE 50 JUEGOS, ENUMERADAS EN TINTA COLOR ROJA.	5,000
25	PARTOGRAMA IHSS	BLK	PARTOGRAMA IHSS 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16 SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS.	700
26	PRIMOATENCION AMBULATORIA DEL ADULTO	UNO	PRIMO ATENCION AMBULATORIA DEL ADULTO SUBSIGUIENTE, 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, PIE CON CABEZA, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	500
27	RECETA MEDICA BLANCA	BLK	RECETA MEDICA BLANCA, 6 1/2 X 4 1/4, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, ENUMERADAS, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, CADA UNO CON TALON PARA AREA ENGOMADA Y PERFORACION HORIZONTAL EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMATO, CON DOBLE ENUMERACION EN TINTA COLOR ROJO, EL EMBRETE DEL IHSS DE FONDO EN EL CUERPO DE LA RECETA, INSERTAR EL NUMERO DE CODIGO EN LA PARTE INFERIOR DERECHA, LETRAS, LINEAS Y LOGOTIPO EN TINTA COLOR VERDE.	36,000
28	RECETA MEDICA ROSADA	BLK	RECETA MEDICA ROSADA 6 1/2 X 4 1/4, IMPRESA EN PAPEL BOND B-16 COLOR ROSADO, SOLO POR EL ANVERSO, ENUMERADAS, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES CADA UNO CON TALON PARA AREA ENGOMADA Y PERFORACION HORIZONTAL EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMATO, CON DOBLE ENUMERACION EN TINTA COLOR NEGRO, EL EMBRETE DEL IHSS DE FONDO EN EL CUERPO DE LA RECETA, INSERTAR EL NUMERO DE CODIGO EN LA PARTE INFERIOR DERECHA, LETRA, LINEAS Y LOGOTIPO COLOR	3,030



Descripción	UM	Especificaciones Técnicas	Cantidad
REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	BLK	REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL PACIENTE, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, PIE CON CABEZA, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	1,000
REGISTRO DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS	BLK	REGISTRO DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BASE-16, POR ANVERSO Y REVERSO BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	300
REMISION AL ESPECIALISTA	BLK	REMISION AL ESPECIALISTA, 8 1/2 X 3 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16 COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS.	2,000
SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA	BLK	SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA, 8 1/2" X 5 1/2" IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	149
SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA	BLK	SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA 8 1/2" X 11". IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16 SÓLO POR EL ANVERSO; BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES	500
SOLICITUD DE MAMOGRAFIA RADIOLOGIA	BLK	SOLICITUD DE MAMOGRAFIA (RADIOLOGIA E IMAGEN) 8 1/2 X 11 BLK 100 JUEGOS	100
SOLICITUD DE OPERACION	BLK	SOLICITUD DE OPERACION 8 1/2 X 5 1/2 IMPRESA EN PAPEL BOND BLANCO BASE- 16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	500
SOLICITUD DE TRANSFUSION	BLK	SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN, 8 1/2 X 5 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND ROSADO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	1,400
SOLICITUD ULTRASONIDO	BLK	SOLICITUD ULTRASONIDO, DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN 8 1/2" X 11" IMPRESO EN PAPEL BOND BASE-16, COLOR BLANCO, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	1,500
SOLICITUD E INFORME DE USG OBSTETRICO	BLK	SOLICITUD E INFORME DE ULTRASONIDO OBSTETRICO 8 1/2" X 11". IMPRESO EN PAPEL BONO BLANCO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, ORIGINAL Y COPIA COLOR VERDE, BLOCK DE 100 JUEGOS.	700
TARJETA CLINICA OFTALMOLOGICA	UND	TARJETA CLINICA OFTALMOLOGICA, 5 1/2 X 3 1/2, IMPRESO EN CARTULINA LISA COLOR BLANCO B-100, SOLO POR EL ANVERSO.	800
BOLSA PARA EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS	UND	BOLSAS PARA DESPACHO DE MEDICAMENTOS 4 1/2" X 6". IMPRESAS EN PAPEL BOND BLANCO B-16, CON IMPRESION POR EL ANVERSO.	4,000,000
CAMBIO DE TURNO Y PERMISO	BLK	CAMBIO DE TURNO Y PERMISO, 8 1/2 X 5 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	3,000
INFORME DIARIO MENSUAL INSTRUMENTO CS-1	UND	INFORME DIARIO MENSUAL DE CONSEJERIA INSTRUMENTO CS-1 13 X 8 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16 POR ANVERSO Y REVERSO BLOCK DE 200 HOJAS	30
SOBRE PARA ARCHIVAR PELICULAS RAYOS X	UND	SOBRES MANILA MEMBRETADOS PARA ARCHIVAR PELÍCULAS DE RAYOS X 19" X 15", TAMAÑO DE LA ALETA 2 1/8" ABRIR POR LA PARTE IZQUIERDA.IMPRESAS EN PAPEL MANILA.	82,300
SOLICITUD DE EXAMEN LABORATORIO 8 1/2X13	BLK	SOLICITUD EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, 8 1/2 X 13, IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	9,000
TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO	UND	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO 16 1/4" X 8 1/2". IMPRESO EN CARTONCILLO CALIBRE 0.012 SATINADO A UNA CARA, CON DOBLES EN FORMA VERTICAL, A DOS COLORES AZUL Y NEGRO POR ANVERSO Y REVERSO.	2,000
TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA	UND	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA 16 1/4" X 8 1/2". IMPRESO EN CARTONCILLO CALIBRE 0.012 SATINADO A UNA CARA, CON DOBLES EN FORMA VERTICAL, A DOS COLORES ROSADO Y NEGRO POR ANVERSO Y REVERSO.	3,000
SOLICITUD DE RADIOLOGIA	BLK	SOLICITUD DE RADIOLOGIA (DEPTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN) 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, BLK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	4,900
LISTADO DE MUJERES EMBARAZADAS (LISEM)	BLK	LISTADO DE MUJERES EMBARAZADAS (LISEM), TAMAÑO 16"X30". IMPRESO EN PAPEL BOND B- 20 COLOR BLANCO, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 50 HOJAS. ADEMÁS DEL LOGO DE LA INSTITUCIÓN AGREGAR EL LOGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD	10
LISTADO MUJERES EN EDAD FÉRTIL (LISMEF)	BLK	LISTADO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (LISMEF), TAMAÑO 16"X30". IMPRESO EN PAPEL BOND B- 20 COLOR BLANCO, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 50 HOJAS. ADEMÁS DEL LOGO DE LA INSTITUCIÓN AGREGAR EL LOGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.	10
LISTADO VIGILANCIA VACUNACIÓN VPH Y TD	BLK	LISTADO DE VIGILANCIA DE VACUNACIÓN CON VPH Y TD ADOLESCENTES MUJERES, TAMAÑO 14"X27". IMPRESO EN PAPEL BOND B- 20 COLOR BLANCO, SÓLO POR EL ANVERSO, BLK DE 50 HOJAS. ADEMÁS DEL LOGO DE LA INSTITUCIÓN AGREGAR EL LOGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.	5
FICHA FARMACOTERAPEUTICA 8 1/2 X 11 PULG	BLK	FICHA FARMACOTERAPEUTICA DE 8 1/2 X 11 PULGADAS IMPRESA EN PAPEL BOND BASE 16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES	30
REGISTRO DIARIO PRUEBAS VIH	UND	REGISTRO DIARIO PRUEBAS, DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, LA PORTADA A FULL COLOR DEBE TENER UN GRAMAJE DE 250 a 350 GRAMOS, CON MEDIDA: 8,5 x 14, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACIÓN: REGISTROS FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	150
INFORME MENSUAL PRUEBAS RAPIOSAS EN VIH	BLK	INFORME MENSUAL PRUEBAS RAPIDAS EN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CON MEDIDA: 8,5 x 13, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO INCLUYE TEXTO EN COLOR ROJO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	90
FORMULARIO NOT.ASIST.CONTACTO PERSO. VIH	BLK	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ASISTIDA A CONTACTOS A PERSONAS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CON MEDIDA: 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, SOLO POR ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	60
FICHA DE NOTIFICACION VIH	BLK	FICHA DE NOTIFICACIÓN DE LA DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CON MEDIDA: 8,5 x 14, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	24
BOLETA DE SOL. DE EXAMEN Y RESULTADO VIH	BLK	BOLETA DE SOLICITUD DE EXAMEN Y RESULTADO DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CON MEDIDA: 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, SOLO ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES	785

HONDURAS

Partida	Descripción	UM	Especificaciones Técnicas	Cantidad
			FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	
57	PLAN DE CUIDADOS AL PX ONCOLÓGICO	UND	LIBRETA DE REGISTRO PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, CON MEDIDA 4 1/2 X 7 1/2, PORTADA PLASTIFICADA, UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA TEXTO NEGRO Y A COLOR, EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, CUENTA CON 16 PAGINAS PRESENTACIÓN: REGISTROS FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	1000

La adquisición de los suministros deberá sujetarse a las siguientes condiciones:

1. El contrato estará vigente por un (1) año contado a partir de su suscripción.
2. Los bienes objeto de este proceso deberán ser entregados en el Almacén Central del IHSS, de la siguiente manera:
 - 2.1. Primera entrega: 50% del total de cada partida dentro de los 45 días calendario siguientes a la notificación de adjudicación.
 - 2.2. Segunda entrega: 50% del total de cada partida dentro de los 90 días calendario siguientes a la primera entrega, para ser distribuida a todas las unidades dependientes del Instituto.
 - 2.3. Los paquetes deberán entregarse con recubrimiento que proteja la papelería de daños en el transporte y estibo, con una muestra visible del documento que contiene el paquete. En caso que la papelería presente defectos, el IHSS rechazará la entrega y el proveedor deberá reponer la totalidad del producto dentro de los quince (15) días hábiles siguientes.
3. La forma de pago se hará conforme a la cantidad de insumos recibidos de parte del proveedor, quien deberá presentar a la Gerencia Administrativa y Financiera, el acta de recepción por el personal técnico (Almacén Central) y la documentación administrativa requerida para el pago.
4. **Código SAP:** Toda la papelería objeto de este proceso, deberá incluir en la esquina inferior derecha, un "Código SAP" tal y como se muestra en el acápite de "Referencias" de este documento y, en caso que el interesado requiera mayor detalle, podrá avocarse a la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras del IHSS a consultar los formatos impresos.
5. **Muestras:** Los oferentes deberán presentar con su oferta, una muestra de la papelería ofertada que deberá apegarse a las especificaciones técnicas requeridas en este documento y deberá llevar una marca de agua con las siglas "IHSS" al centro de la muestra, suficientemente visible para poder identificar que se trata de una muestra. En el caso que la muestra entregada no coincida con las especificaciones requeridas, se notificará al oferente para que, dentro del plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la notificación, proceda a presentar nuevamente la muestra corregida, caso contrario, la oferta no será considerada.
6. El ofertante deberá entregar en una USB, las artes gráficas en formato AI (Adobe Illustrator) de las formas del dibujo y la creación de base.
7. En cuanto a las partidas que requieren numeración correlativa, los oferentes adjudicados, una vez notificados de dicha condición, deberán acudir presencialmente a las oficinas de la Dirección Médica Nacional del IHSS, a fin de que les sea entregado, en sobre sellado, la codificación correspondiente. El retraso del proveedor no será justificación para el incumplimiento de los plazos de entrega.

Nota: Todo lo concerniente a las especificaciones técnicas, montos, plazos, lugar y requisitos es a petición de Dirección Médica, solicitud enviada para inicio de proceso a Gerencia Administrativa es responsabilidad del área requirente. Como requisito previo Artículo 23 de la Ley de contratación del estado.

SECCION IV – FORMULARIOS Y FORMATOS

ÍNDICE DE FORMULARIOS Y FORMATOS

Formulario de Lista de Precios
Formulario de Información sobre el Oferente
Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio
Formulario de Presentación de la Oferta
Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad
Formulario de Declaración Jurada sobre la Ley Especial Contra el Lavado de Activos
Formulario de Declaración Jurada de Integridad
Formato de Garantía de Mantenimiento de la oferta
Formato de Garantía de Cumplimiento
Condiciones Generales del Contrato
Condiciones Especiales del Contrato
Formato de contrato
Declaración Jurada
Aviso de licitación



LISTA DE PRECIOS

NOTA: CADA OFERENTE DEBERA PRESENTAR SU OFERTA ECONOMICA EN FORMATO EN EXCEL EN UN DISPOSITIVO ELECTRONICO.

Partida	Descripción	UM	Cantidad	Costo unitario	Total
1	AUTORIZACION INTERVENCION QUIRURGICA	BLK	200	L.	L.
2	CARNET PERINATAL	UND	10,000	L.	L.
3	CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMPORAL	BLK	17000	L.	L.
4	CITA MEDICA	BLK	800	L.	L.
5	CONTROL DE CONSULTAS	BLK	100	L.	L.
6	CDNTRÓL DE SUEROS	UND	4,000	L.	L.
7	HOJA DE EVOLUCION	BLK	9,500	L.	L.
8	EXPEDIENTE CLÍNICO ASEGURADO DIRECTO	UND	30000	L.	L.
9	EXPEDIENTE CLÍNICO FALSO	UND	3,000	L.	L.
10	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA BENEFICIARIO	UND	4500	L.	L.
11	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS INYECTABLES	UND	44000	L.	L.
12	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS DRALES	UND	15,600	L.	L.
13	GRAFICO CLINICO	BLK	200	L.	L.
14	PAPEL CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMP INCAP	UND	10,000	L.	L.
15	HOJA DE CDNTRDL POST-OPERATORIO	BLK	200	L.	L.
16	INFORME CITOLOGICO	BLK	200	L.	L.
17	INFORME DE ALTA HOSPITALARIA	BLK	100	L.	L.
18	INFORME DE HOSPITALIZACION Y ALTA	BLK	1,500	L.	L.
19	INFORME DIARIO DEL MEDICO	BLK	2,000	L.	L.
20	INFORME COMPLEMENTARIOS	BLK	800	L.	L.
21	INGESTAS Y EXCRETAS	BLK	700	L.	L.
22	MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES	BLK	800	L.	L.
23	ORDEN DE ATENCION AL ESPECIALISTA	BLK	2,000	L.	L.
24	ORDEN MEDICA HOSPITALARIA	BLK	5,000	L.	L.
25	PARTOGRAMA IHSS	BLK	700	L.	L.
26	PRIMOATENCION AMBULATORIA DEL ADULTO	UND	500	L.	L.
27	RECETA MEDICA BLANCA	BLK	36000	L.	L.
28	RECETA MEDICA ROSADA	BLK	3030	L.	L.
29	REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	BLK	1,000	L.	L.
30	REGISTRO DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS	BLK	300	L.	L.
31	REMISION AL ESPECIALISTA	BLK	2,000	L.	L.
32	SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA	BLK	149	L.	L.
33	SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA	BLK	500	L.	L.
34	SOLICITUD DE MAMOGRAFIA RADIOLGIA	BLK	100	L.	L.
35	SOLICITUD DE OPERACION	BLK	500	L.	L.
36	SOLICITUD DE TRANSFUSION	BLK	1,400	L.	L.
37	SOLICITUD ULTRASONIDO	BLK	1,500	L.	L.
38	SOLICITUD E INFORME DE USG OBSTETRICO	BLK	700	L.	L.
39	TARJETA CLINICA OFTALMOLOGICA	UND	800	L.	L.
40	BOLSA PARA EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS	UND	4,000,000	L.	L.
41	CAMBIO DE TURNO Y PERMISO	BLK	3,000	L.	L.
42	INFORME DIARIO MENSUAL INSTRUMENTO CS-1	UND	30	L.	L.
43	SOBRE PARA ARCHIVAR PELICULAS RAYOS X	UND	82,300	L.	L.
44	SOLICITUD DE EXAMEN LABORATORIO 8 1/2X13	BLK	9,000	L.	L.
45	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO	UND	2000	L.	L.
46	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA	UND	3000	L.	L.
47	SOLICITUD DE RADIOLOGÍA	BLK	4900	L.	L.
48	LISTADO DE MUJERES EMBARAZADAS (LISEM)	BLK	10	L.	L.
49	LISTADO MUJERES EN EDAD FÉRTIL (LISMEF)	BLK	10	L.	L.
50	LISTADO VIGILANCIA VACUNACIÓN VPH Y TD	BLK	5	L.	L.
51	FICHA FARMACOTERAPEUTICA 8 1/2 X 11 PULG	BLK	30	L.	L.
52	REGISTRO DIARIO PRUEBAS VIH	UND	150	L.	L.
53	INFORME MENSUAL PRUEBAS RAPIDAS EN VIH	BLK	90	L.	L.
54	FORMULARIO NOT.ASIST.CONTACTO PERSO. VIH	BLK	60	L.	L.
55	FICHA DE NOTIFICACION VIH	BLK	24	L.	L.
56	BOLETA DE SOL. DE EXAMEN Y RESULTADO VIH	BLK	785	L.	L.
57	PLAN DE CUIDADOS AL PX ONCOLÓGICO	UND	1000	L.	L.
MONTO TOTAL DE LA OFERTA					L.

Los precios deberán presentarse en Lempiras y únicamente con dos decimales.

El valor total de la oferta no deberá comprender los impuestos sobre ventas, en los que aplique, ya que el IHSS está exento de ellos

Nombre del Oferente [indicar el nombre completo del Oferente] Firma del Oferente [firma de la persona que firma la Oferta] Fecha [Indicar Fecha], en cada una de las páginas.

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

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*
LPN No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

<p>1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i></p>
<p>2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: <i>[indicar el nombre jurídicode cada miembro del Consorcio]</i></p>
<p>3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intentaconstituirse o incorporarse <i>[indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o país donde intenta constituirse o incorporarse]</i></p>
<p>4. Año de constitución o incorporación del Oferente: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]</i></p>
<p>5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: <i>[indicar laDirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]</i></p>
<p>6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]</i></p>
<p>7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: <i>[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]</i></p> <p><input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09.</p> <p><input type="checkbox"/> Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio deConsorcio, de conformidad con la cláusula 5.1 de la IO-05.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>

Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio (Cuando Aplique)

[El Oferente y cada uno de sus miembros deberán 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]*

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: <i>[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]</i>
<input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09.
<input type="checkbox"/> 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.

*El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. HONDURAS
 permitirán alteraciones a este formulario ni se aceptarán substituciones.]*

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]* LPN No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]* Llamado a Licitación No.: *[indicar el No. del Llamado]*
 Alternativa No. *[indicar el número de identificación si esta es una oferta alternativa]*

A: *[nombre completo y dirección del Comprador]*

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- (a) Hemos examinado y no hallamos objeción alguna a los documentos de licitación, incluso sus Enmiendas Nos. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];*
- (b) Ofrecemos proveer los siguientes Bienes y Servicios de conformidad con los Documentos de Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Requerimientos: *[indicar una descripción breve de los bienes y servicios];*
- (c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras, indicando las diferentes cifras en las monedas respectivas];*

pda	CONCEPTO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1					
2					
				OFERTA TOTAL	

Los precios deberán presentarse en lempiras y únicamente con dos decimales. El valor de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes

Descuentos. Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables: *[detallar cada descuento ofrecido y el artículo específico en la Lista de Bienes al que aplica el descuento].*

Metodología y Aplicación de los Descuentos. Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *[Detallar la metodología que se aplicará a los descuentos];*

- (d) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la cláusula IO-06, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con la cláusula IO-05. Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la



expiración de dicho período;

- (e) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la Cláusula CC-07 de las condiciones de contratación;
- (f) La nacionalidad del oferente es: [indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es un Consorcio]
- (g) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta licitación o ejecución del Contrato: [indicar el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación y la cantidad y moneda de cada dicha comisión o gratificación

(Si no han sido pagadas o no serán pagadas, indicar "ninguna".)

- (h) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el Contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.

Nombre del Receptor	Dirección	Concepto	Monto

- (i) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja ni ninguna otra oferta que reciban.

Firma: [indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican] En calidad de [Indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]

Nombre: [indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [indicar el nombre completo del Oferente]

El día _____ del mes _____ del año _____

[indicar la fecha de

LA FIRMA

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
Consortio indicar el nombre de las empresas que lo integran), por la presente HAGO

DECLARACION JURADA: Que ni mi persona ni mi representada se encuentran comprendido en
ninguna de la prohibiciones o inhabilidades a que se refiere los **ARTÍCULO 15.-Aptitud Para**

Contratar e Inhabilidades. Podrán contratar con la Administración, las personas naturales o
jurídicas, hondureñas o extranjeras, que teniendo plena capacidad de ejercicio, acrediten su

solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica y profesional y no se hallen comprendidas
en algunas de las circunstancias siguientes: 1) Haber sido condenados mediante sentencia firme

por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe pública, cohecho, enriquecimiento ilícito,
negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas, malversación de caudales

públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición
también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores

o representantes se encuentran en situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de
las mismas; 2) Haber sido objeto de sanción administrativa firme en dos o más expedientes por

infracciones tributarias durante los últimos cinco (5) años. En este caso, la prohibición de contratar
subsistirá mientras no se cumpla con la sanción impuesta de conformidad con el Código Tributario;

República de Honduras – Gaceta No. 29,583 (17/Sept./2001) Registro Bibliográfico (JLMM) 10
3) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;

4) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o
de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos

públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la República; 5) Haber
dado lugar, por causa de la que hubiere sido declarado culpable, a la resolución firme de cualquier

contrato celebrado con la Administración o a la suspensión temporal en el Registro de Proveedores
y Contratistas en tanto dure la sanción. En el primer caso, la prohibición de contratar tendrá una

duración de dos (2) años , excepto en aquellos casos en que haya sido objeto de resolución en sus
contratos en dos ocasiones, en cuyo caso la prohibición de contratar será definitiva; 6) Ser cónyuge,

persona vinculada por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o
segundo de afinidad de cualquiera de los funcionarios o empleados bajo cuya responsabilidad esté

la precalificación de las empresas, la evaluación de las propuestas, la adjudicación o la firma del
contrato; 7) Tratarse de sociedades mercantiles en cuyo capital social participen funcionarios o

empleados públicos que tuvieran influencia por razón de sus cargos o participaren directa o
indirectamente en cualquier etapa de los procedimientos de selección de contratistas. Esta

prohibición se aplica también a las compañías que cuenten con socios que sean cónyuges, personas
vinculadas por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo

de afinidad de los funcionarios o empleados a que se refiere el numeral anterior, o aquellas en las
que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de

afinidad o de parentesco; y, 8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa

de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción.

ARTICULO 16.-Funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la República y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de Estado, los Directores Generales o Funcionarios de igual rango de las Secretarías de Estado, los Diputados al Congreso Nacional, los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, los miembros del Tribunal Nacional de Elecciones, el Procurador y Subprocurador General de la República, el Contralor y Subcontralor General de la República, el Director y Subdirector General Probidad Administrativa, el Comisionado Nacional de Protección de los Derechos Humanos, el Fiscal General de la República y el Fiscal Adjunto, los mandos superiores de las Fuerzas Armadas, los Gerentes y Subgerentes o funcionarios de similares rangos de las instituciones descentralizadas del Estado, los Alcaldes y Regidores Municipales en el ámbito de la contratación de cada Municipalidad y los demás funcionarios o empleados públicos que por razón de sus cargos intervienen directa o indirectamente en los procedimientos de contratación.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de _____,

Municipiode _____, Departamento de _____, a los ____ días del mes _____ 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 Declaración Jurada sobre La Ley Especial Contra el Lavado de Activos

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte N°. _____ 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 mi representada y yo, no nos encontramos comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos 36 y 37 de la Ley Especial Contra el Delito de Lavado de Activos, que a continuación se transcriben:

ARTÍCULO 36.- DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS. Incurrir en el delito de lavado de activos y debe ser sancionado con pena de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien por sí o por interpósita persona: Adquiera, invierta, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, convierta, conserve, traslade, oculte, encubra, de apariencia de legalidad, legalice o impida la determinación del origen o la verdadera naturaleza, así como la ubicación, el destino, el movimiento o la propiedad de activos productos directos o indirectos de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la administración del Estado a empresas privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia.

No obstante, la Pena debe ser de:

1) Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado sea igual o menor al valor equivalente a sesenta (70) salarios mínimos más altos en la zona; 2) Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión si el valor de los activos objeto del lavado supera un valor equivalente a los setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y, 3) Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión si el valor de los activos objeto de lavado, supere un valor equivalente a ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona.

A los promotores, jefes dirigentes o cabecillas y beneficiarios directos o indirectos de las actividades de lavado de activos, se les debe imponer la pena que le correspondiere en el presente Artículo, incrementada en un tercio (1/3) de la pena.

ARTÍCULO 37.- TESTAFERRATO. Debe ser sancionado de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien preste su nombre en actos o contratos reales o simulados, de carácter civil o mercantil, que se refieran a la adquisición, transferencias o administración de bienes que: procedan directa o indirectamente de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la Administración del Estado, privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio



ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

La pena del delito de Testa ferrato debe ser de:

1. Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado sea igual o menor al valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos más altos de la zona;
2. Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado supere un valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y,
3. Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado supere un valor equivalente de los ciento (120) salarios mínimos más altos de la zona.

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

FIRMA(S) AUTORIZADA(S)

NOMBRE REPRESENTANTE DEL LEGAL

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

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 DECLARACION 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 COERCION: 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 COLUSION: 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 OBSTRUCCION: 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, coheorsiva 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 bajo 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 concursos.

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 encuentren 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 hayao 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 ciudad _____ municipio de _____, Departamento de _____ a 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).

Nombre del Oferente [indicar el nombre completo del Oferente] Firma del Oferente [firma de la persona que firma la Oferta] Fecha [Indicar Fecha]

Formulario de garantía mantenimiento de oferta

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N° _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza/ Garantía a favor de _____, para garantizar
que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la **OFERTA**,
presentada en la licitación

Para la prestación del Servicio“ _____.

SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA: _____

VIGENCIA De: _____ Hasta: _____

BENEFICIARIO: _____

Todas las garantías deberán incluir **textualmente** la siguiente cláusula obligatoria.

“LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.”

Las garantías o fianzas emitidas a favor del BENEFICIARIO serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.

 Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:



1. Retira su oferta durante el período de validez de la misma.
2. No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.
3. Si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el período de validez de la misma, no firma o rehúsa firmar el Contrato, o se rehúsa a presentar la Garantía de Cumplimiento.
4. Cualquier otra condición estipulada en el pliego de condiciones.

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

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA

FORMATO [GARANTIA/FIANZA] DE CUMPLIMIENTO

[NOMBRE DE ASEGURADORA/BANCO]

[GARANTIA / FIANZA]

DE CUMPLIMIENTO N°: _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

[Garantía/Fianza] a favor de [indicar el nombre de la institución a favor de la cual se extiende la garantía], para garantizar que el [Afianzado/Garantizado], 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 Proyecto: “[indicar el nombre de la licitación]” ubicado en [indicar la ubicación].

SUMA

AFIANZADA/ GARANTIZADA: _____

VIGENCIA

De: _____

Hasta: _____

BENEFICIARIO: _____

Todas las garantías deberán incluir **textualmente** la siguiente cláusula obligatoria.

“LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.”

Las garantías o fianzas emitidas a favor del BENEFICIARIO serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.

Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:



1. Retira su oferta durante el período de validez de la misma.
2. No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.
3. Si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el período de validez de la misma, no firma o rehúsa firmar el Contrato, o se rehúsa a presentar la Garantía de Cumplimiento.
4. Cualquier otra condición estipulada en el pliego de condiciones.

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

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA

CONTRATO N°XX-2024**“IHSS-DMN-ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”**

Nosotros XXXX, mayor de edad, XXXXX, con Documento Nacional de Identificación (DNI) N°XXX y de este domicilio, actuando en mi condición de director ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), entidad con Personería Jurídica creada mediante Decreto Legislativo N°140 de fecha 19 de mayo de 1959, publicado en La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras, con fecha 3 de julio de 1959 y nombrado mediante ACUERDO N.STSS-003-2024 de fecha 05 de enero del XXX, Resolución IHSS N°. IV-0xx-202X de fecha x de xx de XX, de la Junta Directiva del IHSS, conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo N.xx-xx de fecha xx de febrero de xx; publicado el xx de xx de 2024 en la Gaceta, Diario Oficial de la República, con Oficinas Administrativas en el Barrio Abajo de Tegucigalpa, con R.T.N. N°08019003249605, quien para los efectos de este Contrato se denominará “EL INSTITUTO” y por otra parte xxxxx hondureño, mayor de edad, _____, _____ y de este domicilio con dirección en xxxxx, con número de celular _____, y correo electrónico, xxxxxxx actuando en su calidad de Representante Legal de la SOCIEDAD _____, según consta en poder de administración otorgado a su favor mediante Instrumento Público número _____ del _____ de _____ de _____, ante los oficios del notario _____; inscrito bajo el tomo _____, numero _____ del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil de _____; RTN No _____ en adelante denominado “EL CONTRATISTA”, hemos convenido en celebrar, el presente CONTRATO, para la prestación de “ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PAARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)” Y LA SOCIEDAD. el cual se registrá de acuerdo a las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO;** manifiesta “EL INSTITUTO” que la Junta Directiva, mediante Resolución N° _____ del _____ de _____ de _____, el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) _____ aceptó la recomendación de la comisión evaluadora derivado de la Licitación Pública Nacional N°014-2024 para la adjudicación de lo siguiente: (describir los servicios) _____.

SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO; Forma de pago: se hará conforme a la cantidad de insumos recibidos de parte del proveedor, quien deberá presentar a la gerencia Administrativa y financiera, el acta de recepción por el personal técnico (Almacén Central) y documentación requerida para el pago “EL CONTRATISTA”, identificados en la cláusula anterior, asciende a la suma estimada de xxxxxxxx LEMPIRAS EXACTOS (L _____), Se debe incluir el servicio realizado con precio semestral. El valor del contrato será pagado en Lempiras, con recursos propios disponibles en el Reglón xxxx del presupuesto del “INSTITUTO” para el año fiscal 2024. Se harán pagos mensuales en moneda nacional (Lempiras). El proveedor requerirá el pago al “INSTITUTO” y adjuntará Detalle de los documentos que deben ser proporcionados por el Proveedor son: COPIA DE ORDEN DE COMPRA EXENTA (CUANDO APLIQUE), ORIGINAL DE LA ORDEN DE COMPRA SAP (CUANDO APLIQUE), FACTURA Y RECIBO (ORIGINAL), HOJA DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS E INFORME DEBIDAMENTE FIRMADO Y SELLADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO (ORIGINAL), COPIA DE CONSTANCIA DE ESTAR SUJETO AL REGIMEN DE PAGOS A CUENTA VIGENTE, COPIA DE CONSTANCIA DE SOLVENCIA FISCAL VIGENTE, Y COPIA DE LA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO. Si el Comprador no recibe dichos documentos en la oportunidad indicada, todos los gastos consecuentes correrán por cuenta del Proveedor.: **TERCERA: PRECIO A QUE SE**

SUJETA EL CONTRATO; el precio o valor del contrato incluido en la Cláusula Segunda ~~permanecerá~~ ^{será} fijo durante el período de validez del contrato y no será sujeto a variación alguna, solo en aquellos casos en que favorezcan al "INSTITUTO". **CUARTA: PAGO DE IMPUESTOS Y OTROS DERECHOS;** todos los pagos que sea necesario efectuar en conceptos de impuestos y derechos o cualquier otro tipo de impuestos o gravamen de los servicios contratados, correrán a cuenta de "EL CONTRATISTA" sin ninguna responsabilidad pecuniaria para el "INSTITUTO". **QUINTA: PRESTACION DEL SERVICIO;** EL CONTRATISTA realizará la prestación del servicio de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas en el documento base de Licitación, que será supervisado por personal del IHSS.- **SEXTA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO;** Diez días hábiles después de la notificación del aviso de adjudicado, con el objeto de asegurar al "EL INSTITUTO", el cumplimiento de todos los plazos, condiciones y obligaciones de cualquier tipo, especificadas de este contrato, "EL CONTRATISTA" constituirá a favor de "EL INSTITUTO", una Garantía de Cumplimiento equivalente al quince por ciento (15%) del valor total de este contrato, vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la prestación de los servicios. La no presentación de la garantía solicitada en esta cláusula dará lugar a la resolución del contrato sin derivar responsabilidad alguna para "EL INSTITUTO". La garantía de cumplimiento será devuelta por "EL INSTITUTO", a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguiente a la fecha en que "EL CONTRATISTA" haya cumplido con todas sus obligaciones contractuales. - **SEPTIMA: CLAUSULA OBLIGATORIA DE LAS GARANTIAS;** todos los documentos de garantía deberán contener la siguiente cláusula obligatoria: "LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN." A las garantías no deberán adicionarles cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria. **OCTAVA: ERRORES Y OMISIONES EN LA OFERTA O EN LOS BIENES OBJETOS DE ESTE CONTRATO;** los errores contenidos en la oferta y otros documentos presentados por "EL CONTRATISTA" y que se incorporen al contrato, correrán por cuenta y riesgo de este, independientemente de cualquiera de las garantías mencionadas en este contrato y sin perjuicio de cualquier otro derecho que "EL INSTITUTO", pueda tener o usar para remediar la falta; **NOVENA: CESION DEL CONTRATO O SUB-CONTRATACION;** Los derechos derivados de este contrato no podrán ser cedidos a terceros. **DECIMA: CLAUSULA DE SANCION POR INCUMPLIMIENTO;** Cuando el contratista incurriere en mora en el incumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso, de conformidad lo establecido en las vigentes Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República. **DECIMO PRIMERA: RELACIONES LABORALES;** "EL CONTRATISTA" asume en forma directa y exclusiva, en su condición de patrono, todas las obligaciones laborales y de seguridad social con el personal que asigne a las labores en la prestación de los servicios y cualquier otro personal relacionado con el cumplimiento del presente contrato, relevando completamente a "EL INSTITUTO" de toda responsabilidad al respecto, incluso en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional. **DECIMO SEGUNDA: MODIFICACIÓN;** el presente Contrato podrá ser modificado dentro de los límites previstos en los Artículos 121, 122 y



123 de la Ley de Contratación del Estado, mediante la suscripción de un adendum en las mismas condiciones que el presente contrato. **DECIMO TERCERA: CAUSAS DE RESOLUCION DEL CONTRATO;** el grave o reiterado incumplimiento de las cláusulas convenidas, la falta de constitución de la garantía de cumplimiento del contrato o de las demás garantías a cargo del contratista dentro de los plazos correspondientes, la disolución de la sociedad mercantil contratista, la declaración de quiebra o de suspensión de pagos del contratista, o su comprobada incapacidad financiera, los motivos de interés público o las circunstancias imprevistas calificadas como caso fortuito o fuerza mayor, sobrevinientes a la celebración del contrato, que imposibiliten o agraven desproporcionadamente su ejecución, el incumplimiento de las obligaciones de pago más allá del plazo de cuatro (4) meses, el mutuo acuerdo de las partes, igual sucederá en caso de recorte presupuestarios de fondos nacionales que se efectúe por razón de la situación económica y financiera del país, lo anterior en cumplimiento del Artículo 104 del Decreto N° 62-2023 que contiene el Presupuesto de Ingresos de La Administración Pública para el año 2024, publicado el 18 de enero de 2024, en la Gaceta Diario Oficial de la República. **DECIMO CUARTA: FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO;** Para los efectos del presente contrato se considera como caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificados a juicio de "EL INSTITUTO", entre otras: catástrofes provocadas por fenómenos naturales, accidentales, huelgas, guerras, revoluciones, motines, desorden social, naufragio o incendio. **DECIMO QUINTA: VIGENCIA DEL CONTRATO;** El contrato estará vigente por un (1) año a partir de su firma y activación de los servicios y suscripciones. **DECIMO SEXTA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DE ESTE CONTRATO;** forman parte de este CONTRATO: Los documentos de licitación constituidos por el aviso de licitación, las bases de la Licitación Pública Nacional 014-2024 incluyendo las aclaraciones a la mismas emitidas por "EL INSTITUTO" o remitidas por "EL CONTRATISTA", la oferta técnica revisada, la oferta económica, así como cualquier otro documento que se anexe a este contrato por mutuo acuerdo de las partes. **DECIMO SEPTIMA: NORMAS SUPLETORIAS APLICABLES;** en lo no previsto en el presente contrato, serán aplicables las normas contenidas en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento, la Ley General de la Administración Pública, la Ley de Procedimiento Administrativo, la Ley del Derecho de Autor y de los Derechos Conexos, la Ley Orgánica de Presupuesto y el Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República vigentes y su Reglamento, demás leyes vigentes en Honduras que guardan relación con los procesos de contratación del Estado. Asimismo, en cumplimiento del Decreto N° xxxxxxxx que contiene las Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República vigente y de las Instituciones Descentralizadas, para el año, xxxx se transcribe el Artículo xxxxx del mismo que textualmente indica: "En todo contrato financiado con fondos externos, la suspensión o cancelación del préstamo o donación puede dar lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que el pago. Correspondiente a las obras o servicios ya ejecutados a la fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato. Igual sucederá en caso de recorte presupuestario de fondos nacionales que se efectúe por razón de la situación económica y financiera del país, la estimación de la percepción de ingresos menor a los gastos proyectados y en caso de necesidades imprevistas o de emergencia. Lo dispuesto en este Artículo debe estipularse obligatoriamente en todos los contratos que se celebren en el sector público. En cumplimiento del numeral Primero del Acuerdo SE-037-2013 publicado el 23 de agosto de 2013, en el Diario Oficial La Gaceta, se establece **DECIMO OCTAVA: "CLAUSULA DE INTEGRIDAD.-** Las partes en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 7 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LTYAIP) y con la convicción de que evitando las prácticas de corrupción podremos apoyar la consolidación de una cultura de transparencia, equidad y rendición de cuentas en los procesos de contratación y adquisiciones del Estado, para así fortalecer las bases del estado de derecho, nos comprometemos libre y voluntariamente a: 1. Mantener el más alto nivel de conducta ética, moral y respeto a las leyes de la república, así como los valores: INTEGRIDAD, LEALTAD

CONTRACTUAL, EQUIDAD, TOLERANCIA, IMPARCIALIDAD Y DISCRECION CON LA INFORMACION CONFIDENCIAL QUE MANEJAMOS, ABSTENIENDONOS A DAR INFORMACIONES PUBLICAS SOBRE LA MISMA, 2) Asumir una estricta observancia y aplicación de los principios fundamentales bajo los cuales se rigen los procesos de contratación y adquisiciones públicas establecidas en la Ley de Contratación del Estado, tales como transparencia, igualdad y libre competencia; 3) Que durante la ejecución del contrato ninguna persona que actúa debidamente autorizada en nuestro nombre y representación y que ningún empleado o trabajador, socio o asociado, autorizado o no realizará: a) Prácticas corruptivas, entendiendo éstas como aquellas en la que se ofrece dar, recibir, o solicitar directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar las acciones de la otra parte; b) Prácticas Colusorias: entendiendo estas como aquellas en las que denoten sugieran o demuestren que existen un acuerdo malicioso entre dos o más partes o entre una de las partes, y uno y varios terceros, realizados con el propósito de alcanzar un propósito inadecuado, incluyendo influenciar de forma inapropiada las acciones de la otra parte; 4) Revisar y verificar toda la información que deba ser presentada a través de terceros, a la otra parte para efectos del contrato y dejamos manifestado que durante el proceso de contratación o adquisición causa de este contrato, la información intercambiada fue debidamente revisada y verificada por lo que ambas partes asumen y asumirán la responsabilidad por el servicio de información inconsistente, imprecisa o que no corresponda a la realidad, para efectos de este contrato; 5) Mantener la debida confidencialidad sobre toda la información a que se tenga acceso por razón del contrato, y no proporcionarla ni divulgarla a terceros y a su vez, abstenemos de utilizarla para fines distintos; 6. Aceptar las consecuencias a que hubiere lugar, en caso de declararse el incumplimiento de alguno de los compromisos de esta Cláusula por Tribunal competente, y sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal en la que se incurra; 7. Denunciar en forma oportuna ante las autoridades correspondientes cualquier hecho o acto irregular cometido por nuestros empleados o trabajadores, socios o asociados, del cual se tenga un indicio razonable y que pudiese ser constitutivo de responsabilidad civil y/o penal. Lo anterior se extiende a los subcontratistas con los cuales el Contratista o Consultor contrate, así como a los socios, asociados, ejecutivos y trabajadores de aquellos. El incumplimiento de cualquiera de los enunciados de esta cláusula dará lugar: a) De parte del Contratista o Consultor: i. A la inhabilitación para contratar con el Estado, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieren deducirsele; ii) A la aplicación al trabajador ejecutivo representante, socio, asociado o apoderado que haya incumplido esta cláusula de las sanciones o medidas disciplinarias derivadas del régimen laboral y, en su caso entablar las acciones legales que correspondan. B. De parte del Contratante: i. A la eliminación definitiva del Contratista o Consultor y a los subcontratistas responsables o que pudiendo hacerlo no denunciaron la irregularidad de su Registro de Proveedores y Contratistas que al efecto llevaré para no ser sujeto de elegibilidad futura en procesos de contratación; ii. A la aplicación al empleado o funcionario infractor, de las sanciones que correspondan según el Código de Conducta Ética del Servidor Público, sin perjuicio de exigir la responsabilidad administrativa, civil y/o penal a las que hubiere lugar. En fe de lo anterior, las partes manifiestan la aceptación de los compromisos adoptados en el presente documento bajo el entendido que esta Declaración forma parte integral del Contrato firmado voluntariamente para constancia.” **DECIMO NOVENA: JURISDICCION Y COMPETENCIA;** para la solución de cualquier situación controvertida derivada de este contrato y que no pudiera arreglarse conciliatoriamente, ambas partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales de Justicia de Francisco Morazán. En fe de lo cual y para constancia, ambas partes suscribimos este contrato, en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los ----- días del mes de ----- del año dos mil XXXX .



Observación. Este documento corresponde a un borrador, por lo tanto, la Unidad de Asesoría Legal, al momento de su elaboración, deberá contar con la presencia de la Representación Técnica que participa en la Evaluación de este proceso, asimismo deberá realizar los ajustes correspondientes, a fin de que este documento este de conformidad a los parámetros establecidos tanto en la Ley de Contratación del Estado y Reglamento, Disposiciones Generales de Presupuesto Vigente y demás Leyes Aplicables, favorables al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

DECLARACIÓN JURADA

Ref: [indicar el número del proceso] "ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS"

Yo, [indicar el nombre completo], mayor de edad, Estado Civil [indicar estado civil], hondureño (a) con tarjeta de identidad No. [Indicar N° identidad], de este domicilio, de la ciudad de Tegucigalpa, departamento de Francisco Morazán. Actuando en mi condición de representante legal de la empresa [Indicar nombre de la empresa]; mediante el presente documento HAGO DECLARACION JURADA:

Empresa [Indicar nombre de la empresa] se compromete a reponer sin costo alguno cualquier insumo que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, o fallas de cualquier tipo.

Y para los efectos de ley, firmo y extendo esta declaración jurada en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central [indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta].

Firma: _____

[firma del(los) representante(s) autorizado(s) del fabricante]

Nombre: [indicar el nombre completo del representante autorizado del Fabricante]

Cargo: [indicar cargo]

República de Honduras
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
Licitación Pública Nacional N° LPN-018-2024

“IHSS-DMN-ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) invita a participar en la Licitación Pública Nacional N° LPN-018-2024 a presentar ofertas selladas a las empresas para la “ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”

El financiamiento para la realización del presente proceso proviene exclusivamente de fondos propios del IHSS. La licitación se efectuará conforme a los procedimientos de Licitación Pública Nacional (LPN) establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento.

Los interesados deberán adquirir los documentos de la presente licitación en La Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, ubicada en el Sexto Piso del Edificio Administrativo del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. a partir del día XX de XX de 2024 previo a la presentación de Comprobante de pago por la cantidad de Trescientos Lempiras Exactos (L.300.00), cantidad no reembolsable, mismos que deberán ser cancelados a través de la cuenta del IHSS No. Banco Credomatic, cuenta N° 730440861

Los documentos de la licitación podrán ser examinados en el sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras “Honducopras”, (www.honducopras.gob.hn) y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn). Para preguntas, consultas, aclaraciones o información dirigirse por escrito a la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras por lo menos 20 días calendario antes de la fecha límite para la presentación de las ofertas.

Las ofertas deberán ser presentadas en el Salón de Sesiones del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (IVM) Tercer Piso, Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. a más tardar a las 10:00 a.m. del día XXX de XX de 2024 y ese mismo día a las 10:15 a.m. se celebrará en audiencia pública la apertura de ofertas en presencia de los oferentes o de sus representantes legales o de la persona autorizada por el oferente que acredite su condición mediante carta, firmada por el representante legal de la sociedad mercantil, en presencia de la comisión de recepción nombrada al efecto. Las ofertas que se reciban fuera de plazo serán rechazadas. Todas las ofertas deberán estar acompañadas de una Garantía de Mantenimiento de la oferta por el 2% del monto de la oferta.

DRA. Yadira Yamilet Álvarez
Director Ejecutivo del IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

Tegucigalpa, M.D.C., Mayo 2024



ANEXOS

PARTIDA 1- AUTORIZACION INTERVENCION QUIRURGICA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIVISIÓN DE SERVICIOS MEDICOS

AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA

Lugar y Fecha _____

Yo, _____

Encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales por la presente autorizo al Instituto Hondureño de Seguridad Social para que me practiquen los procedimientos anestésicos, quirúrgicos, diagnósticos, profilácticos o curativos que sean requeridos durante mi hospitalización

igualmente concedo autorización para que se soliciten los estudios histopatológicos y/o de autopsia necesarios

Exonero a la Institución y al personal de atención médica por accidente y complicaciones involuntarias o inherentes al procedimiento anestésico o quirúrgico que se me practique

Firma o Huella Digital

Tarjeta Identidad

N° Afiliación I H S S

Yo, _____

Parentesco con el paciente _____

Por la presente autorizo al Instituto Hondureño del Seguro Social, para que de acuerdo al enunciado anterior, le sean practicados los procedimientos señalados al paciente _____

N° de Afiliación _____

en virtud de que no está en condiciones de

autorizado personalmente por la siguiente razón

- 1. Suma Gravedad _____ ()
- 2. Coma _____ ()
- 3. Intoxicación aguda (alcohólica, barbitúrica, etc.) _____ ()
- 4. Imposibilidad física _____ ()
- 5. Menor de edad o infante _____ ()
- 6. Trastorno psiquiátrico _____ ()

Firma o Huella Digital

Tarjeta Identidad

TESTIGOS

Nombre

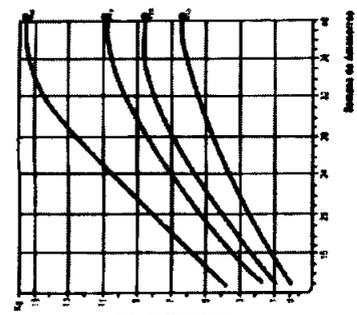
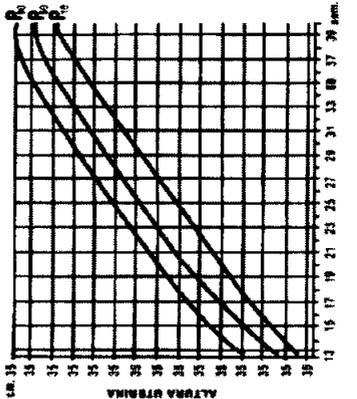
Nombre

Firma

Firma

Cc:GAP 2300000006

PARTIDA 2 - CARNET PERINATAL

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS			
ESTABLECIMIENTO			
INGRESO		EGRESO	
Dia	Mes	Dia	Mes

HOSPITALIZACIONES

ESTABLECIMIENTO			
INGRESO		EGRESO	
Dia	Mes	Dia	Mes

OBSERVACIONES



CARNET PERINATAL

Nombre:

Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año:

No. de identificación:

Padre:

Madre:

No. de Identidad:

No en el Estado LUSA:

Edad de Capitulación:

Domicilio:

Establecimiento de Salud:

FECHA PRÓXIMA CITA					
DIAS	MESES	DIAS	MESES	DIAS	MESES

El embarazo bien cuidado ayuda a tener un parto con un final feliz.

En los primeros siete días después del parto asista con su niño o niña al Centro de Salud.

Cumple con las citas y las recomendaciones que le den en el Centro de Salud.

Este carnet es un documento de carácter informativo y no constituye un certificado médico. El carnet es propiedad del Instituto Hondureño de Seguridad Social y no puede ser vendido, alquilado, prestado, ni utilizado para otros fines. El carnet es válido por un periodo de 12 meses desde la fecha de emisión. El carnet es válido en todo el territorio nacional.

HONDURAS, C. A.

I. DATOS PERSONALES Y FAMILIARES											
I.1. DATOS PERSONALES				I.2. DATOS FAMILIARES				I.3. DATOS SOCIALES			
Nombre	Apellido	Edad	Sexo	Nombre	Apellido	Edad	Sexo	Nombre	Apellido	Edad	Sexo
<p>II. DATOS CLÍNICOS</p> <p>II.1. ANAMNESIS</p> <p>Historia de embarazo:</p> <p>Historia de parto:</p> <p>Historia del niño/niña:</p> <p>II.2. EXAMEN FÍSICO</p> <p>Temperatura: Pulso: Presión Arterial: Frecuencia Respiratoria:</p> <p>II.3. EXAMEN GINECOLÓGICO</p> <p>Examen de abdomen:</p> <p>Examen de pelvis:</p> <p>Examen de cuello uterino:</p> <p>II.4. EXAMEN DEL BEBÉ</p> <p>Examen de cabeza:</p> <p>Examen de tórax:</p> <p>Examen de abdomen:</p> <p>Examen de miembros superiores:</p> <p>Examen de miembros inferiores:</p> <p>Examen de reflejos:</p> <p>III. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Tratamiento:</p> <p>IV. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>Fecha de última consulta:</p> <p>Estado actual:</p>											

PARTIDA 4- CITA MÉDICA



**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS
CITA MEDICA**

No. de Expediente

Apellidos y Nombres

- a) Consulta el día _____ del mes de _____ de 202__ hora _____
Con _____ (p) (a) (a) (b)
- b) Consulta el día _____ del mes de _____ de 202__ hora _____
Con _____ (p) (a) (a) (b)
- c) Consulta el día _____ del mes de _____ de 202__ hora _____
Con _____ (p) (a) (a) (b)

(Firma y Sello)

(Fecha de Expedición)

Lea las indicaciones del reverso - Le interesan C00100 SAP 220000024

Presente esta CITA MEDICA en la Oficina de Admisión del Consultorio.
Con ella tiene derecho a turno según la hora de llegada.

Muéstrele a su patrono para que le conceda permiso y pueda acudir en la fecha y hora indicada; si lo hace después de media hora pierde su derecho y tendrá que solicitar nueva consulta.

Si se ha concedido descanso por incapacidad temporal y no se presenta habiendo sido citado, automáticamente se suspende el subsidio.

No abandone su tratamiento mientras el médico no lo autorice para volver a su trabajo.

PARTIDA 6 – CONTROL DE SUEROS



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONTROL DE SUERO

Nombre: _____

No. de Cuna: _____ No. de Mezcla: _____

Solución: _____

Hora empezó: _____ Goteo: _____

Fecha: _____ Firma: _____

CODIGO SAP 2300000051

PARTIADA 8 - EXPEDIENTE CLINICO ASEGURADO DIRECTO

SEXO	NÚMERO DE AFILIACIÓN			INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL			
		EXPEDIENTE CLINICO					
		IDENTIFICACION ASEGURADO DIRECTO					
		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
DATOS PERSONALES							
Lugar de Nacimiento:			Lugar de Nacimiento:				
Municipio Departamento País			Día Mes Año				
Nombre del Padre:			Nombre de la Madre:				
Historia Médica:			Grupo Sanguíneo				
			Factor Rh				
			Transfusión Sanguínea: Lugar y Fecha:				
Domicilio:							
DATOS LABORALES							
NP Patronal	Nombre del Patrono		Ocupación				
<small>CODIGO SNP 22000000</small>							
Fecha de Elaboración del Expediente			Nombre del Empleado				

PARTIDA 11- FRECUENCIA DE MEDICAMNETOS INYECTABLES

Nombre: _____

Fecha: _____ Cama No. _____

Medicina: _____

Enfermera: _____

Subcutanea	
Intramuscular	
Endovenosa	
Venoclisis	

HORAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a. m.												
p. m.												



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

FRECUENCIA PARA MEDICAMENTOS INYECTABLES O PARENTERALES

CODIGO SAP: 2300000089

PARTIDA 12 – FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS ORALES

Nombre: _____

Fecha: _____ Cama No. _____

Medicina: _____

Enfermera: _____

A. C.
D. C.

HORAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a. m.												
p. m.												



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

FRECUENCIA PARA MEDICAMENTOS ORALES

CODIGO SAP: 2300000090

PARTIDA 13- GRAFICO CLINICO



IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

GRAFICO CLINICO

N° de Historia Clínica: _____ N° de afiliación: _____ Fecha de Ingreso: _____
 Nombre: _____ Apellidos: _____
 Edad: _____ Servicio: _____ N° de cama: _____

Fecha																					
T°	FC	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C		
40	180																				
39.5	160																				
39	140																				
38.5	120																				
38	100																				
37.5	80																				
37	60																				
36.5	40																				
36	20																				

P/A																				
% Saturación																				
FR																				
Peso																				
Glucosuria																				
Glucosuria																				
Glucosuria																				

		SALIDAS																			
SALIDAS	Diuresis																				
	Deposiciones																				
	Vómitos																				
	TOTAL																				
ENTRADAS	SUEROS																				
	OTROS EV																				
LIQUIDOS ORALES																					
INGESTA																					
TOTAL																					
BALANCE ANTERIOR																					
BALANCE DEL DIA																					

NOTA: SF: Suero Fisiológico SGS: Suero Misto SG: Suero Glucosado BIC: Bicarbonato H: Hartman



CCSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

PARTIDA 14- PAPEL CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMP INCAP

Blank area for the certificate content.

No.

No.



PARTIDA 16- INFORME CITOLÓGICO



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO DE CITODIAGNÓSTICO
INFORME CITOLÓGICO

Nº CIT: _____

Nombre: _____ Edad: _____ E. Civil: _____ A () B ()
 Unidad Médica: _____ Nº de Afiliación: _____
 Tipo de Especimen: _____ Fecha: _____ Médico: _____

FROTIS INADECUADO POR:		GREUSO ()		HOMORRÁGICO ()		ESCASO ()	
INDICE DE MADURACIÓN.		BASALES		INTERMEDIAS		SUPERFICIALES	
Inflamación	Ligera ()	Flora:		Vacío Vag ()	Parasitos:		Tricomonas ()
	Moderada ()			Coccide ()			Amoebas ()
	Severa ()			Gardnerella Vag. ()			Toxoplasma G ()
Virus:	Herpes Simple ()			Clamidia Trac. ()			
	Condiloma Ord. ()	Hongos:		Candida Alb ()	-Célula		Normales ()
	Condiloma Atp. ()			Leptotrix ()			Inflamatorias ()
Metaplasia	()			Levaduras ()			Hiperplásticas ()
Displasia:	Ligera ()	Sospechoso de CA ()		Adenoc. Endometrio ()			
	Moderada ()	CA in Situ ()		Adeno Endocervix ()			
	Severa ()	CA Microinvasor ()		CA Mixto ()			
Endocervical	()	CA Invasor ()		CA Indiferente ()			
Negativo por Malignidad:	()	Comentarios: _____					
Diagnóstico Citológico: _____							
Repetir Examen:	En inmediato ()	En 3 meses ()	En 6 meses ()	En un año ()	A Criterio del Médico ()		
Citotecnólogo: _____				Jefe de Servicio: _____			

CÓDIGO SALT 2002-0114

PARTIDA 18- INFORME DE HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

IHSS
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE HOSPITALIZACIÓN Y ALTA
Caja Costarricense de Seguro Social y Caja Costarricense de Seguro Social

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Apellido: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Tipo de seguro: Prepagado Contributivo Gratuito

DATOS DEL INGRESO

Fecha de ingreso: _____ Tipo de ingreso: _____
 Lugar de ingreso: _____

DATOS DEL ALTA

Fecha de alta: _____ Tipo de alta: _____
 Lugar de alta: _____

DATOS DEL RECÉN NACIDO (En caso de maternidad)

Nombre: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

IHSS
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE HOSPITALIZACIÓN Y ALTA
Caja Costarricense de Seguro Social y Caja Costarricense de Seguro Social

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Apellido: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Tipo de seguro: Prepagado Contributivo Gratuito

DATOS DEL INGRESO

Fecha de ingreso: _____ Tipo de ingreso: _____
 Lugar de ingreso: _____

DATOS DEL ALTA

Fecha de alta: _____ Tipo de alta: _____
 Lugar de alta: _____

DATOS DEL RECÉN NACIDO (En caso de maternidad)

Nombre: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

IHSS
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE HOSPITALIZACIÓN Y ALTA
Caja Costarricense de Seguro Social y Caja Costarricense de Seguro Social

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Apellido: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Tipo de seguro: Prepagado Contributivo Gratuito

DATOS DEL INGRESO

Fecha de ingreso: _____ Tipo de ingreso: _____
 Lugar de ingreso: _____

DATOS DEL ALTA

Fecha de alta: _____ Tipo de alta: _____
 Lugar de alta: _____

DATOS DEL RECÉN NACIDO (En caso de maternidad)

Nombre: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO ESTADÍSTICO Y ACTUARIAL
INFORME DIARIO DEL MÉDICO

Unidad Asistencial: _____ Localidad: _____ Especialidad: _____ Fecha: _____
 Día Mes Año

Total de horas médicas contratadas: _____ Horas médicas contratadas por excedencia de pacientes: _____

Nº	Nº DE AFILIACIÓN	EDAD		CALIDAD				CLASE DE CONSULTA					RIESGO						CLASE DE DIAGNÓSTICO		DIAGNÓSTICO	OBSERVACIONES			
		M	F	de 0 a 1 Años	de 1 a 6 Años	de 7 a 14 Años	de 15 a 64 Años	de 65 a 74 Años	de 75 a 84 Años	de 85 a 94 Años	de 95 años y más	Prim. At. de Emerg.	Prim. At. de Urg.	Prim. At. de Día	Prim. At. de Noche	Prim. At. de Fin de Semana	Prim. At. de Otro	Prim. At. de Otro	Prim. At. de Otro	Prim. At. de Otro			N	S	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									
31																									
32																									
33																									
34																									
35																									
36																									
37																									

CÓDIGO SAP 238880182

 NOMBRE DEL MÉDICO

 CÓDIGO DEL MÉDICO

 NOMBRE DE LA EMPRESA

PARTIDA 19- INFORME DIARIO DEL MEDICO





IHSS
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

PARTIDA 20 – INFORME COMPLEMENTARIOS



Expediente N°	Apellidos y Nombres	Hoja N°

CODIGO SAP 200900163

NOTA: A esta hoja deben adherirse los diferentes informes de laboratorio, Rayos X y otros. El primer informe debe pegarse en la última línea. Los informes deberán colocarse por orden de fecha.

INFORMES COMPLEMENTARIOS

PARTIDA 23 – ORDEN DE ATENCION AL ESPECIALISTA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS
ORDEN DE ATENCIÓN PARA EL ESPECIALISTA

Enfermedad Común () Accidente de Trabajo () Asegurado ()
 Accidente Común () Enfermedad Profesional () Maternidad () Beneficiario ()

Expediente N°

Clinica o Servicio: _____

Nombre del Paciente: _____

Remitido a: _____ Médico Remitente: _____

Diagnóstico Provisional: _____

Observaciones: _____

CODIGO SAP 2300000192

Fecha: _____

 Firma del Médico

V° B° _____
 Jefe de Unidad



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS
ORDEN DE ATENCIÓN PARA EL ESPECIALISTA

Enfermedad Común () Accidente de Trabajo () Asegurado ()
 Accidente Común () Enfermedad Profesional () Maternidad () Beneficiario ()

Expediente N°

Clinica o Servicio: _____

Nombre del Paciente: _____

Remitido a: _____ Médico Remitente: _____

Diagnóstico Provisional: _____

Observaciones: _____

CODIGO SAP 2300000192

Fecha: _____

 Firma del Médico

V° B° _____
 Jefe de Unidad



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

PARTIDA 24-ORDEN MÉDICA HOSPITALARIA

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
Orden Médica Hospitalaria

No. de Orden: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Profesión: _____

Dirección: _____

1. Motivo de consulta: _____

2. Examen: _____

3. Diagnóstico: _____

4. Tratamiento: _____

5. Seguimiento: _____

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
Orden Médica Hospitalaria

No. de Orden: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Profesión: _____

Dirección: _____

1. Motivo de consulta: _____

2. Examen: _____

3. Diagnóstico: _____

4. Tratamiento: _____

5. Seguimiento: _____

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
Orden Médica Hospitalaria

No. de Orden: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Profesión: _____

Dirección: _____

1. Motivo de consulta: _____

2. Examen: _____

3. Diagnóstico: _____

4. Tratamiento: _____

5. Seguimiento: _____

PARTIDA 25- PARTOGRAMA IHSS

REFERENCIAS

1. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 2. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 3. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 4. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 5. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 6. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 7. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 8. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 9. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.
 10. Manual de Obstetricia, 1978, 2da. Edición, Editorial Médica Interamericana, S.A., México.

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA
en centímetros

1.00	1.20	1.40	1.60	1.80	2.00	2.20	2.40	2.60	2.80	3.00	3.20	3.40	3.60	3.80	4.00
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Libras para obtener la curvas de alerta: 4.54 kg = 10 libras

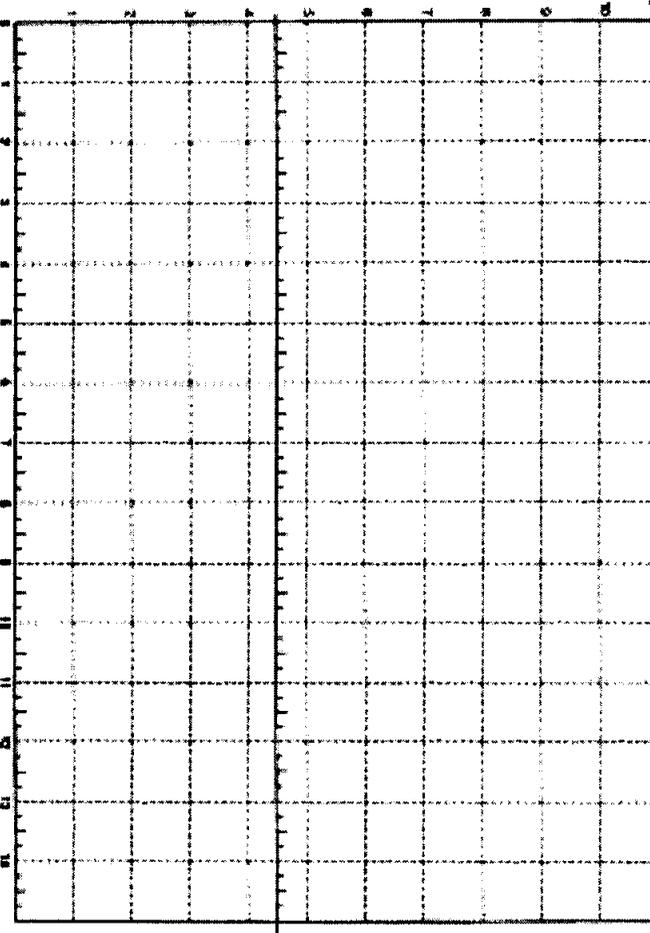
PERSONA

IDENTIFICACION	INSTITUCION
FECHA	HORA
EDAD	ESTADO CIVIL
OCUPACION	GRUPO SANGUINEO
PARIDAD	GRUPO RH
PREVIA	OTRO

HORA DE INICIO

HORA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
POSICION ANTERIOR																
TIPO DE PARTO																
PLACENTA																
POSICION DEL FETO																
DIAGNOSTICO																
PROGNOSTICO																
OTROS																

DILATACION CERVICAL (CM)



POSICION ANTERIOR

TIPO DE PARTO

PLACENTA

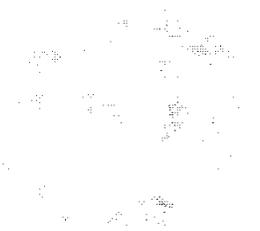
POSICION DEL FETO

DIAGNOSTICO

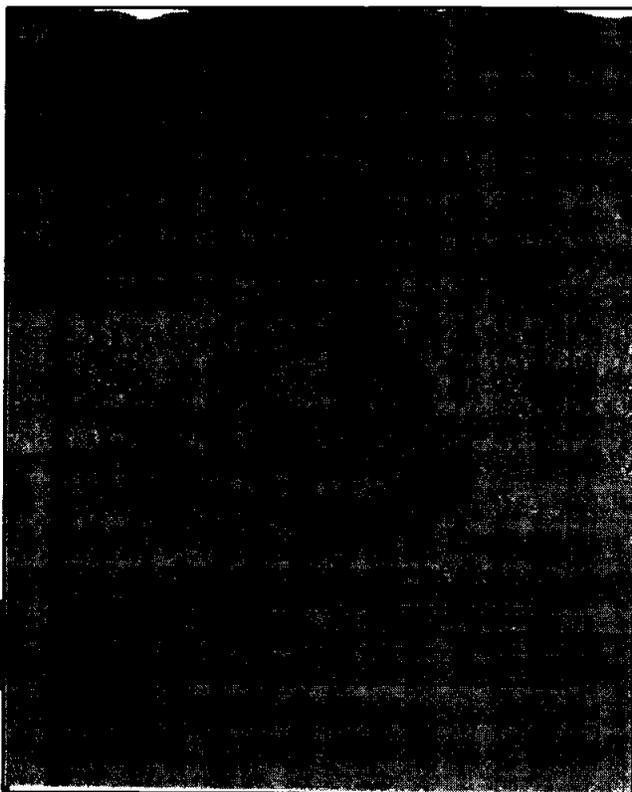
PROGNOSTICO

OTROS

PARTIDA 27 – RECETA MÉDICA BLANCA

		INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL	
		RECETA MÉDICA	
		N°	
NOMBRE		FECHA:	
N° AFILIACIÓN:		SEXO: M () F ()	
EDAD:		SERVICIO:	
UNIDAD ASIST:		ESP: CONS. EXT. () EMERG. () HOSPITAL ()	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>R/</p>  </div>			
CÓDIGO MÉDICO		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	
SEGUIMIENTO EN MEDICAMENTO POR RECETA:		CÓDIGO SAP 2300000207	
MEDICAMENTO			
CANTIDAD			
FECHA			
		N°	

PARTIDA 28 – RECETA MEDICA ROSADA



PARTIDA 30 – REGISTRO DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
REGISTRO DE ACTIVIDAD QUIRURGICA

IDENTIFICACION PACIENTE				
No. de historia clínica:	No. de referencia:			
Nombre:	Apellido:			
Etnia:	Sexo:			
SERVICIO QUIRURGICO				
<input type="checkbox"/> OPERACION <input type="checkbox"/> PROGRAMADA <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso <input type="checkbox"/> Canal del ingreso				
TIPO DE INTERVENCION				
<input type="checkbox"/> LINEA	<input type="checkbox"/> LINEA - CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> SUJETA	
REQUIERO QUERIMIENTO	Numero	No. de horas	Nombre	No. de horas
QUIRURANO			ANESTESIOLOGO	
PRIMER ASISTENTE			TECNICO ASISTENTE	
SEGUNDO ASISTENTE			INSTRUMENTISTA	
OTROS			QUIRUDANTE	
CLASIFICACION DE LA ACTIVIDAD				
<input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> PERIFERICO	<input type="checkbox"/> PARQUINQUIRURGIA	<input type="checkbox"/> SEDACION	
<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> TRONCAL	<input type="checkbox"/> TIPOCA	<input type="checkbox"/> RESERVA	
REAGENCIAMIENTO INSTITUCIONAL Y TIPO DE QUIRURGICO				
1				
2				
3				
4				
REQUISITOS				
1				
2				
3				
4				

REQUERIMIENTO DE GASOS CONECTO SI NO RADIOLOGIA INTRACORPORATIVA SI NO
 REQUERIMIENTO DE COMPRESAS CONECTO SI NO BIOPSIA INTRACORPORATIVA SI NO
 REQUERIMIENTO DE MATERIAL CONECTO SI NO
 ADMINISTRACION DE SANGRE: SI NO Unidades: Grupos: Fecha:

HORA DE ENTRADA AL AREA QUIRURGICA HORA FIN DE INTERVENCION
 HORA DE INICIO DE LA ANESTESIA HORA FIN DE ANESTESIA
 HORA DE INICIO DE LA INTERVENCION HORA SALIDA DEL AREA QUIRURGICA

CODIGO SEP 2009062714


INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
REGISTRO DE ACTIVIDAD QUIRURGICA

REQUERIMIENTO DE MATERIALES	AL INICIO	AL FINAL
Categoría		
Quantidad		
Descripción		
Duendes		
Observaciones		
OTROS MATERIALES		
Categoría		
Quantidad		
Descripción		
Duendes		
Observaciones		
Indicador o valor que tiene el paciente		
Valor de peso		
Valor de precio		
Otros		

REVERSO

PARTIDA 31- REMISION AL ESPECIALISTA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS

REMISION AL ESPECIALISTA

Nombre del Paciente: _____ Sexo (M) (F)

Deberá presentarse el día _____ de _____ de 20 _____

A las _____ horas a Consulta de Especialista con el Doctor: _____

Fecha _____

Se ruega ser puntual a la hora indicada en su cita, si no se presenta o llega media hora después, pierde su cupo.

Firma del Empleado
CODIGO SAP 2303030225

PARTIDA 32 - SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA

Biopsia No: _____ No. de Afiliación _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ A. () B. ()

Clinica o Servicio _____ Material Enviado _____

_____ Sitio de la Toma _____

Diagnóstico Clínico _____

Biopsia Anterior (No. y Fecha) _____ Nombre del Médico Remitente: _____

Datos Clínicos de importancia para el patólogo, incluyendo Laboratorio y Rayos X.

Fecha _____

FIRMA
CODIGO SAP 2303030225

PARTIDA 33- SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
Solicitud de Electrocardiograma

Nombre: _____ Edad: _____

Exp. Clínico No.: _____ Fecha: _____

Referido por el Dr.: _____

Datos clínicos de importancia: _____

P.A.: _____ Pulso _____

Medicamentos que recibe el paciente: _____

Motivo del Examen: _____

I N F O R M E

Frecuencia: _____

Ritmo: _____

Eje Eléctrico: _____

Intervalos PR: _____ QRS _____ QT _____

Observaciones: _____

Diagnóstico Electrocardiográfico: _____

Informó Dr.: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Cod. SAP 2300000 240





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

PARTIDA 34- SOLICITUD DE MAMOGRAFIA RADIOLOGIA



IHSS

SOLICITUD
MAMOGRAFIA

Instituto Hondureño de Seguridad Social

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

Nombre del Paciente: _____
 Número de Afiliación: _____
 Procedencia: _____ Teléfono: _____
 Ciudad de Servicio: _____ Cama No: _____
 Edad: _____ Sexo: M F O
 Antecedentes de Enfermedad: Hipertensión Diabetes
 Antecedentes de Cáncer: Mamma Ovario
 Antecedentes de Tratamiento: Quimioterapia Radioterapia Cirugía
 Fecha de último control: _____
 Datos Clínicos: _____
 Impresión Clínica: _____
 Emergencia: No Sí
 Prioridad: Subsecuente
 Der. Supor:
 Estudio Radiológico solicitado:
 Mamografía: Primera vez Control
 Magnificación: Lado Cuadrante
 Galactografía: Lado
 Otros: _____
 Fecha: _____
 Firma y sello del médico solicitante: _____

INTERPRETACION

Fecha de Interpretación: _____

MAMA DERECHA

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad: Sugestivo de Malignidad:
Recomendación: _____

MAMA IZQUIERDA

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad: Sugestivo de Malignidad:
Recomendación: _____

NOTA: Traer estudios previos, aunque sean normales, al presentarse al estudio.
Firma y sello del Radiólogo que interpreta
Entrega estudio: ()



IHSS

SOLICITUD
MAMOGRAFIA

Instituto Hondureño de Seguridad Social

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

Nombre del Paciente: _____
 Número de Afiliación: _____
 Procedencia: _____ Teléfono: _____
 Ciudad de Servicio: _____ Cama No: _____
 Edad: _____ Sexo: M F O
 Antecedentes de Enfermedad: Hipertensión Diabetes
 Antecedentes de Cáncer: Mamma Ovario
 Antecedentes de Tratamiento: Quimioterapia Radioterapia Cirugía
 Fecha de último control: _____
 Datos Clínicos: _____
 Impresión Clínica: _____
 Emergencia: No Sí
 Prioridad: Subsecuente
 Der. Supor:
 Estudio Radiológico solicitado:
 Mamografía: Primera vez Control
 Magnificación: Lado Cuadrante
 Galactografía: Lado
 Otros: _____
 Fecha: _____
 Firma y sello del médico solicitante: _____

INTERPRETACION

Fecha de Interpretación: _____

MAMA DERECHA

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad: Sugestivo de Malignidad:
Recomendación: _____

MAMA IZQUIERDA

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad: Sugestivo de Malignidad:
Recomendación: _____

NOTA: Traer estudios previos, aunque sean normales, al presentarse al estudio.

Firma y sello del Radiólogo que interpreta
Entrega estudio: ()

PARTIDA 35- SOLICITUD DE OPERACIÓN



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS
SOLICITUD DE OPERACIÓN

Nombre: _____ Cane No. _____
Exp. No. _____ Sexo: _____ Edad: _____ Celdad: (A) (B)
Servicio: _____ Clínica No. _____ Fecha: _____
Enfermed. Común () Accid. Común () Enfermed. Profesional () Accid. Trabajo () Maternidad ()
Diagnóstico: _____
Operación: _____ Día y Hora: _____
Día y hora de recibo en el arsenal: _____
Anestesia: _____
Cirujano: _____ Ayudante: _____
CODIGO SAP 2300000244

FIRMA



PARTIDA 36- SOLICITUD DE TRANSFUSION



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS
SERVICIO DE INMUNOHEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

Nombre completo del Paciente	No. de Expediente	Edad	Sexo	Sala o Sec.	Cama
Nombre Médico que lo solicita	Fecha/hora de solicitud	Nombre del técnico		Fecha/hora de Solc. recibida en banco de sangre	
Diagnóstico clínico y/o razón de la transfusión					
Grupo ABO y Rh	Tipo de componente solicitado		Cantidad solicitada		
Transfusiones anteriores Si () No ()	() Sangre completa () Glóbulos rojos empacados () Sangre fresca reconstituida () Plasma líquido () Plasma fresco () Concentrado de plaquetas () Crioprecipitado		_____ Mil. o Unid.		
Fecha última transfusión			Cuándo se necesita		
Embarazos Si () No ()			Dónde se necesita		
Fecha último embarazo					
Nombre(s) o número del donador(s)		Producto devuelto al banco			
		Fecha/hora			
		Producto recibido por			
		Nombre y Firma			

CODIGO SAP 230007247

SI SE SUSPECHA PROBABLE REACCION TRANSFUSIONAL FAVOR COMPLETAR Y LEER LO SIGUIENTE

1. Parar la transfusión de inmediato.
2. Administrar solución salina isotónica o solución de vanquinona.
3. De inmediato enviar al Banco de Sangre la copia de la solicitud de transfusión, los remanentes de la bolsa transfundida, dos muestras de sangre del paciente (una con y otras sin anticoagulante).
4. Enviar al laboratorio la primera muestra de sangre después de la transfusión.

5. Completar lo siguiente:

Presión arterial pre transfusional

Presión arterial post transfusional

Temperatura pre transfusional

Temperatura post transfusional

Hora y fecha de inicio de transfusión

Cantidad administrada

() Escalofríos

() Dolor Abdominal

() Urticaria

() Cefalea

() Náuseas

() Dificultad

() Vértigo

() Shock

() Hemozaturia

() Dolor Lumbar

() Otros

PARTIDA 37- SOLICITUD DE ULTRASONIDO

<div style="text-align: center;">  <p>IHSS Instituto Hondureño de Seguridad Social</p> </div> <p style="text-align: center;">SOLICITUD ULTRASONIDO</p> <p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN</p> <p style="text-align: right;">Caja: _____ No. _____</p> <p>Nombre del Paciente: _____</p> <p>Numero de Afiliado: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: F () M () Anusado () Beneficiario () Centro ()</p> <p>Procedencia: _____</p> <p>Clinica o Servicio: _____</p> <p>Fecha Clínic: _____</p> <p>Impedido Clínic: _____</p> <p>Estado US Solicitado: _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Embarazo () <input type="checkbox"/> Parto () <input type="checkbox"/> De cayo () <input type="checkbox"/> Estado () <input type="checkbox"/> Sin Signos () <input type="checkbox"/> Transobstaculo () <input type="checkbox"/> Cuello () <input type="checkbox"/> Torsion () <input type="checkbox"/> Articul () <input type="checkbox"/> Prima Anclada () <input type="checkbox"/> Adherencia Superior () <input type="checkbox"/> Adherencia Inferior () <input type="checkbox"/> Nudo y V. Elevada () <input type="checkbox"/> Vascular Biliar () <input type="checkbox"/> Roturas () <input type="checkbox"/> Bazo () <input type="checkbox"/> Tiroidea () <input type="checkbox"/> Páncreas y Vagón () <input type="checkbox"/> Prostata () <input type="checkbox"/> Testículo () <input type="checkbox"/> Drogas: _____ </p> <p>Fecha: _____</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Solicitante: _____</p>	<p style="text-align: center;">INFORME RADIOLOGICO</p> <p style="text-align: center;">A. Derivado:</p> <p style="text-align: center;">Fecha de Recepción: _____</p> <p style="text-align: center;">B. Diagnóstico Radiológico:</p> <p style="text-align: center;">C. Recomendación:</p> <p style="text-align: center;">Firma y Sello del Radiólogo que Interpreta: Escriba nombre ()</p>
---	--

COPIA QUE SE ENTREGA

PARTIDA 39 - TARJETA CLINICA OFTALMICA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS
CLINICA OFTALMOLOGICA

Fecha: _____ Expediente No. _____

(A) (B)

Apellido y Nombre		Est.	Cl.	Eje	Prisma	Base	Adición
OD							
OI							

Observaciones _____

Nombre del Oftalmólogo _____ Firma _____

CODIGO SAP 2300262
23 00 000 262

PARTIDA 40- BOLSA PARA DESPACHO DE MEDICAMENTOS

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

Bolsa para el Despacho de Medicamentos

NOMBRE MEDICAMENTO: _____

TOMAR: _____

CODIGO SAP 230000296

CADA _____ HORAS

APLICAR CADA _____ HORAS

FECHA: _____

NOMBRE _____



155
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

PARTIDA 41- CAMBIO DE TURNO Y PERMISO



**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO DE ENFERMERIA**

Cambio de Turno y Permiso

a. Cambio de Turno _____

b. Permiso con Sustituta(o) _____

c. Permiso por horas de _____ a _____

Nombre de Solicitante _____

Firma del Solicitante _____

Nombre de la Sustituta _____

Firma de la Sustituta _____

Sala de: _____ Turno: _____ Fecha: _____

motivo por el cual solicita el permiso _____

AUTORIZADO POR

Enfermera Jefe de Sala _____

Supervisora de Turnos _____

Coordinadora Depto. Enfermería Hospital _____

Enfermera Jefe Depto. Enf. Hospital Central _____

NOTA: No se otorga permiso autorizado con cambio de turno a quienes están de vacaciones, licencia médica o en licencia por maternidad.





RED NACIONAL DE CONSEJERÍA EN VIH/SIDA

Informe de Diario Mensual de Consejería

INSTRUMENTO CS-1

1. Mes: _____ 2. Año: _____ 3. Nombre de Consejero/a: _____

4. Región Departamental: _____ 5. Municipio: _____ 6. US: _____

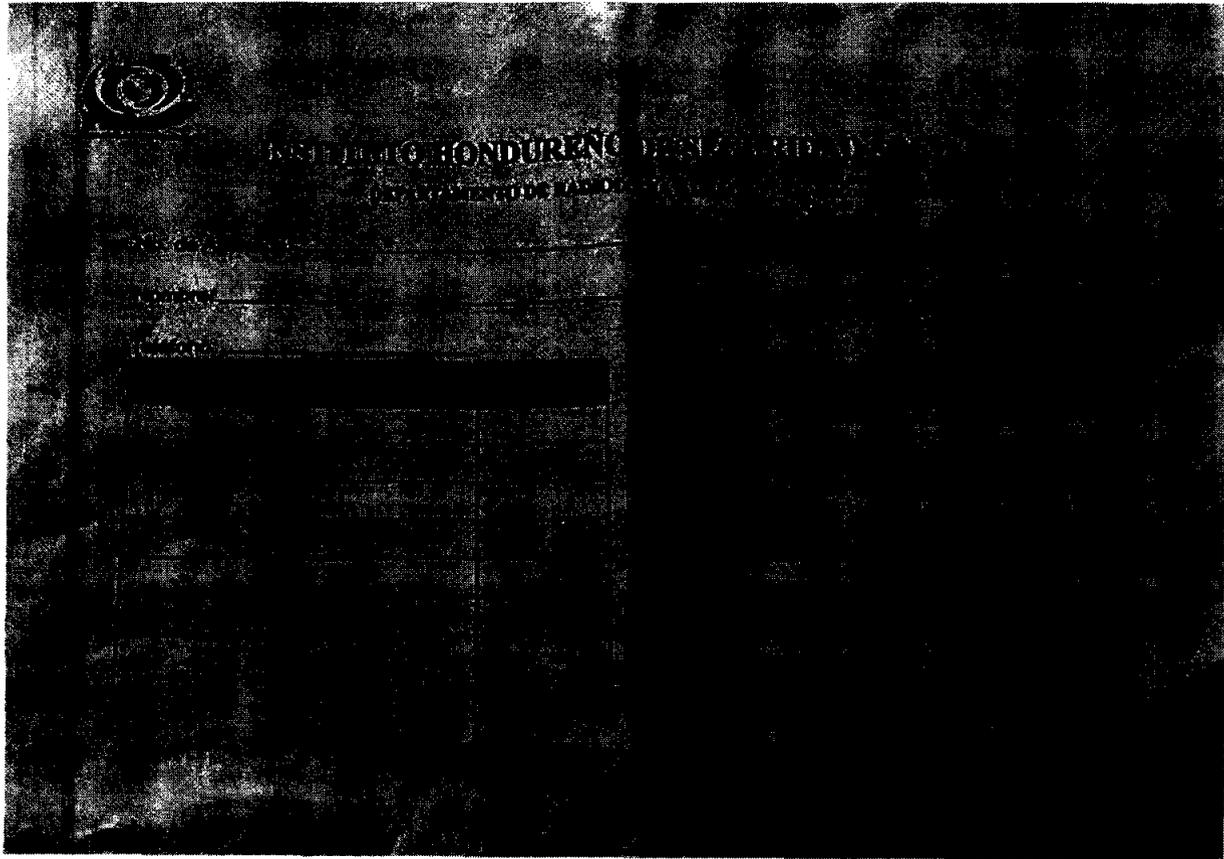
7	8 - DATOS GENERALES				9 - TIPOS DE CONSEJERÍA						11. Observaciones			
	8.1 Fecha	8.2 Sexo	8.3 Edad	8.4 Precedencia	8.5 No. de Historia Clínica	8.6 Inicial	8.7 Sub-Subgrupo	8.8 Práct. Anterior	9.1 Post-Prueba	9.2 Seguimiento		9.3 E.T.C.	9.4 Mujer Embarazada	
		M F						M P	M P		1	2	1	2
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
12 Totales														

La suma de la casilla 8.2 debe coincidir con las sumas de la 8.6, 8.7, así mismo la suma de 9.1, 9.2, 9.3

CUANDO UN PACIENTE ESTE POSITIVO MARCAR EN LA CASILLA 10, SI SE REFIRIÓ

Código 2300000349

PARTIDA 43-SOBRE PARA ARCHIVAR PELICULAS DE RAYOS X



PARTIDA 45- TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO

Alimentación durante el primer año de vida
Basada en el 7 de octubre de 1996 de la Organización Mundial de la Salud

VAMENOS

Indicador de cumplimiento de la alimentación durante el primer año de vida

Indicador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alimentación exclusiva con leche materna													
Alimentación exclusiva con leche materna y fórmula													
Alimentación con leche materna y otros alimentos													
Alimentación con otros alimentos													

Implementación de Micronutrientes

Indicador de cumplimiento de la implementación de micronutrientes

Indicador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implementación de vitamina A													
Implementación de hierro													
Implementación de zinc													

DES

Indicador de cumplimiento de la implementación de DES

Indicador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DES													

TAMIZAJE

Indicador de cumplimiento de la implementación de tamizaje

Indicador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tamizaje													

GUÍA DE VACUNACIÓN

Indicador de cumplimiento de la implementación de la guía de vacunación

Indicador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Guía de vacunación													

COSEVA

Indicador de cumplimiento de la implementación de COSEVA

Indicador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
COSEVA													

Desarrollo de los niños

- DE 0 A 3 MESES**
- Reacciona al ruido
 - Levanta la cabeza
 - Sigue objetos con la mirada
 - Muestra interés por los objetos
 - Muestra interés por el adulto
 - Muestra interés por otros niños
- DE 4 A 6 MESES**
- Se sienta con apoyo
 - Agarra objetos con la mano
 - Muestra interés por los objetos
 - Muestra interés por otros niños
 - Muestra interés por el adulto
- DE 7 A 9 MESES**
- Se levanta con apoyo
 - Agarra objetos con la mano
 - Muestra interés por los objetos
 - Muestra interés por otros niños
 - Muestra interés por el adulto
- DE 10 A 12 MESES**
- Se levanta sin apoyo
 - Agarra objetos con la mano
 - Muestra interés por los objetos
 - Muestra interés por otros niños
 - Muestra interés por el adulto
- DE 13 A 18 MESES**
- Camina con apoyo
 - Agarra objetos con la mano
 - Muestra interés por los objetos
 - Muestra interés por otros niños
 - Muestra interés por el adulto
- DE 19 A 24 MESES**
- Camina sin apoyo
 - Agarra objetos con la mano
 - Muestra interés por los objetos
 - Muestra interés por otros niños
 - Muestra interés por el adulto

DE 25 A 36 MESES

- Camina sin apoyo
- Agarra objetos con la mano
- Muestra interés por los objetos
- Muestra interés por otros niños
- Muestra interés por el adulto

DE TRES A CUATRO AÑOS

- Camina sin apoyo
- Agarra objetos con la mano
- Muestra interés por los objetos
- Muestra interés por otros niños
- Muestra interés por el adulto

Control Otorrinolaringológico

Indicador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Control Otorrinolaringológico													

A partir de los dos años este pendiente de desparasitar a su hijo dos veces al año. Consulte al establecimiento de salud.

Siempre que acuda a la unidad de salud porte esta tarjeta



TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Día: .. Mes: .. Año: ..

No. de Identidad:

Padre:

Madre:

No. de Identidad:

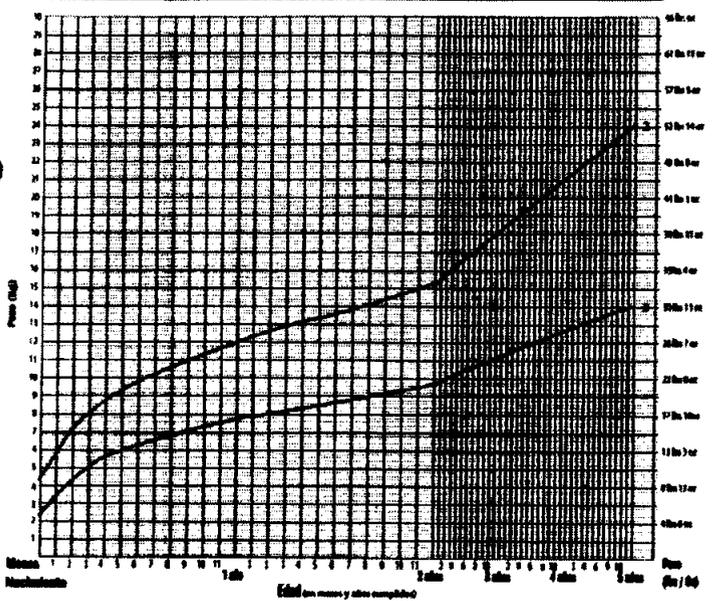
No. en el Libro de Vida:

Edad de Control:

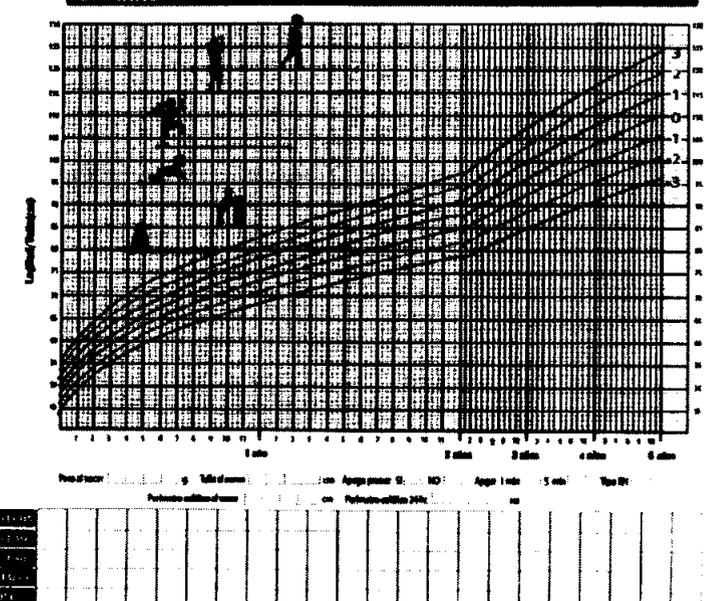
Cuando fue:

Establecimiento de Salud:

Gráfica de crecimiento peso / edad del niño



Gráfica de crecimiento longitud - talla / edad del niño



Nombre del Paciente: _____
 Número de Afiliado: _____
 Edad: _____ Sexo: F () M () Asegurado () Beneficiario () Contrace ()
 Procedencia: _____
 Centros o Servicios: _____
 Carné N°: _____
 Datos Clínicos: _____
 Impresión Clínica: _____
 Antecedentes importantes: _____
 1.- Alergias al medio de contraste _____
 2.- Otros: _____
 Examen Radiológico Solicitado: _____
 Emergencia ()
 Prioritario ()
 Sub siguiente ()
 Dar día al copio ()
 Fecha: _____
 Firma y Sello del Médico Radiólogo: _____
 COCICO REP 200001230

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

IHSS

SOLICITUD RADIOLOGIA



Instituto Hondureño de Seguridad Social

Informe Radiológico: _____
 Fecha de Interpretación: _____
 Diagnóstico: _____
 Firma y Sello del Radiólogo: _____
 Teléfono: () _____
 Secretaría: () _____
 Archivo: () _____
 Energía Estado: () _____



PARTIDA 52 - REGISTRO DIARIO PRUEBAS DE VIH



Instrucciones de uso para Libro de Registro para diagnóstico de VIH

- A. Introducción
B. Instrucciones de llenado
C. Corrección
D. Fecha de toma de muestra
E. Fecha de realización de la prueba
F. No de identidad
G. Nombre completo
H. Pruebas
I. Resultados

Formulario for 'Registro Diario Pruebas VIH' with fields for 'Número del libro', 'Tipo de Centro', 'Fecha de inicio', 'Fecha de finalización', and 'Personas autorizadas para registrar en este libro'.

Formulario for 'Registro Diario Pruebas VIH' with fields for 'Número del libro', 'Tipo de Centro', 'Fecha de inicio', 'Fecha de finalización', and 'Personas autorizadas para registrar en este libro'.

Resultados
El presente libro es un instrumento de registro de los resultados de las pruebas de VIH. El llenado de este libro debe ser realizado por el personal autorizado para tal efecto.

Table with columns: No., Fecha de la prueba, Fecha de la muestra, Resultado, Sexo, y P. (Pruebas). It contains a grid for recording test results.

Formulario for 'Registro Diario Pruebas VIH' with fields for 'Número del libro', 'Tipo de Centro', 'Fecha de inicio', 'Fecha de finalización', and 'Personas autorizadas para registrar en este libro'.

Table with columns: No., Fecha de la prueba, Fecha de la muestra, Resultado, Sexo, y P. (Pruebas). It contains a grid for recording test results.

PARTIDA 54 - FORMULARIO NOT. ASIST. CONTACTO PERSO. VIH

Fecha: _____ Hora: _____
 Nombre de Contacto: _____
 No. Expediente: Sexo: Hombre Mujer Edad: _____
 Teléfono: _____
 En donde se realizó el diagnóstico:
 Diagnóstico nuevo
 Diagnóstico conocido
 Fecha del diagnóstico: _____

Nombre del contacto:
 No Sexual:
 Edad: Sexo: Hombre Mujer
 Madre: Hermanos Hijos
 Persona con la que compartió agua:

Sexual:
 Edad: Sexo: Hombre Mujer
 Contacto: Casual Estable Cliente
 Evaluación de violencia: No aplica
 Algunos vez:
 Le ha besado en la boca: Si No
 Le ha besado en el cuello: Si No
 Le ha besado en los labios: Si No

Conoce el estado serológico para VIH de su contacto:
 Si No No sabe/no responde
 Si marca SI, cuál es el diagnóstico de VIH de su contacto:
 Positivo Negativo

La persona está recibiendo TAR (si es VIH):
 Si No No sabe/no responde

Tipo de modalidad seleccionada:
 Por caso índice Por proveedor Contacto Otro

Teléfono:
 Registro de fechas para contactar:

Notificación exitosa: Si No

¿Se vinculó al contacto? Si No

Resultado de Notificación Asistida a Contactos:
 Contacto aceptó realizar la prueba de VIH Si No
 Contacto no aceptó realizar la prueba de VIH Si No
 Otro

Resultado de la prueba de VIH:
 Positivo Negativo
 Resultado de la prueba de incidencia:
 Reciente Largo tiempo No clasificable No aplica
 Fecha: _____

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ASISTIDA A CONTACTOS DE PERSONAS CON VIH

Resultado de prueba de incidencia:
 Reciente Largo tiempo No clasificable
 Fecha: _____

Nombre del contacto:
 No Sexual:
 Edad: Sexo: Hombre Mujer
 Madre: Hermanos Hijos
 Persona con la que compartió agua:

Sexual:
 Edad: Sexo: Hombre Mujer
 Contacto: Casual Estable Cliente
 Evaluación de violencia: No aplica
 Algunos vez:
 Le ha besado en la boca: Si No
 Le ha besado en el cuello: Si No
 Le ha besado en los labios: Si No

Conoce el estado serológico para VIH de su contacto:
 Si No No sabe/no responde
 Si marca SI, cuál es el diagnóstico de VIH de su contacto:
 Positivo Negativo

La persona está recibiendo TAR (si es VIH):
 Si No No sabe/no responde

Tipo de modalidad seleccionada:
 Por caso índice Por proveedor Contacto Otro

Teléfono:
 Registro de fechas para contactar:

Notificación exitosa: Si No

¿Se vinculó al contacto? Si No

Resultado de Notificación Asistida a Contactos:
 Contacto aceptó realizar la prueba de VIH Si No
 Contacto no aceptó realizar la prueba de VIH Si No
 Otro

Resultado de la prueba de VIH:
 Positivo Negativo
 Resultado de la prueba de incidencia:
 Reciente Largo tiempo No clasificable No aplica
 Fecha: _____

Resultado de Notificación Asistida a Contactos:
 Si No
 Tipo de modalidad:
 Por caso índice Por proveedor Contacto Otro
 Evaluación de violencia:
 No aplica
 Algunos vez:
 Le ha besado en la boca: Si No
 Le ha besado en el cuello: Si No
 Le ha besado en los labios: Si No

Nombre del contacto:
 No Sexual:
 Edad: Sexo: Hombre Mujer
 Madre: Hermanos Hijos
 Persona con la que compartió agua:

Sexual:
 Edad: Sexo: Hombre Mujer
 Contacto: Casual Estable Cliente
 Evaluación de violencia: No aplica
 Algunos vez:
 Le ha besado en la boca: Si No
 Le ha besado en el cuello: Si No
 Le ha besado en los labios: Si No

Conoce el estado serológico para VIH de su contacto:
 Si No No sabe/no responde
 Si marca SI, cuál es el diagnóstico de VIH de su contacto:
 Positivo Negativo

La persona está recibiendo TAR (si es VIH):
 Si No No sabe/no responde

Tipo de modalidad seleccionada:
 Por caso índice Por proveedor Contacto Otro

Teléfono:
 Registro de fechas para contactar:

Notificación exitosa: Si No

¿Se vinculó al contacto? Si No

Resultado de Notificación Asistida a Contactos:
 Contacto aceptó realizar la prueba de VIH Si No
 Contacto no aceptó realizar la prueba de VIH Si No
 Otro

Resultado de la prueba de VIH:
 Positivo Negativo
 Resultado de la prueba de incidencia:
 Reciente Largo tiempo No clasificable No aplica
 Fecha: _____

Se han explicado la información de los servicios de notificación asistida a contactos, incluyendo los riesgos, beneficios y marco legal que contempla esta actividad. El personal de salud escuchó más preguntas y aclaró mis dudas. Comprendo que es mi decisión y responsabilidad participar o no, que puedo rechazar dichos servicios en cualquier momento y no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre del proveedor de salud: _____ Firma de proveedor de salud: _____
 Fecha y hora de la prestación de salud: _____


 Código: 230000194





155
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

PARTIDA 56 – BOLETA DE SOL. DE EXAMEN Y RESULTADO VIH



Boleta de Solicitud de Examen y resultado de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Código de formato

1.1 Fecha Dia Mes Año		1.2 Código de establecimiento		1.3 Nombre de establecimiento		1.4 Municipio	
1.5 Tipo de paciente <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> No público				1.6 Tipo de gestión <input type="checkbox"/> Controlado <input type="checkbox"/> No controlado			
2. Nombre y apellido del sujeto a) <input type="checkbox"/> Nombre completo b) Dependiente c) Práctico d) Otro				3. Nombre(s) de papeles a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/>			
2.1 M de expediente		2.2 M de nacimiento		2.3 Fecha de nacimiento		2.4 Edad	
2.5 Nacionalidad		2.6 Sexo		2.7 Estado civil		2.8 Estado	
2.9 Domicilio permanente en las últimas 6 meses		2.10 Domicilio actual		2.11 Domicilio anterior		2.12 Domicilio anterior	
2.13 Es cónyuge de		2.14 Es hijo de		2.15 Es hermano de		2.16 Es hijo de	
2.17 Es cónyuge de		2.18 Es hijo de		2.19 Es hermano de		2.20 Es hijo de	
2.21 Tipo de identificación		2.22 Fundador		2.23 Otros datos		2.24 Otros datos	
2.25 Fecha de nacimiento para prueba		2.26 Tipo de estación		2.27 Fecha de nacimiento de la muestra		2.28 Fecha de recepción de la muestra	
2.29 Fecha de realización de la prueba		2.30 Fecha de realización de la muestra		2.31 Fecha de recepción de la muestra		2.32 Fecha de recepción de la muestra	
2.33 Fecha de realización de la prueba		2.34 Fecha de realización de la muestra		2.35 Fecha de recepción de la muestra		2.36 Fecha de recepción de la muestra	
2.37 Fecha de realización de la prueba		2.38 Fecha de realización de la muestra		2.39 Fecha de recepción de la muestra		2.40 Fecha de recepción de la muestra	
2.41 Fecha de realización de la prueba		2.42 Fecha de realización de la muestra		2.43 Fecha de recepción de la muestra		2.44 Fecha de recepción de la muestra	
2.45 Fecha de realización de la prueba		2.46 Fecha de realización de la muestra		2.47 Fecha de recepción de la muestra		2.48 Fecha de recepción de la muestra	
2.49 Fecha de realización de la prueba		2.50 Fecha de realización de la muestra		2.51 Fecha de recepción de la muestra		2.52 Fecha de recepción de la muestra	
2.53 Fecha de realización de la prueba		2.54 Fecha de realización de la muestra		2.55 Fecha de recepción de la muestra		2.56 Fecha de recepción de la muestra	
2.57 Fecha de realización de la prueba		2.58 Fecha de realización de la muestra		2.59 Fecha de recepción de la muestra		2.60 Fecha de recepción de la muestra	
2.61 Fecha de realización de la prueba		2.62 Fecha de realización de la muestra		2.63 Fecha de recepción de la muestra		2.64 Fecha de recepción de la muestra	
2.65 Fecha de realización de la prueba		2.66 Fecha de realización de la muestra		2.67 Fecha de recepción de la muestra		2.68 Fecha de recepción de la muestra	
2.69 Fecha de realización de la prueba		2.70 Fecha de realización de la muestra		2.71 Fecha de recepción de la muestra		2.72 Fecha de recepción de la muestra	
2.73 Fecha de realización de la prueba		2.74 Fecha de realización de la muestra		2.75 Fecha de recepción de la muestra		2.76 Fecha de recepción de la muestra	
2.77 Fecha de realización de la prueba		2.78 Fecha de realización de la muestra		2.79 Fecha de recepción de la muestra		2.80 Fecha de recepción de la muestra	
2.81 Fecha de realización de la prueba		2.82 Fecha de realización de la muestra		2.83 Fecha de recepción de la muestra		2.84 Fecha de recepción de la muestra	
2.85 Fecha de realización de la prueba		2.86 Fecha de realización de la muestra		2.87 Fecha de recepción de la muestra		2.88 Fecha de recepción de la muestra	
2.89 Fecha de realización de la prueba		2.90 Fecha de realización de la muestra		2.91 Fecha de recepción de la muestra		2.92 Fecha de recepción de la muestra	
2.93 Fecha de realización de la prueba		2.94 Fecha de realización de la muestra		2.95 Fecha de recepción de la muestra		2.96 Fecha de recepción de la muestra	
2.97 Fecha de realización de la prueba		2.98 Fecha de realización de la muestra		2.99 Fecha de recepción de la muestra		2.100 Fecha de recepción de la muestra	

Código
230001489

Alba

Para: **Dra. Teresa Isabel Reyes**
Directora de Gerencia Régimen de Seguro Atención a la Salud

De: **Lic. Roldan Oswaldo Yu Shan Murillo**
Subgerente de Presupuesto.

R. Yu Shan



Asunto: **DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA**

Fecha: 03 de abril de 2024

En respuesta al memorando No. 2030-DMN-IHSS-2024 de fecha 01 de abril del año 2024, donde solicita **Disponibilidad Presupuestaria** por un monto de **L 8,000,000.00** cantidad que será utilizada para dar proceso de compra incluido en el Plan Anual de Compras y Contrataciones **PACC-2024**, mediante Licitación Pública Nacional "**IHSS-DMN-Adquisición de Papelería Medica e Impresión del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)**", para abastecer todas las Unidades de Salud a nivel nacional el cual deberá ser imputado a la Gerencia Régimen de Seguro Atención a la Salud. Al respecto le informo que existe Disponibilidad Presupuestaria en la estructura que se detalla a continuación:

Fondo:	RSAS-RP Régimen Seguro de Atención de la Salud
Área Funcional:	SA190001 Régimen Seguro de Atención de la Salud
Centro gestor:	SA411000 Gerencia Régimen de Seguro Atención a la Salud
Pospre:	33300 Productos de Artes Graficas
Monto disponible:	L 8,000,000.00

Lo anterior sin perjuicio de los trámites Administrativos y legales que correspondan.

Se emiten seis (6) dictámenes originales.

Atentamente,

 C. Archivo
M/Jamf.

MEMORANDO No. 2712-DMN-IHSS-2024

06 de mayo de 2024

PARA: LIC. EDWIN ORLANDO MEDINA
GERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.

DE: DRA. TERESA ISABEL RIVERA
DIRECTORA MÉDICA NACIONAL

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INICIO DE PROCESO
IHSS-DMN-ADQUISICIÓN DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO
HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

Esta Dirección Médica Nacional, como ente rector y administrador de los servicios de salud que ofrece el IHSS, promueve procesos de adquisición de papelería médica e impresa para brindar atenciones con calidad y calidez a los pacientes que demandan atención en los establecimientos de salud a nivel nacional. La finalidad para iniciar un proceso de compra de papelería médica e impresa hospitalaria puede variar dependiendo del contexto y las necesidades específicas de la institución médica como a continuación describimos:

1. De acuerdo a la OPS (2001) la documentación clínica es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud que describe las acciones implementadas por personal de salud; Incluye el uso de registros escritos en forma precisa, clara y completa acerca de los acontecimientos sucedidos durante las atenciones brindadas a los pacientes.
2. La papelería médica: es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
3. Dicha papelería representa un registro de toda la atención médica que recibe un paciente por parte del sistema sanitario. Tales como, Informes, diagnósticos, tratamientos como: cirugía, dietética, farmacoterapia, fisioterapia, hidroterapia, logopedia, ortopedia, prótesis: dentales, lentes; o análisis reflejados en un documento que sea transferible entre profesionales de la salud para ofrecerles todo el contexto para tratar al paciente.
4. La papelería médica nos ayuda a preservar información fidedigna de los pacientes, la cual deberá contener como mínimo los datos de identificación de la persona paciente y de las circunstancias por las que acude a los servicios que ofrece la institución de salud: nombre y apellidos, número de historia clínica y número de registro de atenciones.
5. Es el principal repositorio de información que permite asegurar la continuidad en el proceso de atención de pacientes, ya que allí se registran todas las intervenciones del equipo de salud. Además que sirve como fuente de información para el aprendizaje a partir de casos clínicos.

Es así que respetuosamente se solicita la autorización de inicio del proceso IHSS-DMN-ADQUISICIÓN DE PAPELERÍA MÉDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), mismo que deberá sujetarse a las siguientes condiciones:

1. El contrato estará vigente por un (1) año contado a partir de su suscripción.
2. Los bienes objeto de este proceso deberán ser entregados en el Almacén Central del IHSS, de la siguiente manera:
 - 2.1. Primera entrega: 50% del total de cada partida dentro de los 45 días calendario siguientes a la notificación de adjudicación.
 - 2.2. Segunda entrega: 50% del total de cada partida dentro de los 90 días calendario siguientes a la primera entrega, para ser distribuida a todas las unidades dependientes del Instituto.
 - 2.3. Los paquetes deberán entregarse con recubrimiento que proteja la papelería de daños en el transporte y estibo, con una muestra visible del documento que contiene el paquete. En caso que la papelería presente defectos, el IHSS rechazará la entrega y el proveedor deberá reponer la totalidad del producto dentro de los quince (15) días hábiles siguientes.

3. La forma de pago se hará conforme a la cantidad de insumos recibidos de parte del proveedor, quien deberá presentar a la Gerencia Administrativa y Financiera, el acta de recepción por el personal técnico (Almacén Central) y la documentación administrativa requerida para el pago.
4. **Código SAP:** Toda la papelería objeto de este proceso, deberá incluir en la esquina inferior derecha, un "Código SAP" tal y como se muestra en el acápite de "Referencias" de este documento y, en caso que el interesado requiera mayor detalle, podrá avocarse a la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras del IHSS a consultar los formatos impresos.
5. El Instituto tendrá disponible en el Departamento de Compras un folder conteniendo las 57 artes gráficas en físico, por si se presenta las necesidades de parte de los ofertantes de revisar estas.
6. **Muestras:** Los oferentes deberán presentar con su oferta, una muestra de la papelería ofertada que deberá apegarse a las especificaciones técnicas requeridas en este documento y deberá llevar una marca de agua con las siglas "IHSS" al centro de la muestra, suficientemente visible para poder identificar que se trata de una muestra. En el caso que la muestra entregada no coincida con las especificaciones requeridas, se notificará al oferente para que, dentro del plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la notificación, proceda a presentar nuevamente la muestra corregida, caso contrario, la oferta no será considerada.
7. El ofertante deberá entregar en una USB, las artes gráficas en formato AI (Adobe Illustrator) de las formas del dibujo y la creación de base.
8. En cuanto a las partidas que requieren numeración correlativa, los oferentes adjudicados, una vez notificados de dicha condición, deberán acudir presencialmente a las oficinas de la Dirección Médica Nacional del IHSS, a fin de que les sea entregado, en sobre sellado, la codificación correspondiente. El retraso del proveedor no será justificación para el incumplimiento de los plazos de entrega.
9. Disposición del proceso: El proceso se plantea por partidas, pudiendo los interesados ofertar por varias o la totalidad de ellas. No se aceptarán ofertas parciales ni alternativas. Las partidas se detallan a continuación:

Partida	Descripción	UM	Cantidad
1	AUTORIZACION INTERVENCION QUIRURGICA	BLK	200
2	CARNET PERINATAL	UND	10,000
3	CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMPORAL	BLK	17000
4	CITA MEDICA	BLK	800
5	CONTROL DE CONSULTAS	BLK	100
6	CONTROL DE SUEROS	UND	4,000
7	HOJA DE EVOLUCION	BLK	9,500
8	EXPEDIENTE CLINICO ASEGURADO DIRECTO	UND	30000
9	EXPEDIENTE CLINICO FALSO	UND	3,000
10	EXPEDIENTE CLINICO PARA BENEFICIARIO	UND	4500
11	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS INYECTABLES	UND	44000
12	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS DRALES	UND	15,600
13	GRAFICO CLINICO	BLK	200
14	PAPEL CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMP INCAP	UND	10,000
15	HOJA DE CONTROL POST-OPERATORIO	BLK	200
16	INFORME CITOLOGICO	BLK	200
17	INFORME DE ALTA HOSPITALARIA	BLK	100
18	INFORME DE HOSPITALIZACION Y ALTA	BLK	1,500
19	INFORME DIARIO DEL MEDICO	BLK	2,000
20	INFORME COMPLEMENTARIOS	BLK	800
21	INGESTAS Y EXCRETAS	BLK	700
22	MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES	BLK	800
23	ORDEN DE ATENCION AL ESPECIALISTA	BLK	2,000
24	ORDEN MEDICA HOSPITALARIA	BLK	5,000
25	PARTOGRAMA IHSS	BLK	700
26	PRIMOATENCION AMBULATORIA DEL ADULTO	UND	500
27	RECETA MEDICA BLANCA	BLK	36000
28	RECETA MEDICA ROSADA	BLK	3030
29	REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	BLK	1,000
30	REGISTRO DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS	BLK	300
31	REMISION AL ESPECIALISTA	BLK	2,000
32	SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA	BLK	149
33	SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA	BLK	500
34	SOLICITUD DE MAMOGRAFIA RADIOLOGIA	BLK	100
35	SOLICITUD DE OPERACION	BLK	500



Partida	Descripción	UM	Cantidad
36	SOLICITUD DE TRANSFUSION	BLK	1,400
37	SOLICITUD ULTRASONIDO	BLK	1,500
38	SOLICITUD E INFORME DE USG OBSTETRICO	BLK	700
39	TARJETA CLINICA OFTALMOLOGICA	UND	800
40	BOLSA PARA EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS	UND	4,000,000
41	CAMBIO DE TURNO Y PERMISO	BLK	3,000
42	INFORME DIARIO MENSUAL INSTRUMENTO CS-1	UND	30
43	SOBRE PARA ARCHIVAR PELICULAS RAYOS X	UND	82,300
44	SOLICITUD DE EXAMEN LABORATORIO 8 1/2X13	BLK	9,000
45	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO	UND	2000
46	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA	UND	3000
47	SOLICITUD DE RADIOLOGÍA	BLK	4900
48	LISTADO DE MUJERES EMBARAZADAS (LISEM)	BLK	10
49	LISTADO MUJERES EN EDAD FÉRTIL (LISMEF)	BLK	10
50	LISTADO VIGILANCIA VACUNACIÓN VPH Y TD	BLK	5
51	FICHA FARMACOTERAPEUTICA 8 1/2 X 11 PULG	BLK	30
52	REGISTRO DIARIO PRUEBAS VIH	UND	150
53	INFORME MENSUAL PRUEBAS RAPIDAS EN VIH	BLK	90
54	FORMULARIO NOT.ASIST.CONTACTO PERSO. VIH	BLK	60
55	FICHA DE NOTIFICACION VIH	BLK	24
56	BOLETA DE SOL. DE EXAMEN Y RESULTADO VIH	BLK	785
57	PLAN DE CUIDADOS AL PX ONCOLÓGICO	UND	1000

Especificaciones

Item	Descripción	UM	Especificaciones Técnicas	Cantidad
1	AUTORIZACION INTERVENCION QUIRURGICA	BLK	AUTORIZACION PARA INTERVENCION QUIRURGICA Y ANESTESICA 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
2	CARNET PERINATAL	UND	CARNET PERINATAL 8 1/2" X 11". IMPRESO EN CARTONCILLO B-12, POR ANVERSO Y REVERSO, A DOS TINTAS NEGRO Y AMARILLO CON DOS SEMIDOBLES EN FORMA HORIZONTAL. PRESENTACION PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE	10,000
3	CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMPORAL	BLK	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16, MARCA DE AGUA EN ORIGINAL Y COPIAS, SÓLO POR EL ANVERSO Y TRES COPIAS CARBONADAS: ROSADA, AZUL Y VERDE, BLOCK DE 50 JUEGOS FOLIADOS EN LA PARTE SUPERIOR Y MEDIA DEL FORMATO LADO DERECHO, ENUMERADAS. LA COPIA ROSADA POR ANVERSO Y REVERSO, CON PERFORACION A LA ALTURA DE LA LEYENDA "RECORTE AQUÍ" CON RECUADRO RELLENO DE SIGNOS PARA EVITAR LA LECTURA DEL DIAGNÓSTICO. EL PAPEL CARBONADO EN CADA COPIA DEBE TENER UNA LONGITUD DE 6 1/2"	17,000
4	CITA MEDICA	BLK	CITA MÉDICA 5 1/2 X 5, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16 POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	800
5	CONTROL DE CONSULTAS	BLK	CONTROL DE CONSULTAS, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	100
6	CONTROL DE SUEROS	UND	CONTROL DE SUERO, 2 1/4 X 3 5/8, IMPRESO EN CARTULINA AMARILLA, B-100, SOLO POR EL ANVERSO.	4,000
7	HOJA DE EVOLUCION	BLK	HOJA DE EVOLUCION, 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, POR ANVERSO Y REVERSO BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	9,500
8	EXPEDIENTE CLÍNICO ASEGURADO DIRECTO	UND	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA ASEGURADO DIRECTO, 9 X 23, IMPRESO SOLO POR EL ANVERSO EN CARTULINA B-100 COLOR VERDE.	30,000
9	EXPEDIENTE CLINICO FALSO	UND	EXPEDIENTE CLÍNICO FALSO COLOR ROSADO 7 X 8 1/2 IMPRESO EN CARTULINA COLOR ROSADO B-100; POR ANVERSO Y REVERSO.	3,000
10	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA BENEFICIARIO	UND	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA BENEFICIARIO, 9 X 23, IMPRESO SOLO POR EL ANVERSO, EN CARTULINA B-100, COLOR ROSADO.	4,500
11	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS INYECTABLES	UND	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS INYECTABLES, 3 1/2 X 2 3/8, IMPRESO EN CARTULINA B-100, COLOR AMARILLO POR ANVERSO Y REVERSO.	44,000
12	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS ORALES	UND	FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS ORALES, 3 1/2 X 2 3/8, IMPRESO EN CARTULINA B-100 COLOR ROSADO POR ANVERSO Y REVERSO.	15,600
13	GRAFICO CLINICO	BLK	GRAFICO CLINICO 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
14	PAPEL CERTIFICADO INCAPACIDAD TEMP INCAP	UND	PAPEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL TAMAÑO LEGAL 8 1/2" X 14" EN PAPEL BOND B24 BLANCO, LOGO OIFUMINADO, IMPRESO A DOS COLORES EN TINTA INVISIBLE MEDIDA DE SEGURIDAD PROPORCIONADA POR EL IHSS, DOBLE ENUMERADO.	10,000
15	HOJA DE CONTROL POST-OPERATORIO	BLK	HOJA DE CONTROL POST-OPERATORIO 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16, POR ANVERSO Y REVERSO, PIE CON CABEZA BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
16	INFORME CITOLOGICO	BLK	INFORME CITOLOGICO 8 1/2" X 7" IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, SOLO POR EL ANVERSO. BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	200
17	INFORME DE ALTA HOSPITALARIA	BLK	INFORME DE ALTA HOSPITALARIA 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BASE-16, ORIGINAL Y COPIA A COLOR, CARBONADA. BLOCK DE 100 JUEGOS.	100
18	INFORME DE HOSPITALIZACION Y ALTA	BLK	INFORME DE HOSPITALIZACION Y ALTA, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y DOS COPIAS: AZUL Y AMARILLO, BLOCK DE 50 JUEGOS.	1,500
19	INFORME DIARIO DEL MEDICO	BLK	INFORME DIARIO DEL MEDICO, 17X11. IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16 SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	2,000

Partida	Descripción	UM	Especificaciones Técnicas	Cantidad
20	INFORME COMPLEMENTARIOS	BLK	INFORME COMPLEMENTARIOS, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, SOLO POR EL ANVERSO, COLOR BLANCO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	800
21	INGESTAS Y EXCRETAS	BLK	INGESTAS Y EXCRETAS 8 1/2 X 11. IMPRESOS EN PAPEL BOND B-16 SOLO POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	700
22	MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES	BLK	MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES 12 1/2 X 8 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16 SÓLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y COPIA COLOR AZUL CELESTE CARBONADA, BLOCK DE 100 JUEGOS.	800
23	ORDEN DE ATENCION AL ESPECIALISTA	BLK	ORDEN DE ATENCIÓN PARA EL ESPECIALISTA 8 1/2" X 6 3/4", IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16 SOLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y COPIA COLOR VERDE, CARBONADA, BLOCK DE 100 JUEGOS	2,000
24	ORDEN MEDICA HOSPITALARIA	BLK	ORDEN MEDICA HOSPITALARIA, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL QUIMICO, SOLO POR EL ANVERSO, ORIGINAL Y DOS COPIAS: VERDE Y AMARILLA, BLOCK DE 50 JUEGOS, ENUMERADAS EN TINTA COLOR ROJA.	5,000
25	PARTOGRAMA IHSS	BLK	PARTOGRAMA IHSS 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16 SOLO POR EL ANVERSO, BLK DE 200 HOJAS.	700
26	PRIMOATENCION AMBULATORIA DEL ADULTO	UND	PRIMO ATENCION AMBULATORIA DEL ADULTO SUBSIGUIENTE, 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, PIE CON CABEZA, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	500
27	RECETA MEDICA BLANCA	BLK	RECETA MEDICA BLANCA, 6 1/2 X 4 1/4, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, ENUMERADAS, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, CADA UNO CON TALON PARA AREA ENGOMADA Y PERFORACION HORIZONTAL EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMATO, CON DOBLE ENUMERACION EN TINTA COLOR ROJO, EL EMBRETE DEL IHSS DE FONDO EN EL CUERPO DE LA RECETA, INSERTAR EL NUMERO DE CODIGO EN LA PARTE INFERIOR DERECHA, LETRAS, LINEAS Y LOGOTIPO EN TINTA COLOR VERDE.	36,000
28	RECETA MEDICA ROSADA	BLK	RECETA MEDICA ROSADA 6 1/2 X 4 1/4, IMPRESA EN PAPEL BOND B-16 COLOR ROSADO, SOLO POR EL ANVERSO, ENUMERADAS, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES CADA UNO CON TALON PARA AREA ENGOMADA Y PERFORACION HORIZONTAL EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMATO, CON DOBLE ENUMERACION EN TINTA COLOR NEGRO, EL EMBRETE DEL IHSS DE FONDO EN EL CUERPO DE LA RECETA, INSERTAR EL NUMERO DE CODIGO EN LA PARTE INFERIOR DERECHA, LETRA, LINEAS Y LOGOTIPO COLOR NEGRO.	3,030
29	REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	BLK	REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL PACIENTE, 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, PIE CON CABEZA, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	1,000
30	REGISTRO DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS	BLK	REGISTRO DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BASE-16, POR ANVERSO Y REVERSO BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	300
31	REMISION AL ESPECIALISTA	BLK	REMISION AL ESPECIALISTA, 8 1/2 X 3 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND B-16 COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS.	2,000
32	SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA	BLK	SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA, 8 1/2" X 5 1/2" IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	149
33	SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA	BLK	SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA 8 1/2" X 11". IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16 SÓLO POR EL ANVERSO; BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES	500
34	SOLICITUD DE MAMOGRAFIA RADIOLOGIA	BLK	SOLICITUD DE MAMOGRAFIA (RADIOLOGIA E IMAGEN) 8 1/2 X 11 BLK 100 JUEGOS	100
35	SOLICITUD DE OPERACION	BLK	SOLICITUD DE OPERACION 8 1/2 X 5 1/2 IMPRESA EN PAPEL BOND BLANCO BASE-16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	500
36	SOLICITUD DE TRANSFUSION	BLK	SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN, 8 1/2 X 5 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND ROSADO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	1,400
37	SOLICITUD ULTRASONIDO	BLK	SOLICITUD ULTRASONIDO, DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN 8 1/2" X 11" IMPRESO EN PAPEL BOND BASE-16, COLOR BLANCO, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	1,500
38	SOLICITUD E INFORME DE USG OBSTETRICO	BLK	SOLICITUD E INFORME DE ULTRASONIDO OBSTETRICO 8 1/2" X 11". IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, POR ANVERSO Y REVERSO, ORIGINAL Y COPIA COLOR VERDE, BLOCK DE 100 JUEGOS.	700
39	TARJETA CLINICA OFTALMOLOGICA	UND	TARJETA CLINICA OFTALMOLOGICA, 5 1/2 X 3 1/2, IMPRESO EN CARTULINA LISA COLOR BLANCO B-100, SOLO POR EL ANVERSO.	800
40	BOLSA PARA EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS	UND	BOLSAS PARA DESPACHO DE MEDICAMENTOS 4 1/2" X 6". IMPRESAS EN PAPEL BOND BLANCO B-16, CON IMPRESION POR EL ANVERSO.	4,000,000
41	CAMBIO DE TURNO Y PERMISO	BLK	CAMBIO DE TURNO Y PERMISO, 8 1/2 X 5 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	3,000
42	INFORME DIARIO MENSUAL INSTRUMENTO CS-1	UND	INFORME DIARIO MENSUAL DE CDNSEJERIA INSTRUMENTO CS-1 13 X 8 1/2. IMPRESO EN PAPEL BOND BASE 16 POR ANVERSO Y REVERSO BLOCK DE 200 HOJAS	30
43	SOBRE PARA ARCHIVAR PELICULAS RAYOS X	UND	SOBRES MANILA MEMBRETADOS PARA ARCHIVAR PELÍCULAS DE RAYOS X 19" X 15", TAMAÑO DE LA ALETA 2 1/8" ABRIR POR LA PARTE IZQUIERDA. IMPRESAS EN PAPEL MANILA.	82,300
44	SOLICITUD DE EXAMEN LABORATORIO 8 1/2X13	BLK	SOLICITUD EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, 8 1/2 X 13, IMPRESO EN PAPEL BOND B-16, COLOR BLANCO, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	9,000
45	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO	UND	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO 16 1/4" X 8 1/2". IMPRESO EN CARTONCILLO CALIBRE 0.012 SATINADO A UNA CARA, CON DOBLES EN FORMA VERTICAL, A DOS COLORES AZUL Y NEGRO POR ANVERSO Y REVERSO.	2,000
46	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA	UND	TARJETA DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA 16 1/4" X 8 1/2". IMPRESO EN CARTONCILLO CALIBRE 0.012 SATINADO A UNA CARA, CON DOBLES EN FORMA VERTICAL, A DOS COLORES ROSADO Y NEGRO POR ANVERSO Y REVERSO.	3,000
47	SOLICITUD DE RADIOLOGIA	BLK	SOLICITUD DE RADIOLOGIA (DEPTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN) 8 1/2 X 11. IMPRESO EN PAPEL BOND B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, BLK DE 200 HOJAS ORIGINALES.	4,900
	LISTADO DE MUJERES EMBARAZADAS (LISEM)	BLK	LISTADO DE MUJERES EMBARAZADAS (LISEM), TAMAÑO 16"X30". IMPRESO EN PAPEL BOND B-20 COLOR BLANCO, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 50 HOJAS. ADEMÁS DEL LOGO DE LA INSTITUCION AGREGAR EL LOGO DE LA SECRETARIA DE SALUD	10

Código	Descripción	UM	Especificaciones Técnicas	Cantidad
49	LISTADO MUJERES EN EDAD FÉRTIL (LISMEF)	BLK	LISTADO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (LISMEF), TAMAÑO 16"x30". IMPRESO EN PAPEL BOND B- 20 COLDR BLANCO, POR ANVERSO Y REVERSO, BLDCK DE 50 HDJAS. ADEMÁS DEL LOGO DE LA INSTITUCION AGREGAR EL LOGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.	10
50	LISTADO VIGILANCIA VACUNACIÓN VPH Y TD	BLK	LISTADO DE VIGILANCIA DE VACUNACIÓN CON VPH Y TD ADOLESCENTES MUJERES, TAMAÑO 14"x27". IMPRESO EN PAPEL BOND B- 20 COLDR BLANCO, SÓLO POR EL ANVERSO, BLK DE 50 HOJAS. ADEMÁS DEL LOGO DE LA INSTITUCIÓN AGREGAR EL LOGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.	5
51	FICHA FARMACOTERAPEUTICA 8 1/2 X 11 PULG	BLK	FICHA FARMACOTERAPEUTICA DE 8 1/2 X 11 PULGADAS IMPRESA EN PAPEL BOND BASE 16, SOLO POR EL ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS DRIGINALES	30
52	REGISTRO DIARIO PRUEBAS VIH	UND	REGISTRO DIARIO PRUEBAS, DE LA INMUNDEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRDDUCTIVA, LA PORTADA A FULL COLOR DEBE TENER UN GRAMAJE DE 250 a 350 GRAMOS, CON MEDIDA: 8,5 x 14, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACIÓN: REGISTROS FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	150
53	INFDRME MENSUAL PRUEBAS RAPIDAS EN VIH	BLK	INFORME MENSUAL PRUEBAS RAPIDAS EN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CON MEDIDA: 8,5 x 13, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO INCLUYE TEXTO EN COLOR ROJO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFDRMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	90
54	FDRMULARIO NOT.ASIST.CONTACTO PERSO. VIH	BLK	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ASISTIDA A CONTACTOS A PERSONAS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CON MEDIDA: 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, SOLO POR ANVERSO, BLOCK DE 200 HDJAS ORIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES FDRRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FORMATO).	60
55	FICHA DE NOTIFICACIDN VIH	BLK	FICHA DE NOTIFICACIÓN DE LA DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CON MEDIDA: 8,5 x 14, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, BLOCK DE 200 HDJAS DRIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FDRMATO).	24
56	BOLETA DE SOL. DE EXAMEN Y RESULTADO VIH	BLK	BOLETA DE SOLICITUD DE EXAMEN Y RESULTADD DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CDN MEDIDA: 8 1/2 X 11, IMPRESO EN PAPEL BOND BLANCO B-20, SDLO ANVERSO, BLOCK DE 200 HOJAS ORIGINALES, PRESENTACIÓN PAQUETES FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FDRMATO).	785
57	PLAN DE CUIDADOS AL PX DNCOLÓGICO	UND	LIBRETA DE REGISTRO PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON TRATAMIENTD DNCLOGICD, CON MEDIDA 4 1/2 X 7 1/2, PORTADA PLASTIFICADA, UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA TEXTO NEGRO Y A COLOR, EN PAPEL BOND BLANCO B-20, POR ANVERSO Y REVERSO, CUENTA CDN 16 PAGINAS PRESENTACIÓN: REGISTROS FORRADOS EN PAPEL MANILA, FÁCILES DE MANIPULAR, ROTULADOS Y UNA MUESTRA VISIBLE ADHERIDA AL PAQUETE. (PARA MAYOR INFORMACIÓN SE ADJUNTA MUESTRA DEL FDRMATO).	1000

REFERENCIAS

Partida 1 - AUTORIZACIÓN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA

Lugar y Fecha _____

Yo, _____

Encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales, por la presente autorizo al Instituto Hondureño de Seguridad Social, para que me practiquen los procedimientos anestésicos, quirúrgicos, diagnósticos profilácticos, o curativos que sean requeridos durante mi hospitalización.

Igualmente concedo autorización para que se soliciten los estudios histopatológicos y/o de autopsia necesarios.

Exonero a la Institución y al personal de atención médica por accidente y complicaciones involuntarias o inherentes al procedimiento anestésico o quirúrgico que se me practique.

Firma o Huella Digital

Tarjeta Identidad

N° Afiliación I.H.S.S.

Yo, _____

Parentesco con el paciente _____

Por la presente autorizo al Instituto Hondureño del Seguro Social, para que de acuerdo al enunciado anterior, le sean practicados los procedimientos señalados al paciente _____

N° de Afiliación _____ en virtud de que no está en condiciones de autorizarlo personalmente por la siguiente razón:

1. Suma Gravedad _____ ()
2. Coma _____ ()
3. Intoxicación aguda (alcohólica, barbitúrica, etc.) _____ ()
4. Imposibilidad física _____ ()
5. Menor de edad o infante _____ ()
6. Trastorno psiquiátrico _____ ()

Firma o Huella Digital

Tarjeta Identidad

TESTIGOS

Nombre

Nombre

Firma

Firma

Ccd-SAP_2300000006



N°	Código	Nombre de la adquisición	Normativa	Tipo Adquisición	Modalidad	Fuente de Financiamiento	Monto Estimado (L.)	Convocatoria a participar en el proceso	Recepción y apertura de Ofertas	Evaluación de las Ofertas	Notificación de resultados a oferentes	Fecha Estimada de Compra
9	25537	<u>IHSS-DMN-CONTRATACION DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS DE LABORATORIO CLINICO PARA LOS DERECHOHABIENTES DEL IHSS, PARA REGIONALES DE: LA CEIBA, DANLI, TOCOA, CATACAMAS, CHOLUTECA Y CLINICA DE MATERNIDAD DE VILLANUEVA</u>	Nacional	Servicios	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	24,050,000.00	21/7/2024	30/8/2024	31/8/2024	15/9/2024	30/9/2024
10	25538	<u>IHSS-DMN-CONTRATACION DE SERVICIO DE ALIMENTACION PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES, HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE Y CLINICA DE MATERNIDAD VILLANUEVA DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Servicios	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	76,100,000.00	21/7/2024	30/8/2024	31/8/2024	15/9/2024	30/9/2024
11	25539	<u>IHSS-DMN-CONTRATACION DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO MEDICO PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Servicios	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	380,000,000.00	21/7/2024	30/8/2024	31/8/2024	15/9/2024	30/9/2024
12	25540	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE INSUMOS DE HEMODINAMIA PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	22,000,000.00					30/9/2024
13	25541	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE ROPA HOSPITALARIA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	16,000,000.00					30/9/2024
14	25542	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	8,000,000.00					31/7/2024
15	25543	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE INSUMOS PARA DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA PARA DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	18,000,000.00					30/8/2024
16	25544	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE INSTRUMENTAL PARA ENDOSCOPIA Y CIRUGIA LAPAROSCOPICA DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	25,000,000.00					30/9/2024
17	25545	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MEDIANTE UNOPS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) MEDIANTE UNOPS</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	100,000,000.00					30/9/2024
18	25546	<u>IHSS-DMN-SUMINISTRO DE HEMODERIVADOS Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS IHSS-CRUZ ROJA HONDUREÑA</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	57,000,000.00					29/3/2024
19	25547	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) MEDIANTE UNOPS</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	877,781,000.00					29/3/2024
20	25548	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) MEDIANTE COMISCA</u>	Internacional	Suministros de consumo		Recursos Propios	113,000,000.00					29/3/2024
21	25549	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Pública Nacional	Recursos Propios	509,219,000.00					30/9/2024

PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024

ESTADO: EN EJECUCION

INSTITUCIÓN: 601 - INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

OBJETIVO ESTRATEGICO 1	GARANTIZAR LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD A LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA ASEGURADA Y SUS BENEFICIARIOS, PARA MEJOR SU CALIDAD DE VIDA Y CONTRIBUIR AL DESARROLLO INTEGRAL DE NUESTRO PAÍS.
-------------------------------	--

RESULTADO INSTITUCIONAL:

1 AMPLIADAS LAS ATENCIONES MÉDICAS DE LA POBLACIÓN ASEGURADA DEL IHSS

OBJETIVO OPERATIVO 1	INCREMENTAR LA CANTIDAD DE CONSULTAS DE MEDICINA, MEJORANDO CON ELLO LA RELACIÓN DEL PROMEDIO DE ATENCIONES MÉDICAS POR DERECHO HABIENTE IMPLEMENTANDO NUEVAS MODALIDADES.
-----------------------------	--

PRODUCTO 1	INTERVENCIONES EN SALUD BRINDADAS A LA POBLACIÓN ASEGURADA DEL IHSS
-------------------	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-0 SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDIDA: 418 INTERVENCION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: FINAL TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	295687	243180	289223	218187	270433	297057	296897	298057	295847	244390	297267	218975
APRES:	744,136,88 3,00	744,136,87 8,00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3245200	3976973	4500822	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 3245200

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 8,929,642,591.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	295687	243180	289223	218187	270433	297057	296897	298057	295847	244390	297267	218975
APRES:	744,136,88 3,00	744,136,87 8,00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3245200	3976973	4500822	0

TOTAL CANTIDAD UE: 3245200

TOTAL A/PRESUP. UE: 8,929,642,591.00



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTO	2	CONSULTAS MÉDICAS BRINDADAS
-----------------	---	------------------------------------

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-1-0 **CONSULTAS MÉDICAS**

UNIDAD DE MEDIDA: 25 CONSULTA **PERIODICIDAD:** 6 MENSUAL **PRODUCTO:** INTERMEDI A **TIPO PRODUCTO:** PRIMARIO **NO ACUMULABLE:** ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	284167	232500	258333	206667	258333	284167	284167	284167	284167	232500	284167	206665
APRES:	403,877,85 4.00	403,877,85 0.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3100000	3500000	4000000	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 3100000

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 4,846,531,844.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	284167	232500	258333	206667	258333	284167	284167	284167	284167	232500	284167	206665
APRES:	403,877,85 4.00	403,877,85 0.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3100000	3500000	4000000	0

TOTAL CANTIDAD UE: 3100000

TOTAL A/PRESUP. UE: 4,846,531,844.00

PRODUCTO	3	EGRESOS HOSPITALARIOS BRINDADOS
-----------------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-2-0 **ATENCIÓN HOSPITALARIA**

UNIDAD DE MEDIDA: 36 EGRESO **PERIODICIDAD:** 6 MENSUAL **PRODUCTO:** INTERMEDI A **TIPO PRODUCTO:** PRIMARIO **NO ACUMULABLE:** ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	9000	9000	9000	9000	10000	11000	10000	12000	10000	10000	11000	10000
APRES:	301,572,18 3.00	301,572,18 4.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	120000	450513	473039	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 120000

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 3,618,866,197.00

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	9000	9000	9000	9000	10000	11000	10000	12000	10000	10000	11000	10000
APRES:	301,572,18 3.00	301,572,18 4.00										

TOTAL CANTIDAD UE: 120000

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	120000	460513	473035	0

TOTAL A/PRESUP. UE: 3,618,866,197.00

PRODUCTO	4	SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD OTORGADOS
-----------------	---	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-3-0 OTORGAMIENTO DE SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD COMÚN

UNIDAD DE MEDIDA: 277 SUBSIDIO PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: INTERMEDI TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	2520	1680	1890	2520	2100	1890	2730	1890	1680	1890	2100	2310
APRES:	38,887,048. 00											

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 25200

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	25200	26460	27783	0

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 464,244,550.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	2520	1680	1890	2520	2100	1890	2730	1890	1680	1890	2100	2310
APRES:	38,887,048. 00											

TOTAL CANTIDAD UE: 25200

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	25200	26460	27783	0

TOTAL A/PRESUP. UE: 464,244,550.00

OBJETIVO ESTRATEGICO	2	FORTALECER Y DAR SOSTENIBILIDAD AL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE (IVM); PARA BRINDAR LAS COBERTURAS DE ACUERDO A LA CONTRIBUCIÓN REALIZADA POR LOS AFILIADOS A FIN DE RETRIBUIR A TRAVÉS DE MEDIOS ECONÓMICOS DE SUSTENTENCIA COMO LO ES LA PENSIÓN O JUBILACIÓN.
-----------------------------	---	--

RESULTADO INSTITUCIONAL:

1 INCREMENTADO EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES DEL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE, OTORGADAS EN COMPARACIÓN AL AÑO 2023



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

OBJETIVO OPERATIVO	1	ENTREGAR OPORTUNAMENTE LOS BENEFICIOS A LOS DERECHOHABIENTES.
---------------------------	---	---

PRODUCTO	1	PENSIONES OTORGADAS A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE.
-----------------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 54-0-0-0 BENEFICIOS DE PREVISIÓN Y SERVICIOS SOCIALES

UNIDAD DE MEDIDA: 464 PENSION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: FINAL TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: NO ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
A/PRES:	673,497,49 2.00	673,497,48 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD:

TOTAL GLOBAL A/PRESUP:

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

3 GERENCIA DEL SEGURO DE PREVISIÓN SOCIAL

5 UNIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
A/PRES:	673,497,49 2.00	673,497,48 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	0

TOTAL CANTIDAD UE:

TOTAL A/PRESUP. UE:



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTO	2	PENSIONES TRAMITADAS A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
-----------------	----------	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 54-0-0-1-0 OTORGAMIENTO DE PENSIONES

UNIDAD DE MEDIDA: 484 PENSION **PERIODICIDAD:** E MENSUAL **PRODUCTO:** INTERMEDIO **TIPO PRODUCTO:** PRIMARIO **NO ACUMULABLE:** NO ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
APRES:	673,497,48 2.00	673,497,48 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 0

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 8,081,969,900.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

3 GERENCIA DEL REGIMEN DE PREVISION SOCIAL

5 UNIDAD DE PREVISION SOCIAL

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
APRES:	673,497,48 2.00	673,497,48 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	0

TOTAL CANTIDAD UE: 0

TOTAL A/PRESUP. UE: 8,081,969,900.00

OBJETIVO ESTRATEGICO	3	INTENSIFICAR LAS GESTIONES QUE REALIZA EL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES ORIENTADAS EN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN A LAS EMPRESAS AFILIADAS AL SISTEMA, CONTANDO CON PERSONAL CAPACITADO Y EFICIENTE QUE PERMITA ESTAR VIGILANTE EN LA SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO QUE EL PATRONO BRINDE A LOS EMPLEADOS, Y ASIMISMO OTORGAR LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS ENMARCADAS EN LEY ANTE CUALQUIER CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE SE PRESENTE, ADEMÁS, VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS DISPOSICIONES ENMARCADAS EN LEY A BENEFICIO DEL EMPLEADO.
-----------------------------	----------	---

RESULTADO INSTITUCIONAL:

1 INCREMENTADO EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGO PROFESIONAL

OBJETIVO OPERATIVO	1	BRINDAR LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS QUE TIENEN DERECHO LAS Y LOS ASEGURADOS POR CONCEPTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.
---------------------------	----------	---



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTO	1	PRESTACIONES ECONÓMICAS OTORGADAS A LOS Y LAS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES
-----------------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 13-0-0-0-0 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES

UNIDAD DE MEDIDA: 416 INTERVENCIÓN PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: FINAL TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	4016	3950	3991	4040	4030	3997	4065	4005	3978	3989	4042	4041
A/PRES:	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00

	2024	2025	2026	2027	TOTAL GLOBAL CANTIDAD:	48144
PRODUCCIÓN ANUAL	48144	4816	4915	0	TOTAL GLOBAL A/PRESUP:	184,137,564.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	4016	3950	3991	4040	4030	3997	4065	4005	3978	3989	4042	4041
A/PRES:	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00

	2024	2025	2026	2027	TOTAL CANTIDAD UE:	48144
PRODUCCIÓN ANUAL	48144	4816	4915	0	TOTAL A/PRESUP. UE:	184,137,564.00

PRODUCTO	2	PENSIONES OTORGADAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES
-----------------	---	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 13-0-0-1-0 OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR ENFERMEDAD PROFESIONAL Y/D ACCIDENTE LABORAL

UNIDAD DE MEDIDA: 464 PENSION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: INTERMEDI A TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: NO ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	3680	3684	3688	3692	3696	3700	3704	3708	3712	3716	3720	3724
A/PRES:	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.80	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,061.00

	2024	2025	2026	2027	TOTAL GLOBAL CANTIDAD:	0
PRODUCCIÓN ANUAL	0	3771	3818	0	TOTAL GLOBAL A/PRESUP:	116,172,776.00



REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE FINANZAS

PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	3680	3584	3688	3592	3696	3700	3704	3708	3712	3716	3720	3724
APRES:	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,065.0 D.	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,065.0 0	9,881,061.0 0

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	3771	3818	0

TOTAL CANTIDAD UE: 0

TOTAL A/PRESUP. UE: 116,172,776.00

PRODUCTO	3	SUBSIDIOS OTORGADOS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL Y ACCIDENTES DE TRABAJO A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES
----------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA:

13-0-0-2-0

OTORGAMIENTO DE SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

UNIDAD DE MEDIDA: 277 SUBSIDIO

PERIODICIDAD: 6 MENSUAL

PRODUCTO: INTERMEDI TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	300	280	225	300	250	225	325	225	200	225	250	275
APRES:	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 C	2,975,000.0 0						

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3000	3150	3308	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 3000

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 35,700,000.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	300	280	225	300	250	225	325	225	200	225	250	275
APRES:	2,975,000.0 0											

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3000	3150	3308	0

TOTAL CANTIDAD UE: 3000

TOTAL A/PRESUP. UE: 35,700,000.00



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTO	4	INTERVENCIONES DE RIESGO PROFESIONAL REALIZADA A LAS EMPRESAS
----------	---	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 13-0-0-3-0 PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES EN LAS EMPRESAS

UNIDAD DE MEDIDA: 416 INTERVENCION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: INTERMEDI A TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	36	66	78	48	84	72	36	72	66	48	72	42
AIPRES:	2,688,732.0 0	2,688,736.0 0										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	720	756	794	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 720

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 32,264,788.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

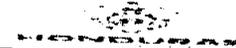
6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	36	66	78	48	84	72	36	72	66	48	72	42
AIPRES:	2,688,732.0 0	2,688,736.0 0										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	720	756	794	0

TOTAL CANTIDAD UE: 720

TOTAL A/PRESUP. UE: 32,264,788.00



LICITACION PUBLICA No LPN-018-2024

"ADQUISICION DE PAPELERIA MEDICA E IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL .

LISTA DE REUNION DE SOCIALIZACION DE LA LPN-018-2024

No	Nombre	Area que representa	Fecha	Hora	Firma
1	Andrea Cubas	DMN	27-05-24	03:00pm	
2	Jose Penon Hernandez	Sub compras	27-05-24	03:00 PM	
3	Nelly Rodriguez	Asesorio legal	7/6/2024	1:24 P.M	
4					
5					