



# DOCUMENTO DE LICITACIÓN

## *INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)*

### LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

No. 045-2022

**“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES  
I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS  
DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES  
DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
(IHSS)”**

**Fuente de Financiamiento:**

Recursos Propios

Tegucigalpa, M.D.C Diciembre 2022



|  |    |
|--|----|
| SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES.....           | 2  |
| IO-01 CONTRATANTE.....                                   | 3  |
| IO-02 TIPO DE CONTRATO .....                             | 3  |
| IO-03 OBJETO DE CONTRATACION.....                        | 3  |
| IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS .....                        | 3  |
| IO-05 PRESENTACIÓN DE OFERTAS .....                      | 3  |
| IO-05.1 CONSORCIO .....                                  | 4  |
| IO-06 VIGENCIA DE LAS OFERTAS .....                      | 4  |
| IO-07 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA.....           | 4  |
| IO-08 PLAZO DE ADJUDICACION .....                        | 4  |
| IO-09 DOCUMENTOS A PRESENTAR.....                        | 4  |
| IO-10 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE LICITACION ..... | 7  |
| IO-10.I ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACION .....   | 7  |
| IO-11 EVALUACION DE OFERTAS .....                        | 8  |
| IO-12 ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES .....              | 10 |
| IO-13 ADJUDICACION DEL CONTRATO .....                    | 11 |
| IO-14 NOTIFICACION DE ADJUDICACION DEL CONTRATO.....     | 11 |
| IO-15 FIRMA DE CONTRATO .....                            | 11 |
| SECCION II - CONDICIONES DE CONTRATACION .....           | 13 |
| CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO .....                   | 13 |
| CC-02 PLAZO CONTRACTUAL .....                            | 13 |
| CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO.....                         | 13 |
| CC-04 LUGAR DE ENTREGA DEL SUMINISTRO .....              | 13 |
| CC-05 PLAZO Y CANTIDADES DE ENTREGA DEL SUMINISTRO ..... | 13 |
| CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCION .....                   | 14 |
| CC-07 GARANTÍAS.....                                     | 14 |
| CC-08 FORMA DE PAGO.....                                 | 15 |
| CC-09 MULTAS .....                                       | 15 |
| SECCION III - ESPECIFICACIONES TECNICAS .....            | 17 |
| SECCION IV – FORMULARIOS Y FORMATOS .....                | 18 |



## SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

### IO-01 CONTRATANTE

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) tiene por objeto la **“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”** mediante el proceso de Licitación Pública Nacional No. 045-2022.

### IO-02 TIPO DE CONTRATO

Como resultado de esta licitación se podrá otorgar un contrato de Servicio, entre el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el licitante ganador.

### IO-03 OBJETO DE CONTRATACION

**“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”**

### IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán presentarse en idioma español, incluso información complementaria como catálogos técnicos, 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

Para fines de presentación de ofertas se establece el siguiente:

Las ofertas se presentarán en: El Salón de Sesiones del Régimen de Invalidez Vejes y Muerte (IVM) Tercer Piso, Barrio Abajo. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.

El día último de presentación de ofertas será: XXXXXXXXXXXX

La hora límite de presentación de ofertas será: 10:00 am Hora Oficial de la República de Honduras. 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). Con el propósito de realizar una evaluación objetiva de las ofertas recibidas, se solicita que presenten las mismas debidamente firmadas encuadradas o en Leitz y FOLIADAS EN TODAS SUS HOJAS por el oferente o su representante legal dentro de tres (3) sobres sellados por separado, se requiere que la documentación se desglose y presente en la forma siguiente:

**PRIMER SOBRE:** Contendrá el original y una copia de la Oferta Económica y será rotulado



## “OFERTA ECONOMICA”

**SEGUNDO SOBRE:** Contendrá el original y una copia de la Documentación Legal y será rotulado: “DOCUMENTACIÓN LEGAL”

**TERCER SOBRE:** Contendrá el original y una copias de la Oferta Técnica y será rotulado “DOCUMENTACION TÉCNICA”

Los sobres interiores y exteriores deberán llevar las siguientes leyendas Adicionales de identificación:

### **Parte Central:**

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Bo. Abajo, Edificio Administrativo, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

### **Esquina Superior:**

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

### **Esquina Inferior:**

Izquierda:

Oferta de “**CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**” mediante el proceso de Licitación Pública Nacional No. 045-2022.

Derecha:

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

“La apertura de las ofertas tendrá lugar en El Salón de Sesiones del Régimen de Invalidez Vejes y Muerte (IVM) Tercer Piso, del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.”

Fecha día; xxxxx

Hora: 10:15 a.m. (Hora Oficial de la República de Honduras)

Nota: Para efectos de control y seguridad de los oferentes, la totalidad de los documentos deberán presentarse foliados, en caso de que no lo estén, estos serán foliados por el representante de la empresa oferente, en presencia de las personas que asistan durante el acto de apertura y se dará a conocer el número de folios útiles de que consta la oferta. Después del Acto de Apertura, se permitirá a los oferentes revisar las ofertas de los otros oferentes conforme a la Ley de Contratación del Estado (Artículo 50) y su Reglamento (Artículo 124). En ningún caso se permitirá obtener fotocopias de las ofertas; los interesados podrán examinar las ofertas inmediatamente después del acta de apertura, 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 Instituto se reserva el derecho de indicar que información debe mostrarse.



*Es de carácter obligatorio 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 acto público de apertura de ofertas se realizará en El Salón de Sesiones del Régimen de Invalidez, Vejes y Muerte (IVM) Tercer Piso, Barrio Abajo a partir de las: 10:15 am, Hora oficial de la Republica de Honduras.

Una copia del acta de apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras y en el portal del IAIP. Los oferentes o sus representantes que deseen estar presente al momento de apertura de las ofertas deberán presentarse a la dirección anteriormente cita.

### **IO-05.1 CONSORCIO**

Cada Oferente presentará una sola Oferta, ya sea individualmente o como miembro de un Consorcio. Si el Proveedor es un Consorcio, todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunada 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-06 VIGENCIA DE LAS OFERTAS**

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de ciento veinte (120) días calendarios, contados a partir de la fecha de presentación.

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 ampliara 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 equivalente, por lo menos, **AL DOS POR CIENTO (2%) DEL VALOR TOTAL DE LA OFERTA**, con indicación de la cláusula obligatoria.

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.

La garantía deberá tener una vigencia mínima en total de CIENTO VINTE (120) días calendarios.

### **IO-08 PLAZO DE ADJUDICACION**

La adjudicación del contrato al licitante ganador se notificará dentro de los NOVENTA (90) 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**

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta

#### **Documentos subsanables.**

1. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad y sus reformas debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
2. Fotocopia legible del poder del representante legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representando a la empresa en el proceso de licitación, debidamente inscrito en el Registro Mercantil.
3. Fotocopia del Documento Nacional de identificación (DNI) del Representante Legal
4. Fotocopia de RTN del oferente y del Representante Legal.
5. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.
6. Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la certificación de Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado. **“la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ...”**
7. La Declaración Jurada de la empresa y de su representante legal de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37,38,39,40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos.
8. Declaración Jurada de la empresa y su representante legal que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo (Ver anexo).
9. Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente, vigente.
10. Licencia sanitaria vigente emitida por la Dirección General de Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud.

#### **Documentos no subsanables**

1. Formulario de Presentación de Oferta la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado y sellado por el Representante Legal
2. Lista de Precios, firmado y sellado por el Representante Legal de la Empresa.
3. Garantía de Mantenimiento de Oferta original.



**NOTA:**

- Todos los documentos que no sean originales deberán ser autenticados (**Una autentica de copias**).
- Los documentos firmados por el Representante Legal de la empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (**Una sola autentica de firmas**).

## **09.1 INFORMACIÓN FINANCIERA**

- Constancia de institución bancaria acreditada en el país en donde conste que los saldos promedio de depósitos (de los últimos 12 meses) o línea de crédito a favor del ofertante no menor al 5% del monto de su oferta.
- Presentar Estados Financieros Auditados de los últimos dos años auditados por una Firma Auditora Independiente o Auditor Externo debidamente certificados por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

## **09.2 INFORMACIÓN TÉCNICA**

El oferente deberá presentar la siguiente información que permita analizar su idoneidad técnica:

### **1. Declaración Jurada autenticada de:**

- 1.1 La calidad del servicio a proveer; manifestando que cumplirá con las normas higiénico-sanitarias que implican la prestación del servicio y conforme al cumplimiento de las Especificaciones Técnicas establecidas por el IHSS.
- 1.2 Que los equipos que propone están en óptimas condiciones de uso
- 1.3 Que se compromete a lo largo de la vigencia del Contrato a realizar capacitaciones para los médicos y/o enfermeras involucradas en los servicios Médicos Subrogados en cada una de las Clínicas Regionales del IHSS.
- 1.4 La prestación de LOS PRODUCTOS pactados en el contrato a los derechohabientes que sean referidos por los establecimientos de salud pública o privadas y que cumplan con los requisitos establecidos en el CONTRATO, que presenten el respectivo Documento Nacional de Identificación para verificar la vigencia de derecho respectiva, salvo que se trate de una atención de urgencia, en la cual deberá ser prestada sin importar el área geográfica o el estado de vigencia de derechos del paciente conforme la normativa de Secretaría de Salud vigente para las atenciones de Emergencia.
- 1.5 Asume toda responsabilidad por los daños materiales y morales causados a terceras personas dentro de las instalaciones de EL PROVEEDOR o de las instalaciones de los servicios sub contratados por el PROVEEDOR para la atención de los asegurados, así como las responsabilidades generadas por reclamos administrativos o judiciales de naturaleza civil, penal, mercantil, laboral, o de cualquier otra índole que surjan a raíz de las relaciones de EL PROVEEDOR con suplidoras, contratistas, trabajadores, pacientes o usuarios de EL PROVEEDOR y en general con cualquier tipo de reclamaciones.



2. El Oferente deberá presentar al menos una (1) constancia firmada y sellada, en papel membretado de la empresa, donde se especifique que la atención médica brindada ha sido de calidad y a satisfacción de los usuarios, la cual no debe ser extendida por el IHSS.
3. Licencia sanitaria vigente que esté acorde con el tipo de establecimiento de salud o nivel de complejidad a contratar.||

### **09.3 INFORMACIÓN ECONÓMICA**

- Formulario de la oferta, este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma.
- Formulario de Lista de Precios: Es el detalle individual de la partida cotizada en la oferta, debidamente firmado y sellado. La omisión de cualquier dato referente a precio unitario por partida, número de la licitación, así como cualquier otro aspecto sustancial que impida o limite de manera significativa el análisis, comparación u evaluación de las ofertas, será motivo de descalificación de esta según sea el caso. Si “El Oferente” No presenta el formato “Lista de Precios” se entenderá que no presento la oferta.- Artículo 131-132 del Reglamento de la LCE.
- Garantía de Mantenimiento de Oferta, por el dos por ciento (2%) del monto de la oferta, con indicación de la cláusula obligatoria.

El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la prestación de los servicios ofertados al IHSS, en los lugares y fechas especificados en estas bases. Y Los precios cotizados para cada lote deberán corresponder a un cien por ciento (100%) de los servicios solicitados Los precios deberán presentarse en Lempiras y únicamente con dos decimales.

### **09.4 DOCUMENTO QUE DEBEN PRESENTARSE ANTES DE LA FIRMA DEL CONTRATO (OFERENTE GANADOR) SEGÚN EL ARTÍCULO 30 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACION DEL ESTADO**

1. Constancia de no haber sido objeto de sanción administrativa firme en dos o más expedientes por infracciones tributarias durante los últimos cinco años emitida por la SAR;
2. Constancia de no haber sido objeto de resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración emitida por la PGR;
3. Constancia 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.
4. Certificación de Inscripción en el Registro de proveedores y contratistas del Estado emitida por la ONCAE



## **IO-10 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE LICITACION**

Para aclaraciones de los pliegos, solamente, la dirección de El Instituto es:

Atención:

Sexto Piso, Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, Edificio Administrativo, Barrio Abajo.

Dirección:

Sub-Gerencia de Suministros, Materiales y Compras del IHSS. Edificio Administrativo del IHSS, Bo. Abajo, 6to. Piso

Ciudad: Tegucigalpa, M.D.C.

País: Honduras, C.A.

Teléfono: 2222-6922

Las respuestas a solicitudes de aclaración se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras “HONDUCOMPRAS” ([www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn)).

Para efectos de recibir aclaraciones las mismas será admitida 15 días antes de la presentación de ofertas.- toda aclaración recibida después de la fecha límite no se tomará en cuenta.

## **IO-10.I ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACION**

El IHSS, podrá en cualquier momento antes del vencimiento del plazo para la presentación de ofertas, enmendar los documentos mediante la emisión de una enmienda.

Toda enmienda emitida formara parte integral de los documentos 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](http://www.honducompras.gob.hn)).

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) 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.



## IO-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:

| ASPECTO VERIFICABLE  | CUMPLE | NO CUMPLE |
|--|--------|-----------|
| 1. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad y sus reformas debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.   |        |           |
| 2. Fotocopia legible del poder del representante legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representar a la empresa en el proceso de licitación, debidamente inscrito en el Registro Mercantil.   |        |           |
| 3. Fotocopia del Documento Nacional de identificación (DNI) del Representante Legal  |        |           |
| 4. Fotocopia de RTN del oferente y del Representante Legal.  |        |           |
| 5. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.   |        |           |
| 6. Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la certificación de Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado. <b>“la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ...”</b> <sup>2</sup> |        |           |
| 7. La Declaración Jurada de la empresa y de su representante legal de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37,38,39,40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos.  |        |           |
| 8. Declaración Jurada de la empresa y su representante legal que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo (Ver anexo).   |        |           |
| 9. Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente, vigente.  |        |           |
| 10. Licencia sanitaria vigente emitida por la Dirección General de Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud.   |        |           |

<sup>1</sup> Para efecto 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.

<sup>2</sup> En el caso en que el oferente presente la constancia de estar inscrito en el Registro de Proveedores, no deberá presentar copia autenticada de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas y notificadas, poder del representante legal del oferente, constancia de colegiación del oferente y copia autenticada de RTN del oferente, a menos que alguno de los datos haya cambiado y no haya sido reportado a la ONCAE.



## FASE II, EVALUACIÓN FINANCIERA

| ASPECTO VERIFICABLE   | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|--------|-----------|
| Constancia de institución bancaria acreditada en el país en donde conste que los saldos promedio de depósitos (de los últimos 12 meses) o línea de crédito a favor del ofertante no menor al 5% del monto de su oferta. |        |           |
| Presentar Estados Financieros Auditados de los últimos dos años auditados por una Firma Auditora Independiente o Auditor Externo debidamente certificados por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS)           |        |           |

## FASE III, EVALUACIÓN TÉCNICA

Evaluación Técnica en Documentos:)

| ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES  | CUMPLE | NO CUMPLE |
|--|--------|-----------|
| <p><b>1. <u>Declaración Jurada autenticada indicando:</u></b></p> <p>1.1 La calidad del servicio a proveer; manifestando que cumplirá con las normas higiénico-sanitarias que implican la prestación del servicio y conforme al cumplimiento de las Especificaciones Técnicas establecidas por el IHSS.</p> <p>1.2 Que los equipos que propone están en óptimas condiciones de uso</p> <p>1.3 Que se compromete a lo largo de la vigencia del Contrato a realizar capacitaciones para los médicos y/o enfermeras involucradas en los servicios Médicos Subrogados en cada una de las Clínicas Regionales del IHSS.</p> <p>1.4 La prestación de LOS PRODUCTOS pactados en el contrato a los derechohabientes que sean referidos por los establecimientos de salud pública o privadas y que cumplan con los requisitos establecidos en el CONTRATO, que presenten el respectivo documento nacional de identificación para verificar la vigencia de derecho respectiva, salvo que se trate de una atención de urgencia, en la cual deberá ser prestada sin importar el área geográfica o el estado de vigencia de derechos del paciente conforme la normativa de Secretaria de Salud vigente para las atenciones de Emergencia.</p> <p>1.5 Asume toda responsabilidad por los daños materiales y morales causados a terceras personas dentro de las instalaciones de EL PROVEEDOR o de las instalaciones de los servicios sub contratados por el PROVEEDOR para la atención de los asegurados, así como las responsabilidades</p> |        |           |



generadas por reclamos administrativos o judiciales de naturaleza civil, penal, mercantil, laboral, o de cualquier otra índole que surjan a raíz de las relaciones de EL PROVEEDOR con suplidoras, contratistas, trabajadores, pacientes o usuarios de EL PROVEEDOR y en general con cualquier tipo de reclamaciones.

2. El Oferente deberá presentar al menos una (1) constancia firmada y sellada, en papel membretado de la empresa, donde se especifique que la atención médica brindada ha sido de calidad y a satisfacción de los usuarios, la cual no debe ser extendida por el IHSS.
3. Licencia sanitaria vigente que esté acorde con el tipo de establecimiento de salud o nivel de complejidad a contratar.



Los aspectos técnicos que no puedan ser verificados en la documentación emitida por el fabricante (cuando aplique), entregada en la oferta, se considerarán no cumplidos y la oferta será descalificada.

#### **FASE IV. EVALUACIÓN TÉCNICA FÍSICA: (CUANDO APLIQUE)**

De la muestra de *[insertar detalle y tamaño mínimo de muestra requerida]*, *[insertar número de unidades que serán sometidas a ensayos]*, unidades serán sometidos cada uno de ellos a la siguiente batería secuencial de ensayos físicos: ]

Ensayo 1: *[insertar detalle de ensayo a realizar]* ]

Ensayo 2: *[insertar detalle de ensayo a realizar]* ]

Ensayo 3: *[insertar detalle de ensayo a realizar]* ]

Ensayo 4: *[insertar detalle de ensayo a realizar]* ]

Ensayo 5: *[insertar detalle de ensayo a realizar]* ]

Para superar esta fase, al menos *[insertar número de unidades]* de las *[insertar número de unidades]* unidades ensayadas no deberán presentar fallas y cumplir con la totalidad de la batería secuencial de ensayos físicos. ]

Los ensayos serán efectuados en presencia del comité de evaluación de las ofertas, bajo la veeduría técnica de *[insertar nombre de entidad normativa]* y observación de la *[insertar nombre de entidad técnica]* ]

Solamente las ofertas que superen éstas fases pasarán a la siguiente Fase, las ofertas que no la superen serán descalificadas.

#### **FASE V, EVALUACIÓN ECONÓMICA**

| ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES  | CUMPLE | NO CUMPLE |
|--|--------|-----------|
| Formulario de la oferta, este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma. |        |           |
| Garantía de Mantenimiento de Oferta, por el dos por ciento (2%) del monto de la oferta, con indicación de la cláusula obligatoria.               |        |           |
| Lista de Precio, debidamente firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa.                             |        |           |

#### **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.



En caso de haber discrepancia entre precio expresado en letras y en cifras serán válidos los establecidos en letras, asimismo, en caso de que se admitieran ofertas por reglón o partida y hubiere diferencia entre el precio unitario y el precio total se considerará válido el precio unitario.

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

El valor y el plazo de la Garantía de Mantenimiento de Oferta no serán subsanables según lo establecido en el artículo 131 inciso “C” del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, el que establece textualmente **“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 garantías admisibles”**

### **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, dejándose constancia en el expediente. La publicación deberá incluir como mínimo la siguiente información.

- 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, los proponentes 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 y quien ostente la Representación Legal del adjudicatario.

Antes de la firma del contrato, el oferente ganador deberá dentro de los diez (10) días<sup>3</sup> calendario presentar los siguientes documentos:

---



<sup>3</sup> Para contratos bajo licitación pública LA LCE requiere treinta (30) días para la formalización del contrato

|  |
|--|
| Constancia original de la Procuraduría General de la República, de no tener juicios pendientes con el Estado de Honduras.  |
| Original o copia autenticada de la constancia de solvencia fiscal vigente del oferente (Sistema de Administración de Rentas)   |
| Constancia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE (solo en caso de haber presentado constancia de estar en trámite en el momento de presentar la oferta) |
| Constancia de solvencia 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.



## SECCION II - CONDICIONES DE CONTRATACION CC-01

### ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

La Dirección Médica Nacional a través de la Unidad de Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS), quien será la responsable de verificar la buena marcha y cumplimiento de las obligaciones contractuales, que entre sus funciones tendrá las siguientes:

- a. Emitir la Orden de Inicio del servicio.
- b. Dar seguimiento al cumplimiento del contrato a través de los informes presentados por el coordinador médico regional, quien además, documentará cualquier incumplimiento.
- c. Informar o estar pendiente de la vigencia del Contrato.
- d. Efectuar la evaluación y monitoreo de la prestación de los servicios médicos.

### CC-02 PLAZO CONTRACTUAL

El contrato tendrá una vigencia de UN (1) AÑO y estará vigente desde su otorgamiento hasta la entrega final de la prestación de los servicios.

### CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO

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

### CC-04 LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO

La entrega del servicio, será de conformidad a lo establecido en el Documento Base de Licitación; En las regionales de Tela, Santa Rosa de Copán, Roatán, La Ceiba, Puerto Cortés, Siguatepeque, San Lorenzo, Danlí, Choluteca. Según los lotes de acuerdo a nivel así:

- Lote 1.- Tela, nivel I
- Lote 2.- Tela, nivel II y III
- Lote 3.- Santa Rosa de Copan nivel I
- Lote 4.- Santa Rosa de Copan nivel II y III
- Lote 5.- Roatán, Nivel I
- Lote 6.- Roatán, Nivel II y III
- Lote 7.- Ceiba, Nivel II y III
- Lote 8.- Puerto Cortes Nivel I
- Lote 9.- Puerto Cortes Nivel II y III
- Lote 10.- Siguatepeque Nivel I
- Lote 11.- Siguatepeque Nivel II y III
- Lote 12.- San Lorenzo Nivel I
- Lote 13.- San Lorenzo Nivel II y III
- Lote 14.- Danlí Nivel II y III
- Lote 15.- Choluteca Nivel II y III



### **CC-05 PLAZO DEL SERVICIO**

Los servicios tendrán un plazo de duración de UN (1) AÑO.

### **CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCION O INICIO DE LOS SERVICIOS (ORDEN DE INICIO)**

La prestación de los servicios, será a partir de la Firma del Contrato y de la Orden de Inicio emitida por la Unidad de Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS).

### **CC-07 GARANTÍAS**

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, mismas que deberán ser presentadas con una nota firmada por el representante legal del oferente donde haga constar tal garantías que deberán contener la disposición de ser de ejecución inmediata e incondicional por la simple presentación de estas por parte del Instituto.

#### **a) GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

- El proveedor deberá presentar la Garantía de Cumplimiento de contrato diez (10) días después de la notificación de la adjudicación.
- La Garantía de Cumplimiento del contrato deberá ser presentada en original.
- Valor: La garantía de cumplimiento del contrato deberá ser al menos, por el valor equivalente al quince por ciento (15%) de monto contractual.
- Vigencia: La garantía de cumplimiento del contrato deberá estar vigente hasta al menos treinta días posteriores a la fecha de vencimiento de la vigencia del contrato.

Esta garantía se incrementará en la misma proporción en que el valor del contrato llegase a aumentar.

#### **b) GARANTIA DE BIEN SUMINISTRO (Cuando aplique)**

- Plazo de presentación: Después de la presentación final del servicio.



- Valor: La garantía de calidad sustituirá la garantía de cumplimiento del contrato cuyo monto será equivalente al cinco por ciento (5%) de monto contractual.
- Vigencia: 1 año contado a partir de la recepción final.

**c) INFORME DE ACEPTACION DE SERVICIOS REALIZADOS.**

- Plazo de presentación: 05 días calendario posteriores al mes de prestación de servicios.
- Objeto: responder por reclamos, por incumplimientos en la presentación de algunos de los servicios.
- *Vigencia: 05 días contados a partir de la recepción final.*

**CC-08 FORMA DE PAGO**

La forma y condiciones de pago al Proveedor en virtud del Contrato serán las siguientes: El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), pagará mensualmente una vez que el contratista presente la documentación de respaldo en los primeros cinco días hábiles del mes siguiente después del cumplimiento del servicio sin recargo alguno. Dicho pago se efectuará en moneda local, a través de la Gerencia Administrativa y Financiera del Instituto Hondureño de Seguridad Social, y se tramitará de acuerdo a los procedimientos ya establecidos por el Instituto de acuerdo al informe firmado y sellado por la Unidad de Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS), dando fe de que el servicio fue recibido a entera satisfacción, de conformidad a las especificaciones y condiciones técnicas de las bases de licitación.

Documentos a presentar para la gestión del pago son los siguientes:

- 1. ORDEN DE COMPRA EXENTA (COPIA) CUANDO APLIQUE**
- 2. ORDEN DE COMPRA SAP (ORIGINAL)**
- 3. FACTURA (ORIGINAL)**
- 4. HOJA DE ACEPTACIÓN DEL SERVICIO (ORIGINAL)**
- 5. RECIBO POR EL MONTO A COBRAR (ORIGINAL)**
- 6. CONSTANCIA DE ESTAR SUJETO A PAGOS A CUENTA VIGENTE O DE ESTAR EN TRÁMITE**



**7. SOLVENCIA FISCAL VIGENTE**

**8. INFORME DE LA EMPRESA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES**

**9. COPIA DEL CONTRATO**

**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, de conformidad lo establecido en las vigentes Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, además de los artículos 3A ,72,98 de la Ley de Contratación del Estado; artículos 17,189, 226 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, asimismo el artículo 29 inciso 6) de la Ley de Conciliación y Arbitraje.



### **SECCION III – ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES TECNICAS**

#### **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), divide sus prestaciones de salud en tres niveles de diferente complejidad, de acuerdo a las necesidades del paciente. Cada nivel de atención tiene particularidades que los oferentes deben cumplir, acreditando la documentación correspondiente o mediante las inspecciones que se realicen. Los servicios objeto de este proceso, deben prestarse de acuerdo al modelo de atención acuñado por el IHSS, dentro del cual se encuentra el programa de atención integral en salud familiar y comunitaria, por lo que el oferente debe apegarse a esta y cualquier otra normativa que el IHSS o la Secretaría de Salud emitan.

Para cada región, el IHSS ha designado un coordinador médico encargado de la evaluación de los servicios y verifica la calidad de los mismos, para efectos de pago, será necesaria el informe del coordinador de que los servicios se están prestando de la forma y con la calidad estipulada en el contrato.

En general, los establecimientos de salud que oferten sus servicios al IHSS, deberán cumplir, al menos, con los siguientes requerimientos:

- 1) Deberá contar con Licencia sanitaria vigente, de acorde con el tipo de establecimiento.
- 2) Deberá garantizar el suministro ininterrumpido de agua potable. En caso de interrupción, deberá garantizar el restablecimiento del servicio dentro de las dos (2) horas siguientes. Deberá contar además, con un sistema de reserva y almacenamiento de agua, que garantice el abastecimiento de, por lo menos, tres (3) días de consumo.
- 3) Deberá garantizar el suministro ininterrumpido de energía eléctrica. En caso de interrupción, deberá contar con equipo de respaldo que garantice la inmediata reconexión del servicio.
- 4) Deberá proveer con un espacio físico (Oficina) para el desarrollo de las actividades de supervisión, monitoreo, auditoria, refrendo del certificado de incapacidad temporal laboral y otras actividades médicas concernientes al contrato de prestación de servicios médicos incluyendo el programa PAIS-FC.
- 5) Deberá guardar la custodia de los expedientes clínicos de los asegurados, como un documento médico legal de alta complejidad, incluyendo aspectos de resguardo físico y traslado de expedientes, según las normas institucionales y condiciones que al efecto establezca el IHSS, estableciendo como modelo de expediente clínico el utilizado en las unidades propias del Instituto.



- 6) Deberá cumplir con las condiciones idóneas de almacenamiento, administración y despacho de los medicamentos, las cuales deberán estar acordes con la normativa dictada por el IHSS.
- 7) Deberá mantener existencias de medicamento almacenado de acuerdo con las necesidades y perfil epidemiológico de la región, con el fin de optimizar el manejo de los inventarios y evitar así ineficiencia por sobre existencias o incumplimientos con pacientes por desabastecimiento.
- 8) Deberá garantizar que los trabajos de odontología sean *“a cuatro manos”*.
- 9) Deberá garantizar tener la capacidad para realizar exámenes de laboratorio según la lista mínima de exámenes del IHSS.
- 10) Deberá garantizar la permanente dotación de insumos médicos y odontológicos de la calidad mínima que ofrece el Instituto.
- 11) Asegurará tener todo equipo médico, odontológico e instrumental en óptimas condiciones.
- 12) Instalará en un lugar visible al público, el rótulo que lo identifique como proveedor de servicios de salud para derechohabientes del IHSS, dicho rótulo será proporcionado por el Instituto
- 13) Contar con líneas telefónicas para recepción de llamadas de los derechohabientes y la realización de agendas de citas médicas por parte del centro de contacto del instituto.
- 14) Deberá implementar un sistema de calidad en el establecimiento para asegurar la mejora continua de los procesos en salud.
- 15) Deberá mantener los diferentes ambientes de atención médica y hospitalización, debidamente climatizados.

De la misma forma, el oferente deberá garantizar mediante declaración jurada debidamente autenticada, que se apegará a las siguientes condiciones de servicio:

1. Deberá estar afiliado y solvente con el IHSS.
2. Deberá verificar en el sistema *“consulta de derechos”*, el estado de cobertura de cada derechohabiente a atender. El IHSS proveerá acceso a dicho sistema, una vez adjudicado el contrato correspondiente.
3. Deberá garantizar que brindará un trato digno a cada paciente, aplicando las medidas disciplinarias correspondientes cuando se incumpla este extremo.
4. Deberá garantizar que todo su personal cuente con las debidas credenciales y solvencia con el colegio profesional correspondiente.
5. Deberá garantizar el pago oportuno de los salarios de su personal.
6. Deberá mantener en óptimas condiciones de higiene el establecimiento.
7. Deberá informar al derechohabiente sobre los alcances del servicio que presta en nombre del IHSS, evitando ofrecer aquellos que no se encuentren comprendidos en la cartera de atención contratada.



8. Presentará, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, un Informe de actividades con el detalle de las actividades realizadas en el mes inmediatamente anterior, utilizando para ello el sistema creado para tal fin, para dar cumplimiento a ello el proveedor deberá ingresar diariamente las actividades realizadas en el sistema informático que defina el instituto para tal fin.
9. Comunicará al IHSS, tan pronto ocurra, cualquier situación o acontecimiento de cualquier hecho que constituya fuerza mayor o caso fortuito que afecte el desarrollo del servicio.
10. Deberá de comunicar, tan pronto tome la decisión, cualquier remodelación o cambio de lugar donde pretenda trasladar la unidad de salud contratada. El cambio de ubicación no podrá realizarse en tanto no se cuente con el respectivo licenciamiento. La contravención de esta disposición, dará lugar a la resolución del contrato.
11. Deberá garantizar la prestación de los servicios a los derechohabientes que sean referidos por los establecimientos de salud pública o privada y que presenten el respectivo Documento Nacional de Identificación (DNI) para verificar la vigencia de derechos, salvo que se trate de una atención de urgencia, la que deberá ser prestada independientemente de las circunstancias del paciente.
12. El oferente adjudicado deberá registrar diferenciadamente las atenciones en salud, según el riesgo que califique, en especial de pacientes con cargo al Régimen de Riesgos Profesionales y Régimen de Enfermedad-Maternidad, y cualquier otro Régimen de protección que establezca el IHSS, de preferencia a través de expediente clínico electrónico
13. Deberá llevar los registros requeridos por el IHSS para controlar individualmente las incapacidades temporales concedidas a los asegurados, en los formatos y condiciones que al efecto establezca el IHSS, según Reglamento para la Extensión de Certificado de Incapacidad Temporal Laboral vigente.
14. Implementará las diferentes actividades planteadas para el desarrollo del “Programa de Promoción y Prevención de la Salud”, incluyendo pero no limitado a: Programa de Vacunas, Programa de planificación familiar, programa de Tuberculosis, Programa de VIH, sectorización de paciente con enfermedades crónico degenerativas y transmisibles, realización de ultrasonidos maternos según guías clínicas de atención médica, entre otros, de acuerdo al nivel ofertado.
15. Asumirá toda responsabilidad por los daños materiales y morales causados a terceras personas dentro de sus instalaciones o de las instalaciones de los servicios que subcontrate para la atención de los asegurados, así como las responsabilidades generadas por reclamos administrativos o judiciales de naturaleza civil, penal, mercantil, laboral, o de cualquier otra índole que surjan a raíz de las relaciones con suplidoras, contratistas, trabajadores, pacientes o usuarios y, en general, con cualquier tipo de reclamaciones.



16. Deberá tener un Plan de Contingencias en caso de Emergencia y deberá contar con la señalización correspondiente de las rutas de evacuación en las instalaciones donde se brinden los servicios de salud, de forma visible y conforme normas de la Secretaría de Salud.
17. Al finalizar el contrato, por cualquier motivo, el proveedor deberá, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, devolver los expedientes clínicos a las oficinas regionales del IHSS, luego de haberse efectuado una auditoria con personal que designe el IHSS así mismo la entrega de toda la papelería propia de la institución y en especial toda aquella que genere una implicación legal (incapacidades, recetas, etc.)
18. Deberá apearse a las definiciones, normas, protocolos, procedimientos, estándares de calidad y de productividad y cualquier otro concepto que se requiera en la comprensión y definición de los términos o la magnitud, extensión y calidad de los servicios objeto de este proceso, todo lo cual está descrito en las normas de salud pública de la República de Honduras y las definidas en la normativa institucional. En caso de no haberse definido expresamente, se aplicarán aquellos procedimientos, normas y métodos de atención en salud, aceptados y validados científicamente a nivel internacional y aprobado por la Dirección Médica Nacional del IHSS.
19. Deberá gestionar las referencias médicas en el sistema de referencia y contrarreferencia del IHSS, acatando los lineamientos establecidos. El oferente adjudicado deberá integrarse a la red nacional de servicios de salud del IHSS, implementando interna y externamente, el sistema de referencia y contrarreferencia para la adecuada prestación de los servicios a los asegurados. Para tal efecto, implementará un programa de comunicación y coordinación con las diferentes Direcciones, jefaturas y dependencias de los establecimientos de salud de la red de servicios del IHSS, sean propios o tercerizados, para establecer niveles de acción conjunta, en busca de servicios a los usuarios con calidad y eficiencia.
20. La atención de los usuarios del tercer nivel, deberá considerarse transitoria y una vez resuelto el problema o estabilizado, el asegurado deberá ser contrarreferido al primero o segundo nivel de atención, según amerite el caso, con la información correspondiente. El oferente garantizará el desarrollo de mecanismos de control y de reclamo de contrarreferencia, así como la existencia de un registro y copias respectivas en el sitio donde se originaron.
21. Los servicios del tercer nivel, excepto los que correspondan a urgencias médicas, serán suministrados únicamente cuando exista la respectiva **Orden de Referencia**, emitida por un Médico General de un proveedor del Primer Nivel de Atención y en el caso de los servicios ambulatorios de segundo nivel, la referencia emitida por un



Médico Especialista. Cuando no exista la respectiva Orden de Referencia, o no se incluya la información sobre la referencia que originó el producto respectivo, el IHSS declarará dicha actividad como inválida y no se reconocerá su pago.

22. De recibir un asegurado que todavía no se encuentre adscrito a su servicio, el proveedor deberá solicitar a la administración Regional del IHSS en su localidad, la extensión de una Autorización de Servicios para proceder con las atenciones requeridas. Las urgencias médicas del tercer nivel de atención, no requerirán referencia o autorización y se justificarán con el diagnóstico del paciente, que debe ser emitido conforme a las guías clínicas del IHSS.

## **EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

Durante la ejecución del contrato, el oferente deberá cumplir las condiciones siguientes:

1. Extensión del certificado de incapacidad temporal laboral:  
Será responsable de la emisión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral, en el formato que al efecto defina el IHSS y conforme a su Reglamento de Extensión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral vigente. El IHSS capacitará al oferente adjudicado dentro de los 45 días siguientes a la notificación de adjudicación y será responsable de los daños que, por su gestión de incapacidades, pudiera ocasionar.
2. Informes:
  - a. Deberá registrar cada una de las actividades realizadas mensualmente, utilizando la codificación de enfermedades CIE-10 o, en su defecto, CIE-11, en el sistema "*Registro de Afiliados y Actividades (RAA)*" a efecto de producir electrónicamente los Informes de Actividades Clínicas (ACT) y de afiliación (AFI), los cuales deberán ser remitidos a la Unidad de SILOSS del nivel central vía correo electrónico. El IHSS proveerá los accesos a dicho sistema, una vez adjudicado el contrato. Los informes de actividad, deberán ser presentados al IHSS dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes.
  - b. Listado de los médicos asignados por nivel, con nombre del médico, especialidad, los horarios y días de atención de acuerdo a la población base asignada, debiendo notificar cualquier cambio de personal durante la ejecución del contrato, y registrará las firmas autorizadas del personal médico responsable de la emisión de los certificados de incapacidad, recetas, diagnósticos, expedientes clínicos y demás necesarios con el coordinador médico regional del IHSS. Cualquier anomalía en este documento es responsabilidad única del proveedor, a quien se deducirán las responsabilidades del caso.



- c. Presentará los informes que sean solicitados por cualquiera de las unidades del IHSS, incluyendo el reporte oportuno de las enfermedades de notificación obligatoria a la Secretaría de Salud.
  - d. En casos de complicaciones médicas y quirúrgicas que hubieran sido provocadas por posible iatrogenia o mala praxis, el proveedor deberá informar inmediatamente al coordinador médico de su región.
3. Se someterá a las auditorías médicas realizadas por el coordinador médico de su región o la persona que designe el IHSS, ya sea para efectos de pago o control, en cualquier tiempo durante la vigencia del contrato, así como a cualquier actividad de supervisión que se estime conveniente. El proveedor contará con un término de diez (10) días calendario para subsanar las actividades declaradas como inconsistentes, contados a partir de la notificación respectiva.
4. La cancelación del pago por cada mes vencido, se efectuará dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la solicitud de pago.
5. Deberá aplicar los correctivos que indique el Instituto, cuando advierta irregularidades o deficiencias en la prestación del servicio.
6. Acatará los cambios en las normativas, protocolos y políticas institucionales que puedan afectar la prestación del servicio.
7. No podrá, bajo ninguna circunstancia, cobrar suma alguna al derechohabiente, en concepto de las atenciones que presta en nombre del IHSS. El proveedor que contravenga esta disposición, se constituirá en incumplimiento y será sancionado de acuerdo a lo dispuesto en la Ley.



**PROCEDIMIENTO GENERAL DE AUDITORIA MÉDICA PARA EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN:** El IHSS, mensualmente, aplicará auditorías médicas, sea con propósitos de pago o de control, de acuerdo al procedimiento siguiente:

**EL PERSONAL DE ATENCIÓN AL CLIENTE O COORDINADOR MEDICO**

- Recibe las actividades de Primero, segundo y tercer nivel, en un periodo no mayor a 24 horas posterior a la consulta en días de semana, para el folio respectivo de los documentos en cada expediente clínico (Si se trata de expediente físico).

- **EL PERSONAL DE DIGITACIÓN DEL PROVEEDOR (deberá ser personal médico si cuenta con expediente clínico electrónico del IHSS)**

Digita las actividades de segundo y tercer nivel, realiza corte de las actividades de forma diaria,

- Entrega en formato Excel al coordinador médico las actividades correspondientes, mediante el envío de los archivos ACT y AFI, en los primeros cinco días del mes subsiguiente al auditado. Se realizaran cortes semanales enviados al coordinador médico para ser contrastados con las auditorias del II y III nivel de atención.

- **EL COORDINADOR MEDICO**

Recibe las actividades en formato electrónico para digitar la auditoria médica del periodo entregado por el digitador del proveedor.

- **PERSONAL DE ADMISION / ARCHIVO DEL PROVEEDOR**

Presenta los expedientes del listado entregado por el personal de digitación del proveedor. Estos expedientes previamente deberán ser foliados por el personal de atención al cliente.

- **EL COORDINADOR MEDICO**

Recibe, revisa y autoriza información ya foliada, de los proveedores de servicios de salud, sobre los contratos de salud suscritos entre el IHSS y los proveedores (contratos de salud IHSS-PROVEEDORES) y verificando según el manual de productos vigente.

Debe de hacer constar que cada actividad esta validada con el sello del colegio médico, sin manchones u otras características que impresionen adulteración de expediente, Revisa y autoriza la Historia clínica verificando que la misma conste de:

- Anamnesis
- Examen Físico



- Exámenes de Laboratorio y de Apoyo
- Diagnostico congruente con los datos antes mencionados
- Plan de Tratamiento
- En casos de Hospitalización debe cumplirse con Nota de Ingreso, Nota de evolución diaria a cargo del médico responsable del ingreso, así como de otros médicos que estén a cargo de los cuidados de los pacientes.
- Podrá revisar los expedientes clínicos en el momento que lo considere oportuno ya sea en el momento de la Hospitalización o de la Auditoria y poner nota médica con fecha, hora, firma y sello en caso de encontrar que el especialista no ha evaluado el paciente.
- En pacientes Hospitalizados deberá además asegurarse que se llenen las respectivas notas de enfermería, hoja de control de medicamentos, Incapacidades y otros según la normativa del expediente clínico del Instituto.

Esta información suministrada por los proveedores de servicios de salud deberá ser cerrada semanalmente, conforme a los contratos suscritos entre el IHSS y las diferentes clínicas de salud, relacionados con los niveles de atención médica, tales como:

- Consultas con especialistas
- Hospitalizaciones
- Urgencias
- Servicios de ambulancias
- Servicios de apoyo de laboratorios clínicos
- Radiológicos (si en el contrato no están incluidos en el total de los productos).
- Electrocardiogramas (si en el contrato no están incluidos en el total de los productos).
- Ultrasonido (si en el contrato no están incluidos en el total de los productos).
- Servicio de atención odontológica (si en el contrato no están incluidos en primer nivel).
- Verifica además que cada atención médica o producto para su validez deberá estar en los siguientes documentos:



- Archivo Clínico Físico o electrónico
- AT1 (de estar disponible)
- ACT/AFI (de estar disponible)

Al finalizar la auditoria de los documentos entregados por el proveedor, se emite informe, constancia para pago y Constancia de Recepción de AT 1, primero vía correo electrónico de la Unidad de SILOSS y posteriormente en físico, para el trámite los pagos del proveedor.



## CONSIDERACIONES DEL PRODUCTO PARA EFECTOS DE PAGO EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Se considerará que, para efectos del reconocimiento del pago de los productos, estos se compondrán en diferentes aspectos los cuales están implícitos en las definiciones del producto, debiendo pagarse según el cumplimiento de cada uno, tal como se detalla a continuación:

| Producto   | Aspectos a Considerar por Producto   | % máximo a Reconocer de acuerdo al valor pactado * |
|--|--|--|
| Cesáreas   | Medicamento  | 30   |
|  | Insumos y Alimentación   | 10   |
|  | Laboratorio  | 20   |
|  | Estudios Radiodiagnósticos   | 10   |
|  | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30   |
| Consulta de Especialista por Referencia              | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30   |
|  | Medicamento  | 30   |
|  | Laboratorio  | 20   |
|  | Estudios Radiodiagnósticos   | 20   |
| Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | Parte Medica   | 30   |
|  | Medicamento  | 30   |
|  | Laboratorio  | 20   |
|  | Insumos  | 20   |
| Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | Medicamento  | 30   |
|  | Insumos y Alimentación   | 10   |
|  | Laboratorio  | 20   |
|  | Estudios Radiodiagnósticos   | 10   |
|  | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen   | 30   |



|  |  |    |
|--|--|----|
|  | físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico)  |    |
| Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica     | Medicamento  | 30 |
|  | Insumos y Alimentación   | 10 |
|  | Laboratorio  | 20 |
|  | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|  | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Ginecología y obstetricia                      | Medicamento  | 30 |
|  | Insumos y Alimentación   | 10 |
|  | Laboratorio  | 20 |
|  | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|  | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Medicina Con y Sin Procedimiento               | Medicamento  | 30 |
|  | Insumos y Alimentación   | 10 |
|  | Laboratorio  | 20 |
|  | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|  | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Atención del Recién Nacido sin Procedimiento / | Medicamento  | 30 |
|  | Insumos y Alimentación   | 10 |
|  | Laboratorio  | 20 |
|  | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|  | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Partos   | Medicamento  | 10 |
|  | Insumos y Alimentación   | 10 |



|   |  |    |
|---|--|----|
|   | Laboratorio  | 10 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|   | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 60 |
| Pediatría con y sin procedimiento                 | Medicamento  | 30 |
|   | Insumos y Alimentación   | 10 |
|   | Laboratorio  | 20 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|   | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Traumatología y Ortopedia con Procedimiento       | Medicamento  | 30 |
|   | Insumos y Alimentación   | 10 |
|   | Laboratorio  | 20 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|   | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento       | Medicamento  | 30 |
|   | Insumos y Alimentación   | 10 |
|   | Laboratorio  | 20 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|   | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención | Medicamento  | 30 |
|   | Insumos y Alimentación   | 10 |
|   | Laboratorio  | 20 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|   | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |



|   |  |    |
|---|--|----|
|   | físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico)  |    |
| Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención | Medicamento  | 30 |
|   | Insumos y Alimentación   | 10 |
|   | Laboratorio  | 20 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 10 |
|   | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
| Urgencia con observación (urgencia)               | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
|   | Medicamento  | 30 |
|   | Laboratorio  | 20 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 20 |
| Urgencia sin observación (no urgencia)            | Historia Clínica legible (datos generales, anamnesis, examen físico, diagnostico, comentarios de exámenes, plan terapéutico) | 30 |
|   | Medicamento  | 30 |
|   | Laboratorio  | 20 |
|   | Estudios Radiodiagnósticos   | 20 |

\*. El incumplimiento sistemático de los criterios definidos para cada producto, representará incumplimiento del contrato, por lo cual el instituto se reserva el derecho de aplicar sanciones pertinentes de acuerdo a la ley y al contrato.



## **PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

El primer nivel de atención, refiere a la asistencia de medicina general, pediatría, ginecología, servicios de enfermería, odontología y los servicios de apoyo de farmacia, laboratorio e imágenes de radiodiagnóstico. La prestación de estos servicios se dará de lunes a viernes, doce (12) horas diarias, en horario de 07:00am a 07:00pm. Los servicios a contratar para el primer nivel de atención, se encuentran detallados tanto en el manual de definiciones, así como en las guías, protocolos y, en general, la normativa de atención en salud tanto del IHSS como de la SESAL, instrumentos anexos a este documento.

El pago para este primer nivel de atención, se determina de acuerdo al rango poblacional de derechohabientes registrados en cada región. La cartera de servicios que comprende el primer nivel de atención, se detalla a continuación:

### **I. ASISTENCIA DE MEDICINA GENERAL**

- 1) Consulta integral de medicina general: Es la consulta que no requiere especialización, imprescindible para la prevención, detección, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas estabilizadas, responsabilizándose del paciente de manera integral para decidir su derivación a los especialistas cuando alguna patología se complique o se descompense.
- 2) Atención ambulatoria de la morbilidad medicina general: Según las patologías más frecuentes de acuerdo al CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 u otra que defina el instituto)
- 3) Atención de emergencias: Únicamente emergencias menores, de tipo médico o quirúrgico. En casos de mayor riesgo o gravedad, brindarán los primeros auxilios y referirán al paciente, de inmediato, al nivel hospitalario autorizado por el IHSS. Dicha atención será reconocida como un producto “atención de medicina general”.
- 4) Referencia de pacientes al sistema hospitalario: Valoración y envío de pacientes al nivel de atención inmediatamente superior. Incluye la elaboración de epicrisis, a solicitud de otros establecimientos de salud.
- 5) Rehabilitación y reinserción social: Comprende la detección y clasificación general o preliminar de las discapacidades, deficiencias y minusvalías; la educación y capacitación de las familias o responsables de las personas discapacitadas, para que realicen acciones básicas de rehabilitación, a nivel familiar y comunitario; la organización de grupos de apoyo y auto cuidado; para ejecutar actividades y para reinsertar a los discapacitados en el mundo social, educativo y laboral.



6) Atención del paciente con diabetes mellitus:

Se refiere a la atención médica brindada por el Médico General, en el primer nivel de atención, para todos los grupos de población, en el que se atiende a pacientes con enfermedad crónica de Diabetes Mellitus Tipo 1 o 2 según las guías clínicas del IHSS del I nivel de atención:

- a. Captación del paciente de acuerdo a criterios diagnóstico para su atención y seguimiento clínico adecuado.
- b. Valoración de su estado clínico.
- c. Indicación y prescripción del tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuados, incluyendo estilos de vida saludables.

7) Atención del paciente con hipertensión arterial sistémica

Se refiere a la atención médica brindada por el Médico General, en el primer nivel de atención, para todos los grupos de población, en el que se atiende a pacientes con enfermedad crónica como Hipertensión Arterial Sistémica según las guías clínicas del IHSS caso que a continuación se describen:

- a. Captación del paciente de acuerdo a criterios diagnóstico para su atención y seguimiento clínico adecuado.
- b. Valoración de su estado clínico.
- c. Indicación y prescripción del tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuados, incluyendo estilos de vida saludables.

8) Atención de pacientes con ITS/VIH (detección temprana del paciente con ITS/VIH)

Atención brindada por Médico General entrenado en consejería basada en riesgo certificada por la secretaria de salud, donde la Historia clínica que consigne la atención y manejo según las Guías Clínicas del I nivel del IHSS en cada caso que a continuación se describen:

- a. Flujo vaginal,
- b. Secreción uretral,
- c. Úlcera genital,
- d. Enfermedad Pélvica Inflamatoria,
- e. Bubón inguinal.

9) Atención prenatal del embarazo de bajo riesgo

- a. Atención prenatal de la Semana 18 a 29.
- b. Atención prenatal de la Semana 30. ( de 32 en adelante es del GO)
- c. Pacientes con comorbilidad deberán remitirse a Ginecólogo según normativa del IHSS
- d. Pacientes de 15 a 35 años
- e. Pacientes con 3 o menos gestas
- f. Pacientes sin patología asociada según las normas de atención

10) Atención puerperal



- a. Atención puerperal (7-10 días)
  - b. Atención puerperal (30-40 días)
- 11) Atención del control, estímulo de crecimiento y desarrollo infantil
- a. Atención del control, estímulo de crecimiento y desarrollo infantil de 7-10 días
  - b. Atención del control, estímulo de crecimiento y desarrollo infantil de 30 días
  - c. Atención del control, estímulo de crecimiento y desarrollo infantil de 2 meses
  - d. Atención del control, estímulo de crecimiento y desarrollo infantil de 4 meses
  - e. Atención del control, estímulo de crecimiento y desarrollo infantil de 6 meses
  - f. Atención del control, estímulo de crecimiento y desarrollo infantil de 12 meses
- 12) Atención de pacientes con tuberculosis pulmonar:
- a. Detección de pacientes sintomáticos respiratorios
  - b. Atención de pacientes con tuberculosis pulmonar (seguimiento tratamiento-consulta 1, 2, 3, 5 y 6 mes)
- 13) Atención de paciente con dengue no grave sin signos de alarma
- a. Primera consulta
  - b. Atención y seguimiento diario hasta el quinto día
- 14) Atención de planificación familiar:
- a. Inserción de DIU
  - b. Revisión de DIU al 1er, 3er y 6to mes
  - c. Revisión DIU con citología al año
  - d. Preservativos *"primera atención"*
  - e. Preservativos *"entrega de método-30 preservativos"*
  - f. Collar o calendario *"primera vez"*
  - g. Hormonal inyectable
  - h. Hormonal orales
- 15) Servicios de prevención de las enfermedades:
- a. Vacunación: Aplicación del esquema obligatorio de inmunizaciones en los distintos grupos etáreos, según normas de secretaria de salud. También incluye la aplicación de vacunas especiales en casos de emergencia o por requisitos sanitarios internacionales (meningitis meningocócica, Influenza etc.). La Secretaría de Salud suministrará al IHSS las dosis requeridas y los insumos necesarios según el tamaño de "la población" beneficiaria.
  - b. Detección temprana de los cánceres de cérvix y mama: Esta prestación pretende reducir la mortalidad por dos cánceres de alta incidencia, por medio de acciones sencillas, disponibles en el primer nivel de atención: citología vaginal, examen y autoexamen de mama, detección y captación de personas con factores de riesgo asociados, examen físico general e historia clínica.



- c. Vigilancia epidemiológica: Vigilancia de las enfermedades infecciosas, de ITS/VIH/sida, entomológica, zoonótica: incluye el reporte de enfermedades de notificación obligatoria, la encuesta de casos, los cercos epidemiológicos y la elaboración de reportes y análisis locales básicos, más enfermedades no transmisibles sujetos de vigilancia (HTA, DM).
- d. Prevención de los problemas de la malnutrición: Otras patologías provocadas por la carencia de micronutrientes a través de entrega de suplemento de hierro y ácido fólico a los grupos con factores de riesgo.
- e. Control o eliminación de insectos y roedores: Educación y organización de la comunidad para el control o eliminación de insectos y animales nocivos para la salud, especialmente, los relacionados con el dengue, la malaria y otras enfermedades prevalentes. También, incluye el apoyo en la aplicación de medios biológicos, físicos o químicos, con ese mismo propósito. Todo ello en coordinación con organizaciones comunitarias, Alcaldía y otros. Los insumos para efecto de esta actividad serán proporcionados por la Secretaría de Salud.
- f. Vigilancia y control de la calidad del agua y los alimentos: Esta actividad abarca la coordinación y colaboración con la comunidad y las autoridades locales, en cuanto a denuncias, reportes o seguimiento de casos de incumplimiento de las normas sanitarias básicas en esta materia; la toma y envío de muestras al laboratorio; y el giro de órdenes sanitarias. También, comprende el apoyo en las actividades de educación y organización de la comunidad, para vigilar y mejorar los sistemas de abastecimiento de agua y la calidad de los alimentos que consume.
- g. Vigilancia y control de los desechos sólidos: Comprende acciones de educación, participación social, coordinación intra e intersectorial, planificación y control, dirigidas a lograr el correcto almacenamiento temporal de los desechos sólidos (en la fuente) y su adecuada recolección, transporte y disposición final, en concordancia con las normas sanitarias vigentes. También incluiría los esfuerzos por promover la reducción, reutilización y reciclaje de la basura.
- h. Identificación y clasificación de riesgos ambientales

16) Detección precoz y control de enfermedades prevalentes:



- a. Salud Materna-Infantil: Mujeres en edad Fértil (MEF), embarazo, parto, puerperio; crecimiento y desarrollo.
- b. Atención Integral del Adulto Mayor:
- c. Hipertensión Arterial.
- d. Diabetes Mellitus.
- e. Enfermedad de transmisión sexual y VIH/SIDA

17) Actividades extramuros:

- a. Visita domiciliaria extramuro ESAFC: Consiste en realizar visitas programadas a los hogares según riesgo y el Plan de Intervención en Salud, con el fin de solucionar la problemática en salud de los derechohabientes, en el contexto familiar proveyendo educación con servicios de promoción y prevención cuando su patología lo amerite o de acuerdo a los criterios clínicos de las visitas domiciliarias y proveer a la familia servicios de promoción y prevención en salud. Esta actividad incluye visitas a empresas.

18) Actividades de educación intramuros:

- a. Educación intramuro al individuo en base del plan operativo de IEC
- b. Educación intramuro grupal en base del plan operativo de IEC
- c. Consejería en salud sexual y reproductiva, individual, familiar y comunitaria

## **II. ASISTENCIA DE PEDIATRÍA**

Es la atención proporcionada por médico pediatra en el primer nivel de atención conforme el detalle siguiente:

- 1) Atenciones a Pacientes menores de 2 años será manejada por el pediatra exclusivo.
- 2) Atención a pacientes mayores de 2 años nuevos será evaluado por medicina general el cual lo remitirá al pediatra para su control médico y manejo si tiene patología de base.
- 3) Atención a pacientes mayores de 2 años con patología de base ya diagnosticado o referido será manejado con el especialista: se pondrá en el expediente *“Consulta con Pediatría”*

## **III. ASITENCIA DE GINECOLOGIA**

Es la atención proporcionada por médico Ginecólogo en el primer nivel de atención conforme el detalle siguiente:

- 1) Primer control prenatal: decide llevar su respectivo manejo y control o lo remite a medicina general, segundo o tercer nivel de atención, llenado del carné perinatal y citología.
- 2) Interconsultas a criterio del médico general según la evolución de su paciente.



- 3) Control prenatal de bajo riesgo a partir de las 32 semanas y remisión a las 36 semanas hacia el II nivel.
- 4) Tendrá 20 cupos para consulta propia y 4 cupos para interconsulta del médico general.
- 5) Control prenatal de:
  - a. Pacientes menores de 15 años y mayores de 35 años.
  - b. Multiparidad de 4 o más gestas
  - c. Espaciamento intergenésico corto (< de 2 años)
  - d. Hemorragias durante el embarazo
  - e. Cesárea previa
  - f. Pacientes con patología exclusiva (DM, HTA, Epilepsia, Cáncer, etc.)
  - g. Paciente con antecedente de infertilidad
- 6) Atención de puerperio normal o cesárea a los 10 y 40 días, en cualquier caso.

#### **IV. SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

- 1) Toma de Signos vitales
- 2) Curaciones
- 3) Inyecciones
- 4) Nebulizaciones
- 5) Apoyo en charlas educativas
- 6) Apoyo en visitas domiciliarias
- 7) Apoyo en visitas a Sistema Medico de Empresa (SME)
- 8) Elaboración de Informes de Enfermería

#### **V. SERVICIOS DE IMÁGENES DE RADIODIAGNÓSTICO**

- a. **PLACAS RADIOLÓGICAS SIMPLES:** Tórax (PA, AP, oblicuas, lat.)
- b. **ULTRASONIDOS:** Obstétrico (realizado el Gineco-Obstetra)
- c. **ELECTROFISIOLOGÍA:** Electrocardiografía.

#### **VI. SERVICIOS DE LABORATORIO**

Realización de exámenes de Laboratorio previa prescripción médica:

1. Hemograma completo
2. Frotis de Sangre Periférica
3. Hematozoario
4. INR
5. Tiempo De Protrombina (TP)
6. Tiempo Parcial De Tromboplastina (TPT)
7. VES



8. PARASITOLOGÍA
9. General de heces
10. Wright
11. Sangre oculta
12. UROANÁLISIS
13. Examen de orina
14. MICROBIOLOGIA
15. Baciloscopia – BAAR
16. Citología nasal
17. Coprocultivo
18. Cultivo por anaerobios
19. Cultivo por bacterias
20. Cultivo por hongos
21. Cultivo por mico bacterias
22. Exudado Faríngeo
23. GRAM
24. KOH
25. Serología por Dengue
26. Serología por Leptospira
27. Tinción de zielh Nielsen
28. Tinta china
29. Urocultivo
30. QUÍMICA SANGUINEA
31. Ácido úrico sérico
32. Albumina
33. Amilasa
34. Bilirrubina directa
35. Bilirrubina indirecta
36. Bilirrubina total
37. Calcio
38. Captación de Hierro
39. Cloro
40. Colesterol HDL
41. Colesterol LDL
42. Colesterol Total
43. Coombs Directo
44. Coombs Indirecto
45. Creatinina
46. Curva de tolerancia a glucosa 1 y 2 horas
47. Curva Tol oral a glucosa 1 hs (50gr)
48. Curva Tol oral a glucosa 2 hs (75gr)
49. Ferritina
50. Fosfatasa alcalina
51. Fosforo
52. Glucosa ayunas
53. Glucosa post prandial
54. hemoglobina Glicosilada
55. Hierro
56. Potasio
57. Proteínas Totales
58. Sodio
59. TGO (AST)
60. TGP (ALT)
61. Triglicéridos
62. Urea BUN
63. QUÍMICA ORINA
64. Proteínas en 24 hs
65. QUÍMICA / INMUNOLOGIA ESP.
66. T3 libre
67. T3 total
68. T4 libre
69. T4 total
70. TSH
71. INMUNOSEROLOGIA
72. Anticuerpos Hepatitis C
73. Antígenos superficie Hepatitis B (HBSAg)
74. ASO
75. Helicobater pilory heces
76. Helicobater pilory suero
77. Hepatitis A
78. HIV
79. HIV confirmatorio
80. PCR
81. Perfil Toxoplasma IgG e IgM
82. Prueba de embarazo
83. RA Test
84. RPR
85. Serología para Chagas



## 86. Tipo RH

### **VII. SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA**

- 1) Actividades de prevención de enfermedades dentales
- 2) Odontología Curativa
- 3) Odontología Promoción de La Salud Individual
- 4) Odontología Promoción de La Salud Grupal
- 5) Odontología preventiva intramuros
- 6) Odontología Preventiva extramuros
- 7) Obturaciones con Resina
- 8) Obturaciones Con amalgama
- 9) Ionometro de vidrio
- 10) IRM y Zoe (provisional) cuando lo amerite,
- 11) Radiografías periapicales
- 12) Reconstrucciones con amalgama
- 13) Profilaxis con su respectivo Cavitron
- 14) Aplicación de flúor
- 15) Aplicación de selladores de fosas y fisuras
- 16) Acciones de promoción y prevención de salud oral
- 17) Exodoncia sin complicación y con complicación
- 18) Impactos
- 19) Ferulización
- 20) Operculectomia
- 21) Alveolectomia inmediata y mediata
- 22) Alveolitis
- 23) Curetaje alveolar
- 24) Resolución de procesos infecciosos (abscesos)
- 25) Pulpotomias
- 26) Pulpectomias
- 27) Recubrimiento pulpar directo
- 28) Recubrimiento pulpar indirecto
- 29) Emergencias

### **VIII. SERVICIOS DE FARMACIA**

1. Deberá contar con regente farmacéutico, con licencia de regencia y libro de medicamentos controlados autorizado por el ARSA. El horario de funcionamiento del servicio de farmacia será, al menos, de 7:00 am a 7:00 pm.



2. Empaquetará, etiquetará y entregará los medicamentos del Listado Oficial de Medicamentos de acuerdo a la normativa del IHSS, utilizando los formularios de receta diseñados por el IHSS para su prescripción, o bien aquellos formatos que al efecto autorice expresamente el IHSS. El tiempo máximo de entrega del medicamento prescrito, será de dos (2) horas.
3. Deberá cumplir con las condiciones idóneas de almacenamiento, administración y despacho de los medicamentos, las cuales deberán estar acordes con la normativa dictada por el IHSS. Mantendrá abastecimiento suficiente de acuerdo con las necesidades y perfil epidemiológico de su región, con el fin de optimizar el manejo de los inventarios y evitar incumplimientos con pacientes por desabastecimiento.
4. Garantizará un área restringida para el despacho de medicamentos, evitando el desplazamiento excesivo del paciente para conseguirlos. Se considerarán preferentemente entregas a domicilio o bien la entrega en el mismo lugar donde el usuario recibe los servicios.
5. Garantizará la utilización de un sistema de información que registre el proceso de emisión de las recetas, medicamentos despachados por servicios y, en general, control de movimientos y existencias, lotes, vencimientos y costos de los medicamentos.

Para la prestación de los servicios de este primer nivel de atención, el oferente deberá contar, al menos, con los siguientes recursos, ubicados según corresponda a los ambientes del establecimiento:

**a. Recurso humano mínimo:**

- 1) Un (1) administrador.
- 2) Un (1) director médico exclusivo para las diferentes tareas administrativas.
- 3) Dos (2) médicos generales por cada grupo poblacional de 5000 derechohabientes.
- 4) Un (1) profesional de la ginecología por cada 15,000 derechohabientes.
- 5) Un (1) profesional de la pediatría por cada 15,000 derechohabientes.
- 6) Un (1) profesional de enfermería por cada 15,000 derechohabientes.
- 7) Dos (2) auxiliares de enfermería por cada grupo poblacional de 5000 derechohabientes.
- 8) Un (1) profesional de la odontología por cada 15,000 derechohabientes.
- 9) Un (1) asistente dental por cada profesional de la odontología.
- 10) Un (1) promotor de Salud por cada 5000 adscritos.



- 11) Un (1) digitador para registro médico por cada 5000 derechohabientes adscritos.
- 12) Un (1) microbiólogo para la regencia del Laboratorio Clínico.
- 13) Un (1) profesional de ciencias química y farmacia exclusiva para la Regencia de la Farmacia del IHSS
- 14) Un (1) técnico en registros de salud por cada 5000 adscritos.

**b. Además del mobiliario necesario con que el establecimiento debe contar a efecto de ostentar licencia sanitaria vigente, deberá contar con lo siguiente:**

- 1) Una(1) Computadora completamente funcional por cada ambiente de consultorios médicos, área de admisión, farmacia, laboratorio clínico, radiodiagnóstico y área de enfermería (Al momento de ser requerido por el departamento de informática y tecnología del IHSS) para instalación de los sistemas del IHSS
- 2) Una (1) impresora laser
- 3) Sillas para sala de espera
- 4) Archiveros metálicos de 4 gavetas (mínimo).
- 5) Oasis o fuentes de agua para beber
- 6) Un (1) televisor que pueda reproducir videos por USB en el área de espera
- 7) Línea telefónica fija

**c. Además del equipo médico necesario con que el establecimiento debe contar a efecto de ostentar licencia sanitaria vigente, deberá contar con lo siguiente:**

- 1) Un (1) Ultrasonido
- 2) Un (1) electrocardiograma
- 3) Un (1) Nebulizador
- 4) Un (1) equipo para partos
- 5) Una (1) Balanza para adultos con tallímetro
- 6) Una (1) Balanza de lactantes
- 7) Una (1) Balanza portátil
- 8) Un (1) Esfigmomanómetro por médico
- 9) Un (1) Estetoscopio por médico
- 10) Un (1) Saturador de oxígeno por médico
- 11) Una (1) Refrigeradora para biológicos (Vacunas)
- 12) Un (1) Termo para vacunas
- 13) Un (1) Esterilizador de material médico
- 14) Un (1) Negatoscopio

**d. Además del equipo odontológico necesario con que el establecimiento debe contar a efecto de ostentar licencia sanitaria vigente, deberá contar con lo siguiente:**



- 1) Un (1) Sillón dental
- 2) Un (1) Compresor odontológico
- 3) Un (1) Autoclave
- 4) Una (1) Lámpara de luz (UV o luz blanca)
- 5) Piezas de mano de alta velocidad
- 6) Un (1) Cavitron
- 7) Un (1) Amalgamador
- 8) Un (1) Negatoscopio
- 9) Un (1) RX dental
- 10) Delantal de plomo para paciente
- 11) Delantal de plomo para técnico.
- 12) Recipientes varios conforme manual de definiciones

**e. Material médico quirúrgico:** De acuerdo a la población adscrita a esa unidad de salud, será la cantidad de insumos que se requerirán, dentro los cuales deberá incluir:

**1) Insumos Médicos**

- Jeringas 3 cc
- Jeringas 5 cc
- Jeringas 1 cc (Insulina)
- Depresores
- Alcohol Clínico al 70%
- Algodón
- Gasa Estéril
- Hilo sutura seda 00
- Hilo de sutura seda 000
- Hilo de sutura seda 0000 y 00000
- Hilo catgut crómico 00 y 000
- Esparadrapo antialérgico
- Láminas citología
- Hisopos largos
- Fijador atomizador para citologías
- Guantes Descartables de diferentes tallas (S, M, L)
- Guantes Estériles (6-1/2, 7, 7-1/2, 8)
- Equipo de Infusión
- Mariposas N° 21 y 23
- Mariposas N° 25



- Hojas de bisturi 12 y 20
- Jabón quirúrgico (Clorhexidina Gluconato al 4%)
- Agua destilada (bolsas)
- Solución Yodo Povidona al 10%
- Jalea Lubricante

## **2) Insumos Odontológicos**

- Algodón.
- Gasa Quirúrgica
- Guantes descartables
- Hoja de bisturí No. 15.
- Mascarillas descartables para cirujano.
- Seda negra trenzada 3-0 con aguja 3/8 de círculo r/c de 24 mm.
- Depresores de Madera, bolsa de 500 unidades.
- Alcohol etílico al 70%.
- Cepillos para lavar instrumentos.
- Solución Antiséptica 4 % P/V Gluconato de Clorhexidina (jabón quirúrgico).
- Aguja dental descartable larga #27G/32 mm.
- Aguja dental descartable corta #30G/32mm.
- Rodete de Algodón absorbente 100% algodón
- Amalgama dental en pastillas de fase dispersa.
- Resina fotocurable, híbrida con baja constricción volumétrica, fotocurable de 20seg. Resistente al desgaste, fácil de manipular, que contenga cuatro jeringas como mínimo, colores A2,A3,A3.5.B2 Y C2 Bonding de 6gr, ácido grabador jeringa de 3ml con sus respectivos dispensadores y brushers.
- Bandas Matrices metálicas.
- Brochas para profilaxis dental cortas para baja velocidad.
- Cemento ZOE.
- Cinta o banda de celuloide.
- Cinta o banda de lija.
- Capsula para Amalgamador.
- Cemento Intermedio de Restauración I.R.M.
- Eugenol líquido.
- Fresa de diamante redonda mediana y grande
- Fresa de diamante cono invertido mediana y grande
- Fresa de diamante cilíndrica mediana y grande



- Hidróxido de calcio base y catalizador.
- Ionómero de vítreo Autopolimerizable, polvo que contenga 12,5g, tono A3, líquido que contenga 8.5ml, Acondicionador de 10ml de ácido polyacrílico y Glace de 2.5ml, liberación de iones de flúor, consistencia viscosa libre de metal, elevada dureza superficial, mínima abrasión superficial.
- Líquido fijador de radiografías.
- Líquido revelador de radiografías.
- Lubricante en aceite foredon para pieza de mano de alta velocidad.
- Pasta profiláctica
- Películas radiográficas periapicales de adulto y de niño.
- Fresa dental de piedra abrasiva blanca montada para pulir obturaciones de resina en forma de disco.
- Tira nervio.
- Viseras faciales de plástico tamaño estándar con su protector y un repuesto del protector.
- Boquilla desechable para succión dental de 15 cm de largo bolsa de 100 piezas.
- Copas de hule para pulir en las profilaxis dentales.
- Fresa dental de piedra abrasiva blanca montada para pulir obturaciones de resina de forma cónica.
- Sellador de fosas y fisuras fotopolimerizable con liberación de flúor.
- Flúor en espuma acidulado o barniz de flúor.
- Batas desechables de protección para el cirujano.



## SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Segundo nivel se define como la consulta externa en las especialidades de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Ortopedia y Cirugía. El horario de atención será de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm, y se deberá garantizar la atención de la demanda diaria.

El segundo nivel Incluye la consulta médica especializada ambulatoria por referencia (la cual debe ser llenada completa con el motivo de consulta, anamnesis, examen físico, tratamiento, exámenes complementarios de referencia y contrareferencia al primer nivel o cita.

Se deberá brindar el servicio de farmacia, con sus respectivos tratamiento fármaco-biológico de acuerdo a las normas nacionales, guías clínicas o protocolos institucionales y Listado Oficial de Medicamentos del IHSS, servicio de laboratorio general, rayos X, USG, EKG y otros medios diagnósticos y terapéuticos especializados de mayor complejidad de ser necesario.

Los pacientes que ameriten estudios más especializados que no se detallan anteriormente se solicitaran a los Hospitales Institucionales de acuerdo al procedimiento de referencia – contra referencia del IHSS.

Los pacientes que acuden a este nivel deben ser referidos del primer o tercer nivel de atención, del servicio de emergencia o de otra consulta ambulatoria especializada, dicha referencia en todos los casos deberá constar por escrito. Posterior a la(s) consulta(s), el Médico Especialista tiene la obligación de *contra-referir* al paciente al nivel correspondiente.

Todos estos pacientes deben tener una referencia por escrito, la cual debe estar consignada en el expediente, las citas de control por el Médico Especialista también deben ser consignadas por escrito en el expediente, caso contrario la actividad no será reconocida para efectos del pago.

Deberá Presentar al IHSS un plan anual de trabajo que incluya los objetivos y acciones necesarias para la ejecución satisfactoria del contrato, dentro de los primeros treinta días hábiles siguientes a su suscripción.

La cartera de servicios requeridos para este segundo nivel de atención en salud, incluye las siguientes prestaciones:

- 1) **CONSULTA DE ESPECIALISTA POR REFERENCIA:** Medicina interna, ginecología, pediatría, ortopedia y cirugía.
- 2) **TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA AMBULATORIA SIN PROCEDIMIENTOS POR REFERENCIA:** Son las atenciones brindadas en consulta externa por Médico



Especialista en Traumatología y Ortopedia. Incluye pacientes referidos para evaluación y /o controles posteriores; en este producto no se realiza ningún procedimiento de la especialidad, e incluye hasta dos (2) proyecciones radiológicas (Rx) y medicamentos según la normativa de guías clínicas. En estudios que se requiere más de dos proyecciones y otros estudios radiológicos, como Tomografía (TAC), Resonancia Magnética (IRM), biopsia baja pantalla de patologías que incluyen estudios por sospecha de tumores, deberán ser referidos a los Hospitales Regionales del IHSS.

- 3) **TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA AMBULATORIA CON PROCEDIMIENTO:** Son las atenciones brindadas en consulta externa por Médico Especialista en T. y O. Incluye pacientes referidos para evaluación y /o controles posteriores; en este producto se realiza procedimientos terapéuticos de la especialidad, e incluye hasta dos (2) proyecciones radiológicas (Rx) y medicamentos según la normativa de guías clínicas. Los procedimientos terapéuticos incluyen:

- 3.1 Vendaje (V)
- 3.2 Infiltración (I)
- 3.3 Artrocentesis (AC)
- 3.4 Férula de yeso- estabilizador (F-Y)
- 3.5 Retiro de yeso
- 3.6 Colocación y Recambio de Yeso
- 3.7 Yesos Correctores en Niños

Nota: Estudios que requieren otros procedimientos radiológicos, como TAC, IRM, biopsias, biopsias bajo pantalla y estudios de patología tumoral deberán ser referidos a los Hospitales Regionales del IHSS.

La mayoría de los productos de T. y O. están basados en la atención por daños y enfermedades que se encuentran identificados en la C. I .E.- 10 en los capítulos XIX (Traumatismos) y capítulo XIII enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo.

- 4) **CONSULTA MÉDICA CON CIRUGÍA MENOR Y PROCEDIMIENTO SIN INTERNAMIENTO:** Se refiere a los pacientes que son atendidos en la consulta externa ambulatoria por médico especialista y/o médico general capacitado, quienes por su patología requieren las intervenciones listadas posteriormente. La atención de estos pacientes incluye la consulta médica más el procedimiento, con sus insumos necesarios, lo cual puede hacerse en la primera consulta o posteriormente según amerita el caso, considerándose la consulta más el procedimiento como un solo producto (el mismo día de la consulta debe realizarse el procedimiento quirúrgico menor sin embargo al realizarse un día la consulta y posteriormente el procedimiento quirúrgico se reconocerá el producto hasta el momento en que sea realizado el acto



quirúrgico, incluye además el uso de medicamentos del Listado Oficial de Medicamentos del IHSS de acuerdo a las guías clínicas nacionales e internacionales:

- 4.1 Drenaje de abscesos de tejido celular subcutáneo.
- 4.2 Biopsia de piel y tejido celular subcutáneo.
- 4.3 Escisión de lipomas.
- 4.4 Escisión de quiste sebáceo, excepto de competencia de ortopedia.
- 4.5 Onicosectomía total o parcial.
- 4.6 Limpieza y curación de quemaduras menores.
- 4.7 Extracción de cuerpo extraño.
- 4.8 Escisión de quiste de glándula de Bartolini.
- 4.9 Drenaje de absceso de glándula de Bartolini.
- 4.10 Sutura de heridas sin afectación osteoarticular.
- 4.11 Extracción de quiste sinovial
- 4.12 Eliminación de verrugas vulgares o lunares

Los pacientes que ameriten retiro de puntos y curaciones subsiguientes de heridas deberán ser referidos al I nivel de atención, ya que estos no pueden ser incluidos en esta categoría.

#### **5. Servicios de enfermería:**

- 5.1 Toma de Signos vitales
- 5.2 Curaciones
- 5.3 Inyecciones
- 5.4 Nebulizaciones
- 5.5 Apoyo en charlas educativas
- 5.6 Apoyo en visitas domiciliarias
- 5.7 Apoyo en visitas a Sistema Medico de Empresa (SME)
- 5.8 Elaboración de Informes de Enfermería

#### **6. Servicios de imágenes de radiodiagnóstico**

##### **6.1 PLACAS RADIOLÓGICAS SIMPLES:**

- 2) Cráneo
- 3) Orbita
- 4) Senos Paranasales
- 5) Mastoides
- 6) Cuello
- 7) Clavícula
- 8) Tórax (pa, ap, oblicuas, lat)
- 9) Hombro
- 10) Omóplato
- 11) Abdomen (de pie y acostado)
- 12) Columna Cervical, dorsal, lumbar



- 13) Cadera (PELVIS)
- 14) Extremidades superiores e inferiores
- 15) Rodilla
- 16) Codo
- 17) Mano y Muñeca

## **6.2 ULTRASONIDOS:**

- 6.2.1 Parótidas
- 6.2.2 Cuello
- 6.2.3 Mama
- 6.2.4 Abdomen Total
- 6.2.5 Abdomen superior
- 6.2.6 Abdomen inferior
- 6.2.7 Hígado y vías biliares
- 6.2.8 Pélvico
- 6.2.9 Obstétrico
- 6.2.10 Próstata
- 6.2.11 Riñón y vejiga
- 6.2.12 Testicular

En estos casos se requiere radiólogo certificado por el Colegio Médico de Honduras para la validación de Productos. El informe debe constar en el expediente clínico.

## **6.3 ESTUDIOS RADIOLÓGICOS CON CONTRASTE**

- 6.3.1 Colon por enema
- 6.3.2 Pielograma intravenoso
- 6.3.3 Serie esofagogastroduodenal
- 6.3.4 Tránsito intestinal

## **6.4 ELECTROFISIOLOGÍA:** Electrocardiografía.

7. **Servicios de laboratorio:** Realización de exámenes de Laboratorio Básicos previa prescripción médica según guías Clínicas de II nivel de atención :

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 7.1 Hemograma completo                     | 7.8 PARASITOLOGÍA        |
| 7.2 Frotis de Sangre Periférica            | 7.9 General de heces     |
| 7.3 Hematozoario                           | 7.10 Wright              |
| 7.4 INR                                    | 7.11 Sangre oculta       |
| 7.5 Tiempo De Protrombina (TP)             | 7.12 UROANÁLISIS         |
| 7.6 Tiempo Parcial De Tromboplastina (TPT) | 7.13 Examen de orina     |
| 7.7 VES                                    | 7.14 MICROBIOLOGIA       |
|  | 7.15 Baciloscopia – BAAR |



- 7.16 Citología nasal
- 7.17 Coprocultivo
- 7.18 Cultivo por anaerobios
- 7.19 Cultivo por bacterias
- 7.20 Cultivo por hongos
- 7.21 Cultivo por mico bacterias
- 7.22 Exudado Faríngeo
- 7.23 GRAM
- 7.24 KOH
- 7.25 Serología por Dengue
- 7.26 Serología por Leptospira
- 7.27 Tinción de zieleh Nielsen
- 7.28 Tinta china
- 7.29 Urocultivo
- 7.30 QUÍMICA SANGUINEA
- 7.31 Ácido úrico sérico
- 7.32 Albumina
- 7.33 Amilasa
- 7.34 Bilirrubina directa
- 7.35 Bilirrubina indirecta
- 7.36 Bilirrubina total
- 7.37 Calcio
- 7.38 Captación de Hierro
- 7.39 Cloro
- 7.40 Colesterol HDL
- 7.41 Colesterol LDL
- 7.42 Colesterol Total
- 7.43 Coombs Directo
- 7.44 Coombs Indirecto
- 7.45 Creatinina
- 7.46 Curva de tolerancia a glucosa 1 y 2 horas
- 7.47 Curva Tol oral a glucosa 1 hs (50gr)
- 7.48 Curva Tol oral a glucosa 2 hs (75gr)
- 7.49 Ferritina
- 7.50 Fosfatasa alcalina
- 7.51 Fosforo
- 7.52 Glucosa ayunas
- 7.53 Glucosa post prandial
- 7.54 hemoglobina Glicosilada
- 7.55 Hierro
- 7.56 Potasio
- 7.57 Proteínas Totales
- 7.58 Sodio
- 7.59 TGO (AST)
- 7.60 TGP (ALT)
- 7.61 Triglicéridos
- 7.62 Urea BUN
- 7.63 QUÍMICA ORINA
- 7.64 Proteínas en 24 hs
- 7.65 QUÍMICA / INMUNOLOGIA ESP.
- 7.66 T3 libre
- 7.67 T3 total
- 7.68 T4 libre
- 7.69 T4 total
- 7.70 TSH
- 7.71 INMUNOSEROLOGIA
- 7.72 Anticuerpos Hepatitis C
- 7.73 Antígenos superficie Hepatitis B (HBSAg)
- 7.74 ASO
- 7.75 Helicobater pilory heces
- 7.76 Helicobater pilory suero
- 7.77 Hepatitis A
- 7.78 HIV
- 7.79 HIV confirmatorio
- 7.80 PCR
- 7.81 Perfil Toxoplasma IgG e IgM
- 7.82 Prueba de embarazo
- 7.83 RA Test
- 7.84 RPR
- 7.85 Serología para Chagas
- 7.86 Tipo RH



## **8. SERVICIOS DE FARMACIA**

1. Deberá contar con regente farmacéutico, con licencia de regencia y libro de medicamentos controlados autorizado por el ARSA. El horario de funcionamiento del servicio de farmacia será, al menos, de 7:00 am a 7:00 pm.
2. Empaquetará, etiquetará y entregará los medicamentos del Listado Oficial de Medicamentos de acuerdo a la normativa del IHSS, utilizando los formularios de receta diseñados por el IHSS para su prescripción, o bien aquellos formatos que al efecto autorice expresamente el IHSS. El tiempo máximo de entrega del medicamento prescrito, será de dos (2) horas.
3. Deberá cumplir con las condiciones idóneas de almacenamiento, administración y despacho de los medicamentos, las cuales deberán estar acordes con la normativa dictada por el IHSS. Mantendrá abastecimiento suficiente de acuerdo con las necesidades y perfil epidemiológico de su región, con el fin de optimizar el manejo de los inventarios y evitar incumplimientos con pacientes por desabastecimiento.
4. Garantizará un área restringida para el despacho de medicamentos, evitando el desplazamiento excesivo del paciente para conseguirlos. Se considerarán preferentemente entregas a domicilio o bien la entrega en el mismo lugar donde el usuario recibe los servicios.
5. Garantizará la utilización de un sistema de información que registre el proceso de emisión de las recetas, medicamentos despachados por servicios y, en general, control de movimientos y existencias, lotes, vencimientos y costos de los medicamentos.

Para la prestación de los servicios de este nivel de atención, el oferente deberá contar, al menos, con los siguientes recursos, ubicados según corresponda a los ambientes del establecimiento:

### **Recurso humano mínimo:**

- a. Un (1) administrador.
- b. Un (1) director médico exclusivo para las diferentes tareas administrativas.
- c. Un (1) médico especialista en ginecología.
- d. Un (1) médico especialista en pediatría.
- e. Un (1) médico especialista en cirugía.
- f. Un (1) médico especialista en medicina interna.
- g. Un (1) médico especialista en ortopedia.
- h. Un (1) profesional de enfermería.
- i. Tres (3) auxiliares de enfermería.
- j. Un (1) digitador para registro médico.
- k. Un (1) microbiólogo para la regencia del Laboratorio Clínico.
- l. Un (1) profesional de ciencias química y farmacia exclusiva para la Regencia de la Farmacia del IHSS
- m. Un (1) técnico en registros de salud.



**Además del mobiliario necesario con que el establecimiento debe contar a efecto de ostentar licencia sanitaria vigente, deberá contar con lo siguiente:**

- a) Una(1) Computadora por cada ambiente de consultorios médicos, área de admisión, farmacia, laboratorio clínico, radiodiagnóstico y área de enfermería (Al momento de ser requerido por el departamento de informática y tecnología del IHSS) para instalación de los sistemas del IHSS
- b) Una (1) impresora laser
- c) Sillas para sala de espera
- d) Archiveros metálicos
- e) Oasis o fuentes de agua para beber
- f) Un (1) televisor que pueda reproducir videos por USB en el área de espera
- g) Línea telefónica fija

**Además del equipo médico necesario con que el establecimiento debe contar a efecto de ostentar licencia sanitaria vigente, deberá contar con lo siguiente:**

- a) Un (1) Ultrasonido
- b) Un (1) electrocardiograma
- c) Un (1) Nebulizador
- d) Un (1) equipo para partos
- e) Una (1) Balanza para adultos con tallímetro
- f) Una (1) Balanza de lactantes
- g) Una (1) Balanza portátil
- h) Un (1) Esfigmomanómetro por médico
- i) Un (1) Estetoscopio por médico
- j) Un (1) Saturador de oxígeno por médico
- k) Un (1) Esterilizador de material médico
- l) Un (1) Negatoscopio

### **TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

Se refiere a las atenciones médicas que se brinden en el área de emergencia, atenciones de partos y cesáreas, procedimientos quirúrgicos y ortopédicos hospitalarios y las atenciones hospitalarias en Pediatría, medicina interna y ginecoobstetricia, incluye tratamiento médico, exámenes de laboratorio, radiodiagnóstico y cuidados de hostelería, las 24 horas del día, todos los días del año.

El paciente hospitalizado debe ser evaluado por médico especialista en las 24 horas siguientes al ingreso, y se le dará seguimiento diario correspondiente. El alta debe ser dada por el especialista, sus notas médicas deberán constar por escrito y registrar: fecha, hora, nota de evolución, firma y sello.

Los pacientes que ameriten estudios más especializados según se detalla en la cartera de servicios de laboratorio, se solicitarán a los Hospitales Institucionales de acuerdo al procedimiento de referencia – contra referencia del IHSS.

Deberá Presentar al IHSS un plan anual de trabajo que incluya los objetivos y acciones necesarias para la ejecución satisfactoria del CONTRATO, dentro de los primeros treinta días hábiles de su vigencia.

La atención de hospitalización se limita a cinco (5) días, los periodos adicionales que se requieran debido a la evolución diagnóstica, deberán ser previamente autorizados por el Coordinador Médico Regional y



únicamente casos excepcionales, teniendo un límite de tres (3) días adicionales de hospitalización luego de los cuales el paciente deberá ser remitido a los establecimientos propios del IHSS. Para efectos de pago el valor día estancia adicional será de L 825.00.

Si se remitiera un paciente a las unidades hospitalarias del IHSS, sin haber brindado la atención debida por el proveedor, el IHSS procederá a deducir de la factura mensual, el costo de las atenciones que se hayan prestado al derechohabiente, de acuerdo a la tarifa correspondiente.

En caso de situaciones epidemiológicas particulares o excepcionales, el proveedor deberá poner a disposición del IHSS toda su infraestructura y recursos, a efecto de hacer frente a la emergencia. El IHSS proveerá de todo el material, insumos, vacunas y fármacos necesarios.

En el caso de hospitalización de un paciente que no se reporte como derechohabiente en el sistema de “consulta de derechos”, el proveedor deberá brindar la atención necesaria instruyendo al paciente para presentar la documentación que lo acredite como derechohabiente, en un periodo no mayor a 24 horas después del ingreso. Si el ingreso se diera en fin de semana o día feriado, el paciente deberá acreditar su condición de derechohabiente el primer día hábil siguiente, caso contrario el proveedor está facultado para proceder a la facturación de los servicios directamente al paciente.

Se reconocerán pagos por administración de productos hemoderivados, luego de ser sometidos a evaluación por el Coordinador Médico Regional y de acuerdo a los costos del Instituto. Para tal efecto, el IHSS mantiene un convenio con la Cruz Roja Hondureña que el oferente adjudicado deberá invocar para celebrar uno propio con dicha entidad. El IHSS no realizará desembolsos hasta que el proveedor realice convenio con la Cruz Roja Hondureña. Para efectos del sistema SAP se suscribirá contrato separado pero ligado al tercer nivel con el tarifario de precios y productos suscrito entre el Instituto y la Cruz Roja Hondureña. Las unidades a transfundir, deberán contar con las pruebas de compatibilidad correspondientes, mismas que se consideran como parte de los servicios de este tercer nivel de atención. El oferente adjudicado deberá presentar el convenio suscrito dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación de adjudicación.

Cada pago deberá ser documentado a través de los siguientes documentos:

1. Hoja de justificación de indicación médica, conteniendo la firma y sello del médico tratante,
2. Los recibos respectivos,
3. Fotocopia del expediente clínico foliado donde se justifique el procedimiento,
4. Copia del documento nacional de identificación del paciente.

Para efectos de traslados en ambulancia, el oferente adjudicado podrá también celebrar convenio con la Cruz Roja Hondureña, en las mismas condiciones señaladas, u ofrecer los propios. Los traslados de derechohabientes en ambulancia son responsabilidad del proveedor, quien deberá contar con una enfermera o paramédico, debidamente certificado por el ente regulador pertinente.

Deberá entregar el paciente al hospital de referencia cumpliendo la normativa de referencia contra referencia y una vez recibido el paciente será responsabilidad del hospital que recibe la referencia.



En caso de trasladar dos pacientes en la misma ambulancia, este se reconocerá como un solo traslado. Cada paciente que es trasladado podrá ser acompañado por una persona más, sin costo adicional.

En caso de traslado de paciente ambulatorio con patología que le impide deambular por sí mismo, este deberá ser autorizadas por el coordinador médico regional. Para efectos del sistema SAP se suscribirá contrato separado pero ligado al tercer nivel de atención con el tarifario de precios y productos que brinda la Cruz Roja Hondureña, estableciendo productos por traslado en ambulancia sin oxígeno, con oxígeno y con ventilación respiratoria asistida, sea a mano o con ventilador mecánico.

La cartera de servicios a contratar en este tercer nivel de atención en salud, incluye las prestaciones siguientes:

### **1) GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Se refiere a los egresos hospitalarios mayor de 24 horas de todo paciente ingresado en el servicio de ginecobstetricia. Es el egreso de pacientes del servicio de Gineco-obstetricia de las instalaciones de EL PROVEEDOR cuyo diagnóstico médico no incluya el parto vaginal o cesárea y no presenta complicaciones. Deberá contar mínimo una evaluación diaria de parte del ginecólogo según los días que este hospitalizado y el alta debe ser dada por el ginecólogo con la referencia al primer nivel de atención o segundo nivel a criterio clínico del ginecólogo.

Se refiere a una patología ginecológica que incluye algunas enfermedades o padecimientos registrados en la clasificación CIE-10 en los capítulos 14 Y 15 y otros relacionados. En los casos de obstetricia las mujeres embarazadas con diagnósticos asociados a su estado.

El proveedor deberá contar con la capacidad instalada/resolutiva según el caso, de no contar con ello deberá referir la paciente a los hospitales institucionales.); incluye los estudios de laboratorio clínico, proyecciones rayos X, EKG, al menos un (1) Ultrasonido y terapia respiratoria (inhalo terapia con ventilador mecánico) según la normativa de guías clínicas. Dicha estancia hospitalaria no debe ser mayor de cinco (5) días, de lo contrario deberán ser referidos al sistema hospitalario institucional (IHSS). Estos egresos incluyen el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al Listado Oficial de Medicamentos del IHSS, tanto de vía oral, parenteral, y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso por un Médico Especialista G-O y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS.

El paciente hospitalizado debe ser evaluado diariamente y en las primeras 24 horas y el alta debe ser dada por el especialista y las notas medicas del mismo escritas deben registrar: fecha, hora, nota de evolución y firma, sello del profesional del Colegio Médico de Honduras.



Los pacientes que ameriten estudios más especializados según se detalla en la cartera de servicios de laboratorio, se solicitarán a los Hospitales Institucionales de acuerdo al procedimiento de referencia – contra referencia del IHSS.

En este producto se incluye además los egresos por legrado uterino instrumental., cualquiera sea su indicación.

| <b>CAPÍTULO</b> | <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIPCION</b>   | <b>ENFERMEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA</b>   |
|-----------------|---------------|--|--|
| XIV             | (N00–N99)     | Enfermedades del sistema genitourinario que requieran hospitalización que comprometan la vida del paciente | (N70–N77) Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos<br>N80 Endometriosis<br>N83 Trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho<br>N85 Otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello<br>N90 Otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo<br>N92 Menstruación excesiva, frecuente e irregular<br>N93 Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales |
| XV              | (O00–O99)     | Embarazo, parto y puerperio  | O01 Mola hidatiforme<br>O02 Otros productos anormales de la concepción<br>O03 Aborto espontáneo<br>O04 Aborto médico<br>O05 Otro aborto<br>O06 Aborto no especificado<br>O07 Intento fallido de aborto<br>O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio</p> <p>O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada</p> <p>O12 Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión</p> <p>O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa</p> <p>O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa</p> <p>O16 Hipertensión materna, no especificada</p> <p>O24 Diabetes mellitus en el embarazo</p> <p>O25 Desnutrición en el embarazo</p> <p>O26 Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo</p> <p>O40 Polihidramnios</p> <p>O43 Trastornos placentarios</p> <p>O44 Placenta previa</p> <p>O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae]</p> <p>O46 Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte</p> <p>O85 Sepsis puerperal</p> <p>O86 Otras infecciones puerperales</p> <p>O88 Embolia obstétrica</p> |
|--|--|--|--|

|       |           |   |   |
|-------|-----------|---|---|
|       |           |   | <p>O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte</p> <p>O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio</p> <p>O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio</p> |
|       |           |   | <p>O20 Hemorragia precoz del embarazo</p> <p>O21 Vómitos excesivos en el embarazo</p> <p>O22 Complicaciones venosas en el embarazo</p> <p>O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo</p>  |
| XVIII | (R00–R99) | Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | R10 Dolor abdominal y pélvico   |
| XIX   | (S00–T98) | Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas                  | T83 Complicaciones de dispositivos, implantes e injertos genitourinarios  |

**Debe cumplir con criterios de Ingreso de pacientes hospitalizados**

**2) ATENCIÓN DE PARTOS**

Se refiere a los egresos hospitalarios mayor de 24 horas de todo paciente ingresado en la sala de obstetricia en las instalaciones de “EL PROVEEDOR”, con diagnóstico de parto vaginal único o múltiple cuyo diagnóstico se encuentre dentro del capítulo 15 de la clasificación del CIE-10, cuyo producto haya nacido vivo o muerto, este producto incluye: la ocurrencia de una(s) patología(s), comorbilidad sobre agregada o patología de base (diabetes, HTA crónica, etc.) que agrave su estado de salud o complique el



parto, que no responde al tratamiento médico según los protocolos o guías clínicas del IHSS y/o normativa vigente, que presente una complicación médica de cualquier tipo durante su estadía hospitalaria el proveedor deberá contar con la capacidad instalada/resolutiva según el caso, de no contar con ello deberá referir la paciente a los hospitales institucionales. La atención inmediata del recién nacido por médico general, pediatra está incluido en este producto y los estudios de laboratorio clínico, un (1) EKG, un (1) Ultrasonido, terapia respiratoria (inhaloterapia con ventilador mecánico y/o asistida) y monitoreo fetal según la normativa de guías clínicas. Dicha estancia hospitalaria no debe ser mayor de cinco (5) días, de lo contrario deberán ser referidos al sistema hospitalario institucional (IHSS). Estos egresos incluyen el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS. Incluye en este producto la episiotomía y episiorrafia de los desgarros perineales (I, II, III y IV). Los Desgarros Grado III y IV deben ser reparados por el médico Especialista.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso en las primeras 24 horas de ingreso, por un Médico Especialista G-O y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS. Además debe solicitarse interconsulta al servicio que corresponda y aparecer nota de lo que se recomienda por dicho servicio.

Los pacientes que ameriten estudios más especializados (IRM, TAC, estudios altamente especializados como angiografía), que no se detallan anteriormente se solicitaran a los Hospitales Institucionales de acuerdo al procedimiento de referencia – contrarreferencia del IHSS.



Se presentan a continuación dichas enfermedades según CIE-10

| Capítulo  | Código    | Descripción                 | Enfermedades de Parto   |
|---|-----------|-----------------------------|---|
| XV  | (O00–O99) | Embarazo, parto y puerperio | O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio       |
|   |           |                             | O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada                  |
|   |           |                             | O12 Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión    |
|   |           |                             | O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa |
|   |           |                             | O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa |
|   |           |                             | O15 Eclampsia   |
|   |           |                             | O16 Hipertensión materna, no especificada   |
|   |           |                             | O30 Embarazo múltiple   |
|   |           |                             | O31 Complicaciones específicas del embarazo múltiple                                  |
|   |           |                             | O32 Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta           |
|   |           |                             | O33 Atención materna por desproporción conocida o presunta                            |
|   |           |                             | O35 Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta                 |
|   |           |                             | O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos                |
|   |           |                             | O40 Polihidramnios  |
|   |           |                             | O41 Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas                         |
|   |           |                             | O42 Ruptura prematura de las membranas  |
|   |           |                             | O43 Trastornos placentarios   |
|   |           |                             | O46 Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte                                |
|   |           |                             | O48 Embarazo prolongado   |
|   |           |                             | O60 Parto prematuro   |
| O61 Fracaso de la inducción del trabajo de parto      |           |                             |   |
| O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto |           |                             |   |
| O63 Trabajo de parto prolongado                       |           |                             |   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto   |
|  |  |  | O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna   |
|  |  |  | O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto  |
|  |  |  | O67 Trabajo de parto y parto complicados por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte   |
|  |  |  | O68 Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal  |
|  |  |  | O69 Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical   |
|  |  |  | O70 Desgarro perineal grado I, II, III y IV durante el parto  |
|  |  |  | O71 Otro trauma obstétrico  |
|  |  |  | O72 Hemorragia postparto  |
|  |  |  | O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia   |
|  |  |  | O74 Complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto  |
|  |  |  | O75 Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte  |
|  |  |  | O80 Parto único espontáneo  |
|  |  |  | O81 Parto único con fórceps y ventosa extractora  |
|  |  |  | O83 Otros partos únicos asistidos   |
|  |  |  | O84 Parto múltiple  |
|  |  |  | O88 Embolia obstétrica  |
|  |  |  | O95 Muerte obstétrica de causa no especificada  |
|  |  |  | O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas directas  |
|  |  |  | O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio |
|  |  |  | O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio                      |

**Debe cumplir con criterios de Ingreso de pacientes hospitalizados**



### 3) ATENCIÓN DE CESÁREAS

Se refiere a los egresos hospitalarios mayor de 24 horas de todo paciente ingresado. Se refiere al egreso de pacientes de la sala de obstetricia en las instalaciones de “EL PROVEEDOR” con diagnóstico de parto quirúrgico cesárea, cuyo producto haya nacido vivo o muerte independiente de la causa que haya originado la indicación de dicho procedimiento.

La ocurrencia de una(s) patología(s) o comorbilidad sobre agregada que agrave su estado de salud; o complique la cesárea, que no responde al tratamiento médico según los protocolos o guías clínicas de manejo, que presente una complicación médica o quirúrgica de cualquier tipo durante su estadía hospitalaria, el proveedor deberá contar con la capacidad instalada/resolutiva según el caso, de no contar con ello deberá referir la paciente a los hospitales institucionales.

La atención inmediata del recién nacido por médico general, pediatra está incluido en este producto y los estudios de laboratorio clínico, EKG, Ultrasonido (s), terapia respiratoria con ventilador mecánico y monitoreo fetal según la normativa de guías clínicas. Dicha estancia hospitalaria no debe ser mayor de cinco (5) días, de lo contrario deberán ser referidos al sistema hospitalario institucional (IHSS). Estos egresos incluyen el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral, y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso por un Médico Especialista G-O y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS.

Cuando la paciente solicite mediante un consentimiento informado que se le practique la Oclusión Tubarica Bilateral (OTB) durante la cesárea, este procedimiento se incluye dentro del producto.

La técnica quirúrgica a utilizar para apertura de la pared abdominal puede ser: incisión en piel supra púbica transversa o incisión en piel vertical media infra umbilical, según el caso que corresponda; tipo Pfannenstiel (transversa) para aquellas con cesárea previa que tenga una inciso así y para las programadas por consulta externa y vertical media infra umbilical para casos de extrema urgencia o cesárea anterior con esa técnica.

| CAPÍTULO | CODIGO        | DESCRIPCION                    | ENFERMEDADES DE CESAREA  |
|----------|---------------|--------------------------------|--|
| XV       | (O00–<br>O99) | Embarazo, parto<br>y puerperio | O10 Hipertensión preexistente que<br>complica el embarazo, el parto y el<br>puerperio<br>O11 Trastornos hipertensivos<br>preexistentes, con proteinuria agregada |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | O12 Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión           |
|  |  |  | O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa        |
|  |  |  | O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa        |
|  |  |  | O15 Eclampsia  |
|  |  |  | O16 Hipertensión materna, no especificada  |
|  |  |  | O20 Hemorragia precoz del embarazo   |
|  |  |  | O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo                                     |
|  |  |  | O24 Diabetes mellitus en el embarazo   |
|  |  |  | O30 Embarazo múltiple  |
|  |  |  | O31 Complicaciones específicas del embarazo múltiple   |
|  |  |  | O32 Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta                  |
|  |  |  | O33 Atención materna por desproporción conocida o presunta                                   |
|  |  |  | O34 Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre |
|  |  |  | O35 Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta                        |
|  |  |  | O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos                       |
|  |  |  | O40 Polihidramnios   |
|  |  |  | O41 Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas                                |
|  |  |  | O42 Ruptura prematura de las membranas   |
|  |  |  | O44 Placenta previa  |
|  |  |  | O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae]                            |
|  |  |  | O46 Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte                                       |
|  |  |  | O47 Falso trabajo de parto   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | O48 Embarazo prolongado   |
|  |  |  | O60 Parto prematuro   |
|  |  |  | O61 Fracaso de la inducción del trabajo de parto  |
|  |  |  | O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto   |
|  |  |  | O63 Trabajo de parto prolongado   |
|  |  |  | O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto             |
|  |  |  | O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna                             |
|  |  |  | O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto  |
|  |  |  | O67 Trabajo de parto y parto complicados por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte |
|  |  |  | O68 Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal                                    |
|  |  |  | O69 Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical                       |
|  |  |  | O71 Otro trauma obstétrico  |
|  |  |  | O72 Hemorragia postparto  |
|  |  |  | O75 Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte          |
|  |  |  | O83 Parto por cesárea sin otra especificación   |
|  |  |  | O84 Parto múltiple  |
|  |  |  | O88 Embolia obstétrica  |
|  |  |  | O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte                                   |
|  |  |  | O95 Muerte obstétrica de causa no especificada  |
|  |  |  | O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas directas  |
|  |  |  | O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte,                 |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio  |
|  |  |  | O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Debe cumplir con criterios de Ingreso de pacientes hospitalizados**

**4) MEDICINA CON Y SIN PROCEDIMIENTO**

Se refiere a los egresos hospitalarios mayores de 24 horas de todo paciente ingresado para estudio y tratamiento médico de algunas enfermedades que pueden ser tratadas de acuerdo a la capacidad resolutive del proveedor. Estas enfermedades están incluidas e identificadas en los capítulos del CIE- 10 que se presentan posteriormente.

Este producto se define por los estudios de gabinete o exámenes de laboratorio más los siguientes procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos como ser (1) punción lumbar con estudio de Líquido Ceforraquídeo (LCR), resucitación cardio-pulmonar, toracocentesis y paracentesis con citoquímica y anatomopatológico (1), Más de dos (2) proyecciones de rayos X, terapia respiratoria (inhaloterapia con ventilador mecánico y/o ventilación asistida mano ambu) permanente, dos (2) o más USG, ecocardiograma (1), EEG (1), EKG (1), endoscopia alta más biopsia (1) –Helicobacter Pylori, toma de biopsia y terapia física dentro del periodo de estancia hospitalaria según guías clínicas y/o normativa vigente. Estos egresos incluyen el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral, y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS. El proveedor deberá contar con la capacidad instalada/resolutive según el caso, de no contar con ello deberá referir la paciente a los hospitales institucionales.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso por un Médico Especialista (internista) y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS.

El paciente hospitalizado debe ser evaluado diariamente por médico especialista en Medicina Interna y en cada turno en caso de pacientes graves, el alta debe ser dada por el especialista y las notas medicas escritas deben registrar: fecha, hora, nota de evolución y firma, sello del profesional del Colegio Médico de Honduras.



Los pacientes que ameriten estudios más especializados según se detalla en la cartera de servicios de laboratorio del III Nivel (IRM, TAC, estudios altamente especializados como angiografía), se solicitarán a los Hospitales Institucionales de acuerdo al procedimiento de referencia – contrarreferencia del IHSS.

### PRODUCTOS DE MEDICINA SEGÚN CIE-10

| CAPÍTULO | CODIGO     | DESCRIPCION   | ENFERMEDADES DE MEDICINA CON Y SIN PROCEDIMIENTO  |
|----------|------------|---|---|
| I        | (A00-B99)  | Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias   | (A00 – B99) Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias   |
| III      | (D50-D89)  | Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | (D50 – D53) Anemias nutricionales   |
| IV       | (E00-E90)  | Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  | (E00–E07) Trastornos de la glándula tiroides<br>(E10–14) Diabetes mellitus<br>(E40–E46) Desnutrición  |
| VI       | (G00-G99)  | Enfermedades del sistema nervioso de manejo médico  | (G40–G47) Trastornos episódicos y paroxísticos  |
| IX       | (I00– I99) | Enfermedades del sistema circulatorio   | (I00– I02) Fiebre reumática aguda<br>(I10– I15) Enfermedades hipertensivas<br>(I20–I25) Enfermedades isquémicas del corazón<br>(I95–I99) Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio   |
| X        | (J00– J99) | Enfermedades del sistema respiratorio   | (J10–J18) Influenza [gripe] y neumonía<br>(J20–J22) Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores<br>(J40–J47) Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores<br>(J60–J70) Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos |

|       |           |   |  |
|-------|-----------|---|--|
|       |           |   | (J80–J84)Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio<br>(J90–J94)Otras enfermedades de la pleura  |
| XI    | (K00–K93) | Enfermedades del sistema digestivo-<br>algunas  | (K20–K31) Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno<br>(K70–K77)Enfermedades del hígado   |
| XIV   | (N00–N99) | Enfermedades del sistema genitourinario-<br>algunas   | (N00–N08) Enfermedades glomerulares<br>(N20–N23) Litiasis urinaria<br>(N30–N39)Otras enfermedades del sistema urinario   |
| XVIII | (R00–R99) | Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | (R00–R09) Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio<br>(R10–R19) Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen<br>(R25–R29) Síntomas y signos que involucran los sistemas nervioso y osteomuscular<br>R31 Hematuria, no especificada<br>R34 Anuria y oliguria<br>R35 Poliuria<br>R42 Mareo y desvanecimiento<br>(R50–R69) Síntomas y signos generales |
| XIX   | (S00–T98) | Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas                  | (T36–T50) Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas<br>(T51–T65) Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal<br>(T66–T78)Otros efectos y los no especificados de causas externas  |

**Debe cumplir con criterios de Ingreso de pacientes hospitalizados**



## **5) EGRESO DE CIRUGÍA SIN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Es el egreso de cirugía que ha estado hospitalizado más de 24 horas, cuyo tratamiento puede incluir procedimiento quirúrgico menor, pero no haya requerido procedimiento quirúrgico mayor y puede o no presentar complicaciones como la ocurrencia de una(s) patología(s) o comorbilidad sobre agregada que agrave su estado de salud, que no responde al tratamiento médico según los protocolos o guías clínicas de manejo, que presente una complicación médica de cualquier tipo durante su estadía hospitalaria; el proveedor deberá contar con la capacidad instalada/resolutiva según el caso, de no contar con ello deberá referir la paciente a los hospitales institucionales. Incluye los estudios de laboratorio clínico, dos (2) proyecciones de rayos X, un (1) EKG, un (1) Ultrasonido según guías clínicas y/o normativa vigente. Dicha estancia hospitalaria no debe ser mayor de cinco (5) días, de lo contrario deberán ser referidos al sistema hospitalario institucional (IHSS). Esto egresos incluyen adultos y niños e incluyen el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral, y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso por un Médico Especialista en cirugía general y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS. El paciente hospitalizado debe ser evaluado diariamente y en las primeras 24 horas y el alta debe ser dada por el especialista y las notas médicas del mismo escritas deben registrar: fecha, hora, nota de evolución y firma, sello del profesional del Colegio Médico de Honduras.

Los pacientes que ameriten estudios más especializados según se detalla en la cartera de servicios de laboratorio, se solicitarán a los Hospitales Institucionales de acuerdo al procedimiento de referencia – contrarreferencia del IHSS.

## **6) EGRESO DE CIRUGÍA CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Se refiere a los egresos hospitalarios mayor de 24 horas de todo paciente ingresado para estudio y tratamiento quirúrgico de algunas enfermedades ósea con intervención quirúrgica mayor que se acompaña de una o más de las siguientes situaciones que pueden complicar el caso como las ocurrencia de una(s) patología(s) o comorbilidad sobre agregada que agrave la enfermedad por la cual fue intervenida quirúrgicamente, que no responde al tratamiento médico según los protocolos o guías clínicas de manejo, que presente una complicación médica de cualquier tipo durante su estadía hospitalaria o exista un evento durante la cirugía que complique la evolución natural de la recuperación del paciente. (Ej. Hemorragia, infección, etc.). Dicha estancia hospitalaria no debe ser mayor de cinco (5) días, de lo contrario deberán ser referidos al sistema hospitalario institucional (IHSS).

El proveedor deberá contar con la capacidad instalada/resolutiva según el caso, de no contar con ello deberá referir la paciente a los hospitales institucionales.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso por un Médico Especialista en cirugía general y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS y las técnicas quirúrgicas pueden ser abiertas o laparoscópicas.



El paciente hospitalizado debe ser evaluado diariamente y en las primeras 24 horas y el alta debe ser dada por el especialista y las notas medicas del mismo escritas deben registrar: fecha, hora, nota de evolución y firma, sello del profesional del Colegio Médico de Honduras.

Los pacientes que ameriten estudios más especializados según se detalla en la cartera de servicios de laboratorio, se solicitaran a los Hospitales Institucionales de acuerdo al procedimiento de referencia – contrarreferencia del IHSS.

## DIAGNOSTICOS SEGÚN CIE-10 EN EGRESOS DE CIRUGIA CON Y SIN INTERVENCION QUIRÚRGICA CON O SIN COMPLICACION

| CAPÍTULO | CODIGO     | DESCRIPCION  | ENFERMEDADES DE EGRESOS DE CIRUGIA CON Y SIN INTERVENCION QUIRÚRGICA CON Y SIN COMPLICACION   |
|----------|------------|--|---|
| II       | (D10 –D36) | Tumores [neoplasias] benignos  | D05 Carcinoma in situ de la mama<br>D06 Carcinoma in situ del cuello del útero<br>D07 Carcinoma in situ de otros órganos genitales y de los no especificados<br>D09 Carcinoma in situ de otros sitios y de los no especificados<br>D24 Tumor benigno de la mama<br>D25 Leiomioma del útero<br>D26 Otros tumores benignos del útero<br>D27 Tumor benigno del ovario<br>D28 Tumor benigno de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados          |
| XI       | (K00–K93)  | Enfermedades del sistema digestivo   | (K35 – K38) Enfermedades del apéndice<br>(K40 –K46)Hernia<br>(K55–K63) Otras enfermedades de los intestinos<br>(K65 – K67) Enfermedades del peritoneo<br>(K80 – K87)Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del Páncrea  |
| XIV      | (N00–N99)  | Enfermedades del sistema genitourinario  | (N40-N51) Enfermedades de los órganos genitales masculinos<br>(N60 – N64)Trastornos de la mama  |
| XIX      | (S00–T98)  | Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas | S01 Herida de la cabeza<br>S11 Herida del cuello<br>S21 Herida del tórax<br>S31 Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis<br>S36 Traumatismo de órganos intraabdominales<br>S37 Traumatismo de órganos pélvicos<br>S38 Traumatismo por aplastamiento y amputación traumática de parte del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis<br>S39 Otros traumatismos y los no especificados del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>T01 Heridas que afectan múltiples regiones del cuerpo</p> <p>T04 Traumatismos por aplastamiento que afectan múltiples regiones del cuerpo</p> <p>(T20–T32) Quemaduras y corrosiones</p>                                |
|  |  | Enfermedades y trastornos del aparato digestivo                | Intervención Intestinal como: sigmoidectomía, hemicolectomía, colectomía total, resección parcial del intestino delgado y grueso  |
|  |  |  | Liberación de adherencias peritoneales  |
|  |  |  | Intervención intestinal: cierre de estoma intestinal, incisión de intestino delgado o proctotomía   |
|  |  |  | Herniorrafia ventral o umbilical  |
|  |  |  | Herniorrafia inguinal o crural; incluye la bilateral  |
|  |  |  | Apendicectomía o drenaje de absceso apendicular   |
|  |  |  | Laparotomía exploradora, biopsia hepática, biliar o pancreática abierta   |
|  |  |  | Colecistectomía, anastomosis de la vesícula biliar o conducto biliar, extirpación de lesión local y todas ellas pueden estar o no asociadas a exploración del conducto biliar o a colecistectomía abierta o laparoscópica |
|  |  |  | Gastrostomía, gastroenterostomía, lisis de adherencias, reparación peritoneal   |
|  |  |  | Drenaje de abscesos perianal, hemorroidectomía, fistulectomía, anal o revisión de enterostomía, extirpación quiste pilonidal  |
|  |  | Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama | Biopsia de mama y escisión local por proceso no maligno: enfermedad no maligna de la piel, tejido subcutáneo o mama como mástoptia fibroquística, neoplasia benigna o inflamación mamaria.                                |
|  |  |  | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: infecciones, hematomas o diabetes complicada   |
|  |  | Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino    | Hidrocolectomía, varicocelectomía, escisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, biopsia abierta de testículo, circuncisión  |
|  |  | Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino     | Colpoplastia anterior y/o posterior, suspensión uretral o cistoureteropexia   |
|  |  |  | Histerectomía abdominal total, anexectomía uni o bilateral, ovariectomía total, parcial o en cuña o escisión de lesión de útero o de ovario, salpingo-ooferectomía  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  |   | Drenaje de absceso vulvar, amputación del cerviz, vulvotomía uni o bilateral, reparación de fístulas colon y rectovaginal   |
|  |  |   | Laparotomía exploradora, biopsia peritoneal, liberación de adherencias, reparación de fístula vesical u otras intervenciones vesicales  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: infección urinaria, infección de herida operatoria o anemia posthemorrágica aguda o crónica, dehiscencia de sutura, neumonía , insuficiencia renal   |
|  |  | Quemaduras                                      | Desbridamiento por quemaduras menos del 25% superficie corporal y menos del 10% de quemaduras de 3 grado  |
|  |  | Politraumatismos                                | Esplenectomía, laparotomía exploradora, sutura diafragmática o reparación de mesenterio en casos de trauma múltiple   |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: shock, neumonía, CID, insuficiencia respiratoria post-traumática, insuficiencia renal aguda, y haber precisado intubación endotraqueal, ventilación mecánica, gastrostomía, nutrición enteral o parenteral |
|  |  | Enfermedades y trastornos del aparato digestivo | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: metástasis ( en la mayoría de los casos hepáticas), infección, hemorragia u obstrucción post-operatorias o EPOC  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: infección, hemorragia u obstrucción post-operatorias o EPOC  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: , infección, hemorragia u obstrucción post-operatorias o EPOC  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: infección, hemorragia u obstrucción post-operatorias o EPOC  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: infección, hemorragia u obstrucción post-operatorias o EPOC  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: infección, hemorragia u obstrucción post-operatorias o EPOC  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: metástasis, infección, hemorragia u obstrucción post-operatorias o EPOC  |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: pancreatitis aguda, neoplasias, cirrosis o hemorragias, infecciones u obstrucciones post-operatorias, EPOC   |
|  |  |   | + Diagnostico de complicación o comorbilidad como: hemorragias, infecciones u obstrucciones post-operatorias, EPOC  |



## **Debe cumplir con criterios de Ingreso de pacientes hospitalizados**

### **7) PEDIATRÍA CON Y SIN PROCEDIMIENTO**

Se refiere al egreso hospitalario Mayor de 24 horas de pacientes mayores de 28 días hasta los 18 años (hasta los 19 años inclusive en caso de los trabajadores del IHSS), Estas enfermedades están incluidas e identificadas en los capítulos del CIE- 10 que se anexa. Esta categoría incluye los estudios de laboratorio clínico, proyecciones de rayos X, Ultrasonido (s), terapia respiratoria (inhaloterapia) y terapia física dentro del periodo de estancia hospitalaria según guías clínicas y/o normativa vigente Además incluye los exámenes de laboratorio más los siguientes procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos: (1), punción lumbar con estudio de L. C. R., resucitación cardio-pulmonar, toracocentesis y paracentesis con citoquímica y estudio anatomopatológico (1), endoscopia alta más biopsia –Helicobacter Pylori, según guías clínicas y/o normativa vigente. Estos egresos incluyen el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso por un Médico Especialista en pediatría y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS.

Los pacientes de pediatría que se les practica un procedimiento quirúrgico y/o de traumatología–ortopedia serán incluidos en los productos de egresos de cirugía o de traumatología-ortopedia respectivamente.



**ENFERMEDADES A TRATAR SEGÚN DIAGNOSTICOS DEL CIE-10 EN PRODUCTOS DE PEDIATRÍA CON Y SIN PROCEDIMIENTO.**

| <b>CAPÍTULO</b> | <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIPCION</b>  | <b>ENFERMEDADES DE PEDIATRIA CON Y SIN PROCEDIMIENTO</b>   |
|-----------------|---------------|---|--|
| I               | (A00–B99)     | Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias   | (A00–B99) Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  |
| III             | (D50–D89)     | Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | (D50–D53) Anemias nutricionales  |
| IV              | (E00–E90)     | Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  | (E00–E07) Trastornos de la glándula tiroides<br>(E10–14) Diabetes mellitus<br>(E40–E46) Desnutrición   |
| VI              | (G00–G99)     | Enfermedades del sistema nervioso de manejo médico  | (G40–G47) Trastornos episódicos y paroxísticos   |
| IX              | (I00–I99)     | Enfermedades del sistema circulatorio   | (I00–I02) Fiebre reumática aguda<br>(I10–I15) Enfermedades hipertensivas<br>(I95–I99) Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio   |
| X               | (J00–J99)     | Enfermedades del sistema respiratorio   | (J10–J18) Influenza [gripe] y neumonía<br>(J20–J22) Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores<br>(J40–J47) Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores<br>(J60–J70) Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos<br>(J80–J84) Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio<br>(J90–J94) Otras enfermedades de la pleura |



|       |           |   |   |
|-------|-----------|---|---|
| XI    | (K00–K93) | Enfermedades del sistema digestivo-<br>algunas  | (K20–K31) Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno<br>(K70–K77) Enfermedades del hígado   |
| XIV   | (N00–N99) | Enfermedades del sistema genitourinario-<br>algunas   | (N00–N08) Enfermedades glomerulares<br>(N20–N23) Litiasis urinaria<br>(N30–N39) Otras enfermedades del sistema urinario   |
| XVIII | (R00–R99) | Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | (R00–R09) Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio<br>(R10–R19) Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen<br>(R25–R29) Síntomas y signos que involucran los sistemas nervioso y osteomuscular<br>R31 Hematuria no especificada<br>R34 Anuria y oliguria<br>R35 Poliuria<br>R42 Mareo y desvanecimiento<br>(R50–R69) Síntomas y signos generales |
| XIX   | (S00–T98) | Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas                  | (T36–T50) Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas<br>(T51–T65) Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal<br>(T66–T78) Otros efectos y los no especificados de causas externas  |

**Debe cumplir con criterios de Ingreso de pacientes hospitalizados**

#### **8) ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDO SIN PROCEDIMIENTO (Neonatología Sin Procedimiento):**

Se refiere al egreso hospitalario Mayor de 24 horas de un paciente neonato cuyo periodo de vida es hasta los 28 días, que ha permanecido hospitalizado más de 24 horas, si el caso es de gran complejidad que no pueda resolverse en la clínica prestadora de servicios, el mismo deberá ser referido a los Hospitales Institucionales de acuerdo a la **Normas Nacionales De Atención Salud Materna-Neonatal, vigentes**. Estos



egresos incluyen el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral, y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías clínicas y protocolos clínicos del IHSS.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso, por un Médico Especialista en Pediatría y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS. En este producto se excluye la atención inmediata del recién nacido normal, que es parte del producto de parto vaginal o cesárea.

**La sala de Neonatología debe cumplir los siguientes requisitos para poder prestar este servicio:**

- Estar apegada a lo establecido en las **Normas Nacionales De Atención Salud Materna-Neonatal, vigente.**
- Incubadora y/o cuna radiante
- Bombas de infusión
- Oxígeno
- Aspirador Eléctrico
- Equipo de Resucitación Cardio-Pulmonar (RCP) [mango de laringoscopio, hojas, cánulas endotraqueales, ambu, medicamentos de re-animación.
- Set de cirugías menor para onfaloclisia o venodisección
- Set para punción lumbar
- Laboratorio con hematología, bacteriología y serología

Enfermedades incluidas en este producto:

- Hiperbilirrubinemia fisiológica
- Neonato potencialmente infectado
- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Policitemia de menor grado
- Producto macrosómico sin complicación
- Algunas malformaciones congénitas sin riesgo inminente de muerte
- Algunos padecimientos del Síndrome de TORCH, previamente estudiado
- Enfermedades incluidas en este producto:



Si se identifica un neonato con patologías como las siguientes, deberán ser referidos inmediatamente a los hospitales del IHSS:

- Prematuro y/o bajo peso al nacer
- Síndrome de Distress Respiratorio de moderado a severo, (Enfermedad de Membrana Hialina), no Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.
- Neonato de madre de VIH positivo.
- Convulsión neonatal.
- Malformaciones congénitas con riesgo de muerte.
- Hiperbilirrubinemia por incompatibilidad de alto riesgo (no fisiológica) que requiera exsanguíneo transfusión.
- Asfixia neonatal con potencial paro respiratorio
- Sepsis del recién nacido complicado
- Síndrome de Aspiración Meconial

## **9) SERVICIO DE URGENCIAS**

Se refiere a la atención del paciente del servicio de emergencia que El Proveedor, mantiene durante las 24 horas del día durante todo el año, para la atención de Afiliado Directo o Beneficiario del IHSS, la demanda de este servicio se genera de tres (3) maneras: a. Remisión del primer nivel de atención según procedimiento establecido; b. Remisión del segundo nivel o de consulta especializada ambulatoria según procedimiento establecido; y c. Por demanda espontánea de los afiliados. Las urgencias se han dividido en dos productos:

### **9.1 URGENCIA CON OBSERVACIÓN (UCO):**

Se refiere a la atención de pacientes en el servicio de emergencia del proveedor y cuyo problema de enfermedad se ha clasificado como agudo o de instalación brusca o súbita y que pone en peligro la vida del paciente, el cual debe ser atendido utilizando el sistema TRIAGE, donde se define las prioridades de atención de la siguiente manera:

- Precisa atención inmediata, lo que es una emergencia verdadera
- El paciente puede esperar 30 minutos, lo que es una “ urgencia”
- Puede esperar 60 minutos o más lo que es una urgencia Diferible, lo que puede aplicarse a una Urgencia Sin Observación (USO)

El periodo de estancia en la sala de observación de la emergencia es hasta 24 horas, en UCO, se incluyen las atenciones brindadas a pacientes que requiriendo ser trasladado a un servicio de mayor complejidad u Hospitales del 3er Tercer nivel, como ser los del IHSS; deben ser hospitalizados por el servicio de



observación del proveedor para garantizar el adecuado manejo posterior o estabilización del paciente, el producto será reconocido acorde a la patología, tiempo de estadía hospitalaria y manejo terapéutico. Se incluye en este producto además de la consulta médica, los estudios de laboratorio, igualmente estudios por Rayos X (1), Ultrasonido (1), Electrocardiograma (1), terapia respiratoria (inhaloterapia), y/o el tratamiento farmacológico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, de acuerdo a las normas nacionales, guías clínicas o protocolos institucionales y LOM del IHSS.

Para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS.

### **9.2 URGENCIA SIN OBSERVACIÓN (USO):**

Son las atenciones brindadas a los pacientes que se presentan al servicio de emergencia y que después de ser evaluado por el médico, se seguirán dos vías: manejo ambulatorio o ingreso a la sala de emergencia de acuerdo al TRIAGE.

Consiste en darle tratamiento y/o manejo ambulatorio ya que la enfermedad del paciente no es una emergencia y que corresponde a una atención del primer nivel, lo que algunos llaman “demanda de patología banal. De otra manera el problema de enfermedad del paciente corresponde a una atención ambulatoria de una patología, que no pone en peligro inmediato la vida del paciente y sin mayor grado de complejidad que no requiere observación.

Queda establecido que si el proveedor brinda los tres (3) niveles, deben tener bien diferenciado la organización de sus servicios para no mezclar, las atenciones del primer y segundo nivel con las del servicio de emergencia.



### SIGNOS/SÍNTOMAS A EVALUAR EN EL TRIAJE DE ADULTOS

|                  |                     | <b>NIVEL I<br/>ATENCIÓN INMEDIATA</b>   | <b>NIVEL II<br/>ATENCIÓN<br/>&lt; 30 MINUTOS</b>  | <b>NIVEL III<br/>ATENCIÓN<br/>&lt; 60 MINUTOS;<br/>diferible más<br/>tiempo en caso<br/>de máxima<br/>presión<br/>asistencial</b> |
|------------------|---------------------|---|---|---|
| <b>SIGNOS:</b>   |                     |   |   |   |
| Vía área         | FR                  | $\geq 30$ o $\leq 14$   | 24-30   | 14-24   |
|                  | Color de piel       | Cianosis  | Palidez   | Normal  |
|                  | Estado respiratorio | Estridor  |   | Normal  |
| Circulación      | TAS                 | $\geq 200$ o $< 90$ sintomática   | $\geq 200$ o $< 90$ asintomática;   | 90-190  |
|                  | Perfusión piel      | Sudor frío  | Discreto sudor  | Normal  |
|                  | FC                  | $\geq 120$ x' o $\leq 45$ x'  | 100-120 x'  | 45- 110 x'  |
| Neurológico      | Estado anímico      | Agitación psicomotriz   | Ansiedad  | Normal  |
|                  | Nivel de conciencia | Coma o confusión extrema  | Discreta confusión  | Normal  |
| Dolor            | Escala 0-10         | $\geq 8$  | 4-8   | < 4   |
| <b>SINTOMÁS:</b> |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia incoercible</li> <li>• Crisis comicial activa</li> <li>• Dolor torácico típico</li> <li>• Sospecha hipoglucemia</li> <li>• Sospecha enfermedad infectocontagiosa</li> <li>• Fiebre en paciente inmunodeprimido</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia Coercible</li> <li>• Estado post-critico</li> </ul> |   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma penetrante</li> <li>• Politraumatismo</li> <li>• Agresión</li> </ul> |  |  |
|--|--|--|--|--|

### SIGNOS/SINTOMÁS A EVALUAR EN EL TRIAJE DE NIÑOS

|                |                       | <b>NIVEL I<br/>ATENCIÓN INMEDIATA</b>  | <b>NIVEL II<br/>ATENCIÓN<br/>&lt; 30 MINUTOS</b> | <b>NIVEL III<br/>ATENCIÓN<br/>&lt; 60 MINUTOS;<br/>diferible más<br/>tiempo en caso<br/>de máxima<br/>presión<br/>asistencial</b> |
|----------------|-----------------------|--|--|---|
| <b>SIGNOS:</b> |                       |  |  |   |
| Vía área       | FR: prematuros        | > = 60 x' - < = 20 ó apnea   | '45 – 40x  | ' < 40 x  |
|                | Color de piel         | Cianosis   | Palidez  | Normal  |
|                | Estado respiratorio   | Estridor, tiraje intercostal, aleteo nasal                                       |  | Normal  |
|                | Saturación de oxígeno | < 90%  | < 92%  | 92% a 94 %  |
| Circulación    | TAS                   | > 120 o < 50   |  |   |
|                | Perfusión piel        | Sudor frío   | Discreto sudor                                   | Normal  |
|                | FC                    | > 180 x' o < 60 x'   |  | '70 – 145 x'  |
|                | Temperatura           | Fiebre en niños < de 3 meses T° Rectal > = a 38º C; Fiebre con lesiones cutáneas | > = 37° C  | 36º C   |
| Neurológico    | Estado anímico        | Agitación psicomotriz  | Ansiedad   | Normal  |
|                | Nivel de conciencia   | Coma o confusión extrema   | Discreta confusión                               | Normal  |
| Dolor          | Escala 0-10           | > = 8  | 4-8  | < 4   |
| Otros          | Glicemia capilar      | < 40 mg/dL o >   |  | 70 – 110  |
|                | Retención Urinaria    | > de 8 horas   | 5 -8 horas                                       |   |
|                | Convulsiones          | Crisis activa  | Estado post crítico                              |   |



|                    | Vómitos | Incontenibles   | Moderados | Leves |
|--------------------|---------|---|-----------|-------|
| <b>DESCRIPCION</b> |         | -Pacientes con Paro Cardio Respiratorio<br>-Traumatismo Mayor<br>-Deshidratación cualquier tipo<br>-Shock hemodinámico<br>- Disnea Severa ( asmáticos severos, pacientes con obstrucción de vía aérea )<br>-Coma<br>- Convulsiones Generalizadas<br>- Hemorragia Incoercible<br>- Neonato menor de 7 días<br>- Vómitos y Diarrea en niño menor de 2 años<br>- Reacción Alérgica severa<br>- Intoxicaciones en niños |           |       |

### **10) EGRESO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA SIN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Son Egresos Hospitalarios Mayor de 24 horas a los que no se les realizó procedimiento quirúrgico. Incluyen los siguientes casos:

- 1) Osteomielitis de manejo médico
- 2) Celulitis post traumática de manejo médico
- 3) Sinovitis reactiva de manejo médico (M65.9, M67.3)
- 4) Reducciones Cerradas y Procedimientos de Ortopedia que requieran uso de Quirófano, pero no Cirugía.
- 5) Las Dorsopatías (M50-M54) deberán ser clasificadas en los productos de Medicina según protocolo de manejo autorizado por la Dirección Médica Nacional.
- 6) Las hospitalizaciones que requieren más de cinco (5) días de hospitalización deberán ser remitidos a los Hospitales Regionales para su manejo.

Este producto incluye estudios Radiológicos necesarios, uso de materiales y el tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de



acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral, y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos del IHSS.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado el ingreso por un Médico Especialista en Ortopedia y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS.

Patologías que requieren otros procedimientos de imágenes, como TAC, IRM, biopsia bajo pantalla y Estudios por sospecha de patología tumoral, deberán ser referidas a los Hospitales Regionales del IHSS.

### **11) EGRESO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA CON INTERVENSION QUIRURGICA**

Son Egresos Hospitalarios Mayor de 24 horas a los que se les practicó procedimiento quirúrgico, Se consideran los siguientes casos:

- 1) Retiro de Material
- 2) Limpieza quirúrgica
- 3) Reducción abierta y Osteosíntesis: codo, antebrazo, mano, tobillo, tibia y peroné.
- 4) Amputaciones: post traumática y Regularización de muñones.
- 5) Drenaje de abscesos en articulaciones de Miembro Superior, Inferior
- 6) Reparación de sección Tendinosa
- 7) Artroscopias
- 8) Menisectomías
- 9) Patologías Tumorales
- 10) Correcciones de defectos Congénitos
- 11) Amputaciones por Diabetes Mellitus

Este producto incluye hospitalización hasta cinco (5) días, estudios Radiológicos antes y después de la cirugía, uso de materiales y tratamiento médico intrahospitalario y la administración del tratamiento completo al momento del alta, el cual será de acuerdo al LOM del IHSS, tanto de vía oral, parenteral y para la atención ambulatoria subsiguiente se referirá al I y II nivel de atención, de acuerdo a las guías clínicas y/o normativa vigente.

Estos pacientes deben ser evaluados y autorizado por Médico Especialista en Ortopedia y constar en el expediente clínico la nota del mismo, sino dicha actividad no será reconocida por el IHSS.



El paciente hospitalizado debe ser evaluado diariamente, el alta debe ser dada por el especialista y las notas médicas escritas deben registrar: fecha, hora, nota de evolución, firma y sello del profesional del Colegio Médico de Honduras.

La hospitalización que requieren más de cinco (5) días deberán ser remitidos a los Hospitales Regionales del IHSS para su manejo. Otras Reducciones deberán ser referidas a Hospital de Especialidades o Regional del Norte al igual que los Politraumatizados previamente estabilizados. Los pacientes que requieran placas, tornillos o clavos endomedulares que resulten en procedimientos de alto costo, deberán ser referidos al Hospital del IHSS. Síndrome de Túnel Carpiano deberá ser referido a Hospitales Especialidades y Regional del Norte para Manejo por especialista de Ortopedia en Mano. A continuación se detallan los procedimientos quirúrgicos que pueden realizar en los servicios subrogados y los que deben ser remitidos a los Hospitales del IHSS.



**12) PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA REQUERIDOS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

|    |   |
|----|---|
| 1  | amputación a nivel de cada uno de los dedos del pie   |
| 2  | amputación a nivel del tarso  |
| 3  | amputación a nivel del tercio medio del antebrazo   |
| 4  | amputación a nivel del tobillo  |
| 5  | amputación a nivel de los dedos de la mano cada uno   |
| 6  | amputación a nivel de la mano   |
| 7  | amputación a nivel de la muñeca, "operación de salvataje", radio procubito  |
| 8  | amputación transmetatarsiana del pie tipo zyme  |
| 9  | amputación diafisaria de pierna y antebrazo   |
| 10 | artrodesis o artroplastia interfalángicas cada uno  |
| 11 | artritis piógena del hombro, tratamiento quirúrgico   |
| 12 | artritis piógena de la cadera   |
| 13 | artritis piógena de la rodilla, tratamiento quirúrgico  |
| 14 | artrodesis metacarpo falángica e interfalángica cada uno  |
| 15 | artrodesis metatarso falángica cada uno   |
| 16 | atrapamiento tendones flexores de la mano liberación quirúrgico cada uno  |
| 17 | bota alta de yeso   |
| 18 | bota corta de yeso  |
| 19 | dedos martillo garra tratamiento quirúrgico cada uno  |
| 20 | deslizamiento epifisario, proximal tratamiento quirúrgico   |
| 21 | esguince rodilla hemartrosis punción, enyesado  |
| 22 | esguince de los miembros superiores e inferiores (torceduras) en cualquiera de las articulaciones, tratamiento conservador, inmovilización externa con yeso, férulas, fajas |
| 23 | fasciectomia plantar resección espolón calcáneo tratamiento quirúrgico  |
| 24 | corrección de y ortejo supraductus  |
| 25 | fractura 1/3 distal de radio reducción cerrada y yeso   |
| 26 | fractura 1/3 distal radio estable reducción cerrada clavos percutáneos  |
| 27 | fractura 1/3 distal radio inestable reducción cerrada clavos percutáneo   |
| 28 | fractura 1/3 humero distal tratamiento conservador tracción y yeso  |
| 29 | fractura 1/3 proximal humero 2 a 4 fragmentos tratamiento conservador   |
| 30 | fractura 1er metacarpiano reducción abierta fijación interna (bennet)   |
| 31 | fractura 1er metacarpiano reducción cerrada clavo percutáneo (bennet)   |
| 32 | fractura antebrazo ambos huesos no desplazada (diáfisis y epífisis) tratamiento conservador, inmovilización con yeso, reducción cerrada                                     |
| 33 | fractura antebrazo ambos huesos (diáfisis y epífisis), tratamiento quirúrgico   |
| 34 | fractura antebrazo reducción cerrada en niños   |



|    |  |
|----|--|
| 35 | fractura cabeza de radio, desplazada, tratamiento quirúrgico, osteosíntesis  |
| 36 | fractura cabeza del radio no desplazada tratamiento conservador manipulación y enyesado  |
| 37 | fractura de la cabeza o troquiter del humero no desplazada grado a simple cerrada tratamiento conservador, inmovilización con yeso |
| 38 | fractura del cuello del humero no desplazada tratamiento conservador, inmovilización cerrada con yeso                              |
| 39 | fractura huesos del carpo no desplazada tratamiento conservador reducción cerrada inmovilización con yeso cada uno                 |
| 40 | fractura de los huesos del carpo multifragmentaria y desplazada, tratamiento quirúrgico  |
| 41 | fractura de clavícula sin desplazamiento tratamiento conservador, vendaje en 8 por el médico tratante                              |
| 42 | fractura de codo sin desplazamiento tratamiento conservador, reducción cerrada, inmovilización con yeso                            |
| 43 | fractura codo con desplazamiento, tratamiento quirúrgico   |
| 44 | aplicación de collarín cervical blando o rígido por el médico tratante   |
| 45 | inmovilización con corse o faja aplicado por el médico tratante  |
| 46 | fractura columna sacra tratamiento conservador   |
| 47 | fractura costilla lesión pleural manejo médico   |
| 48 | fractura cubito reducción abierta placa de compresión  |
| 49 | fractura cubito reducción cerrada  |
| 50 | fractura dedos del pie tratamiento conservador   |
| 51 | fractura dedos del pie tratamiento quirúrgico  |
| 52 | fractura diafisaria de humero reducción cerrada  |
| 53 | fractura diáfisis cubital fijación interna injerto óseo tratamiento quirúrgico   |
| 54 | fractura diáfisis) del peroné desplazada tratamiento quirúrgico  |
| 55 | fractura de tobillo desplazada tratamiento quirúrgico  |
| 56 | fractura tobillo no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada inmovilización, yeso                                     |
| 57 | Fractura diáfisis radial no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada. inmovilización con yeso                         |
| 58 | fractura diáfisis de radio, desplazada, tratamiento quirúrgico, osteosíntesis  |
| 59 | fractura diáfisis tibial no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización con yeso                        |
| 60 | Fractura diáfisis tibial. desplazada tratamiento quirúrgico  |
| 61 | Fractura distal. antebrazo reducción cerrada adultos   |
| 62 | fractura escafoides reducción cerrada  |

|    |   |
|----|---|
| 63 | fractura escapula no desplazada tratamiento conservador, inmovilización del hombro  |
| 64 | fractura extremo distal de tibia tratamiento conservador  |
| 65 | fractura extremo distal de tibia tratamiento quirúrgico   |
| 66 | fractura extremo proximal de la tibia tratamiento conservador   |
| 67 | fractura extremo proximal de la tibia tratamiento quirúrgico  |
| 68 | fractura de las falanges de los dedos de la mano sin desplazada cada uno tratamiento conservador, reducción cerrada inmovilización con yeso |
| 69 | fractura de las falanges de los dedos de las manos con desplazamiento, cada uno, tratamiento quirúrgico                                     |
| 70 | fractura-luxación humero proximales cerradas  |
| 71 | fractura-luxación montegia en adultos tratamiento quirúrgico  |
| 72 | fractura-luxación montegia en niños tratamiento conservador   |
| 73 | fractura huesos del metacarpo no desplazada, tratamiento conservador, reducción cerrada inmovilización con yeso                             |
| 74 | Fractura de los huesos metacarpo, cada uno, con desplazamiento, tratamiento quirúrgico.   |
| 75 | fractura huesos del metatarso no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización con yeso, cada uno                  |
| 76 | fractura huesos del metatarso desplazada tratamiento quirúrgico cada uno, reducción abierta y osteosíntesis                                 |
| 77 | fractura de los huesos del pie, desplazados, cada uno, tratamiento quirúrgico, reducción abierta y osteosíntesis                            |
| 78 | fractura de los huesos del pie, no desplazados, cada uno, tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización con yeso              |
| 79 | fractura muñeca tipo colles desplazada, reducción abierta y osteosíntesis   |
| 80 | fractura muñeca desplazada reducción cerrada inmovilización con yeso (tipo colles smith)  |
| 81 | fractura de olecranon del cubito no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada, inmovilización con yeso                          |
| 82 | fractura olecranon de cubito desplazada, tratamiento quirúrgico, osteosíntesis  |
| 83 | fractura diáfisis del peroné no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización con yeso                             |
| 84 | fractura platillos tibiales tratamiento conservador punción y yeso  |
| 85 | fractura pubis tratamiento conservador  |
| 86 | fractura de la rótula no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada punción “ yeso   |
| 87 | fractura de la rótula desplazada tratamiento quirúrgico   |
| 88 | fractura subcapitales de humero reducción cerrada   |



|     |   |
|-----|---|
| 89  | fractura supracondilea del humero no desplazada tratamiento conservador, inmovilización con yeso, reducción cerrada             |
| 90  | fractura supracondilea de humero desplazada, tratamiento quirúrgico, osteosíntesis  |
| 91  | fractura supracondilea femoral no desplazada tratamiento conservador, reducción cerrada bajo anestesia, inmovilización con yeso |
| 92  | fractura supracondilea tratamiento conservador sin anestesia  |
| 93  | fractura supracondilea tratamiento quirúrgico adultos   |
| 94  | fractura huesos del tarso tratamiento conservador y yeso  |
| 95  | fractura huesos del tarso tratamiento quirúrgico cada uno   |
| 96  | guante de yeso  |
| 97  | herida de antebrazo con sección de tendones   |
| 98  | herida de pierna y pie con sección de tendones  |
| 99  | hombro doloroso inyección sub acromial  |
| 100 | infiltraciones (cualquier región)   |
| 101 | luxación acromio clavicular simple tratamiento conservador reducción cerrada  |
| 102 | luxación crónica acromio clavicular desplazada tratamiento quirúrgico reducción abierta osteosíntesis                           |
| 103 | luxación crónica acromio clavicular recidivante tratamiento quirúrgico resección del extremo distal de la clavícula             |
| 104 | subluxación externa de la clavícula, tratamiento conservador, inmovilización con yeso, visita inicial y subsiguientes           |
| 105 | luxación de astrágalo desplazada tratamiento conservador reducción cerrada e inmovilización con yeso                            |
| 106 | luxación del astrágalo desplazada tratamiento quirúrgico reducción abierta e inmovilización con yeso                            |
| 107 | luxación cadera traumática tratamiento conservador, reducción cerrada, tracción esquelética, visita inicial y subsiguientes     |
| 108 | luxación del carpo metacarpo aunada tratamiento conservador, reducción cerrada  |
| 109 | luxación del carpo metacarpo alineada tratamiento quirúrgico, reducción abierta (enclavijamiento)                               |
| 110 | luxación del codo aguda tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización   |
| 111 | luxación codo tratamiento quirúrgico  |
| 112 | luxación coxofemoral traumática tratamiento conservador   |
| 113 | luxación dedos de la mano cada uno, tratamiento conservador, inmovilización con yeso y reducción cerrada                        |
| 114 | luxación dedos de la mano cada uno, tratamiento quirúrgico reducción abierta  |
| 115 | luxación de los dedos de los pies desplazada cada uno tratamiento quirúrgico reducción abierta e inmovilización con yeso        |

|     |   |
|-----|---|
| 116 | luxación de los dedos de los pies cada uno tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización con yeso |
| 117 | luxación escapulo humeral cerrada   |
| 118 | luxación esterno-clavicular tratamiento conservador   |
| 119 | luxo-fractura de tobillo tratamiento conservador  |
| 120 | luxo-fractura de tobillo tratamiento quirúrgico   |
| 121 | luxación de hombro tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización                                  |
| 122 | luxación hueso semilunar del carpo tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización                  |
| 123 | luxación hueso semilunar del carpo desplazada tratamiento quirúrgico  |
| 124 | luxación aguda del tarso, metatarso, tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización con yeso       |
| 125 | luxación aguda del tarso, metatarso, tratamiento quirúrgico, reducción abierta e inmovilización con yeso        |
| 126 | luxación aguda de la muñeca tratamiento conservador, reducción cerrada e inmovilización externa                 |
| 127 | luxación muñeca tratamiento quirúrgico  |
| 128 | luxación aguda de rodilla tratamiento conservador, reducción cerrada, inmovilización                            |
| 129 | luxación rotula tratamiento conservador   |
| 130 | luxación de la rótula aguda tratamiento quirúrgico reducción abierta tenoplastia                                |
| 131 | luxación tarso metatarso desplazada tratamiento quirúrgico  |
| 132 | luxación tarso metatarso tratamiento conservador  |
| 133 | luxación temporo maxilar recidivante tratamiento conservador, reducción cerrada                                 |
| 134 | luxación de tobillo agudo tratamiento conservador reducción cerrada e inmovilización con yeso                   |
| 135 | luxación del tobillo desplazada tratamiento quirúrgico reducción abierta plastia de ligamentos                  |
| 136 | pie, 5to dedo en varo traslapado supra e infraducto tratamiento quirúrgico cada uno                             |
| 137 | corrección de pie equino varo tratamiento conservador y yeso cada uno   |
| 138 | corrección de polidactilia en miembro superior e inferior cada uno  |
| 139 | quistes sinoviales de miembro superior e inferior, tratamiento quirúrgico                                       |
| 140 | spika de yeso, colocación   |
| 141 | tendón de Aquiles tratamiento quirúrgico, ruptura   |
| 142 | reparación de tendones de la mano o del pie cada uno, ruptura o secciones tratamiento quirúrgico tenorrafias    |
| 143 | tendones del antebrazo cada uno, ruptura  |
| 144 | tendones o ligamentos del codo tratamiento quirúrgico (ruptura), tenorrafia o plastias                          |



|     |  |
|-----|--|
| 145 | tendones tibial posterior, anterior, flexor, extensor c/u, ruptura |
| 146 | velpeau de yeso  |
| 147 | yeso braquio palmar  |

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN QUE SE APLICARÁN DURANTE LA SUPERVISIÓN REALIZADA A LOS OFERENTES:**

A continuación se detallan los diferentes instrumentos que se aplicarán a los diferentes componentes del servicio oferente a contratar como ser Laboratorio Clínico, Radiodiagnóstico y Evaluación de los niveles de prestación de servicios médicos

**INSTRUMENTO DE INSPECCIÓN DE LOS PROVEEDORES DE  
SERVICIOS SUBROGADOS DE SALUD DEL I, II y III NIVEL DE ATENCIÓN DEL  
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

| ASPECTO   | REQUERIMIENTOS | CUMPLIMIENTO   | PUNTOS   |           |  |
|---|----------------|--|--|-----------|--|
|   |                |  | asignados  | obtenidos |  |
| <b>1 INFRAESTRUCTURA FÍSICA</b>                       |                |  |  |           |  |
| <b>1.1 ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SUS ALREDEDORES</b> |                |  |  |           |  |
| <b>1.1.1. ALREDEDORES</b>                             |                |  |  |           |  |
| Limpios   | a              | Almacenamiento adecuado del equipo en desuso   | Cumple en forma adecuada los requerimientos a, b y c               | 1         |  |
|   | b              | Libres de basuras y desperdicios   | Cumple adecuadamente únicamente dos de los requerimientos a, b o c | 0.5       |  |
|   | c              | Áreas verdes limpias   | No cumple con dos o más de los requerimientos                      | 0         |  |
| Ausencia focos de contaminación                       | a              | Patios y lugares de estacionamiento limpios, evitando que constituyan una fuente de contaminación  | Cumple adecuadamente los requerimientos a, b y c                   | 1         |  |
|   | b              | Inexistencia de lugares que puedan constituir una atracción o refugio para los insectos y roedores |  |           |  |
|   | c              | Mantenimiento adecuado de los drenajes del establecimiento de salud                                | Incumple con uno de los requisitos                                 | 0         |  |



|                                    |   |   |   |     |  |
|------------------------------------|---|---|---|-----|--|
|                                    |   | para evitar contaminación e infestación.  |   |     |  |
| <b>1.1.2 UBICACIÓN ADECUADA</b>    |   |   |   |     |  |
| Ubicación adecuada                 | a | Ubicados en zonas alejadas de cualquier tipo de contaminación física, química o biológica   | Cumple con los requerimientos a, b y c  | 1   |  |
|                                    | b | Ubicación del establecimiento de salud debe estar libre de olores desagradables y no expuestas a inundaciones.                                      | Incumplimiento del requerimiento b o c  | 0.5 |  |
|                                    | c | Vías de acceso y patios de maniobra deben encontrarse pavimentados a fin de evitar la contaminación   | Si el requerimiento a se incumple, ó el requisitos b y c juntos   | 0   |  |
| <b>1.2 INSTALACIONES FÍSICAS</b>   |   |   |   |     |  |
| <b>1.2.1 DISEÑO</b>                |   |   |   |     |  |
| Tamaño y construcción del edificio | a | Diseño del establecimiento de salud en función a los servicios de salud que oferta de acuerdo a los flujos de atención y a las normas de seguridad. | Cumplir con los requerimientos a; b; y c  | 2   |  |
|                                    | b | El tamaño del establecimiento de salud debe de ser adecuada a las normas de seguridad e higiene   | Cuando se observe dentro del proceso dificultades de limpieza y sanitación debido a espacios reducidos; o, que se observe demoras en el flujo de atención debido al diseño del establecimiento de salud | 1   |  |
|                                    | c | Su construcción debe permitir y facilitar su mantenimiento y funcionamiento de los procedimientos de los servicios ofertados                        | Cuando existe la posibilidad de riesgo de contaminación   | 0   |  |
|                                    | a | El establecimiento de salud debe ser de tal manera que  | Cumplir con los requerimientos a y b  | 1   |  |

|   |   |   |  |     |  |
|---|---|---|--|-----|--|
| Protectores en puertas y ventanas               |   | impida el ingreso de animales, insectos, roedores y plagas.   | Cuando uno de los requerimientos no se cumplan.  | 0.5 |  |
|   | b | El establecimiento de salud deben de impedir el ingreso de contaminantes del medio como humo, polvo, vapor u otros            | Cuando los requerimientos a; y b no se cumplen y existe alto riesgo de contaminación.                                  | 0   |  |
| Áreas de Vestidores y Descanso para el personal | a | Contar con lavamanos, inodoros y duchas para aseo del personal  | Cumplir con los requerimientos a, b y c.   | 1   |  |
|   | b | También deben de incluir un área específica de vestidores con muebles adecuados para guardar implementos de uso del personal. | Con el incumplimiento de un requisito solamente.   | 0.5 |  |
|   | c | Debe contar con un área específica para que los empleados ingieran sus alimentos (comedores, cafeterías, etc.).               | Con incumplimiento de dos o más requisitos; ya que se crean fuentes potenciales de alimentación de insectos o roedores | 0   |  |
| <b>1.2.2. PISOS</b>                             |   |   |  |     |  |
| De materiales impermeables y de fácil limpieza  | a | Los pisos deberán ser de materiales impermeables que no tengan efectos tóxicos para el uso al que se destinan.                | Cumplir con los requerimientos a y b   | 1   |  |
|   |   |   | Se dará esta calificación al observar el incumplimiento del requisito b solamente                                      | 0.5 |  |
|   | b | Los pisos deberán estar contruidos de manera que faciliten su limpieza  | Con el incumplimiento del requerimiento a  | 0   |  |
| Sin grietas                                     | a | Los pisos no deben tener grietas ni uniones de dilatación irregular.  | Cumplir con los requerimientos .a  | 0.5 |  |
|   |   |   | Observación contraria al requisito a   | 0   |  |
| Uniones redondeadas en                          | a | Las uniones entre los pisos y las paredes deben ser   | Cumplir con los requerimientos a   | 0.5 |  |

|   |   |  |  |     |  |
|---|---|--|--|-----|--|
| áreas que implican riesgo sanitario                                   |   | redondeadas para facilitar su limpieza y evitar la acumulación de materiales que favorezcan la contaminación   | Observación contraria al requisito   | 0   |  |
| Desagües suficientes en áreas que lo requieran                        | a | Los pisos deben tener desagües (donde aplique) en números suficientes que permitan la evacuación rápida del agua.  | Cumplir con los requerimientos a   | 0.5 |  |
|   |   |  | Incumplimiento del requisito a   | 0   |  |
| <b>1.2.3 PAREDES</b>  |   |  |  |     |  |
| Exteriores e interiores construidas de material sólido                | a | Las paredes exteriores e interiores pueden ser construidas de concreto y aun en estructuras prefabricadas de diversos materiales.                                      | Cuando se observe que las paredes están acordes a las necesidades de la planta       | 1   |  |
|   |   |  | Cuando el material utilizado en las paredes funcione, pero este no sea el apropiado. | 0.5 |  |
|   |   |  | No cumplen con los requerimientos  | 0   |  |
| Paredes de áreas quirúrgicas revestidas de material impermeable       | a | Las paredes del área de procesos complejos deberán ser revestidas con materiales impermeables  | Cumplir con los requerimientos a; b;.c; y d  | 2   |  |
|   | b | No absorbente  |  |     |  |
|   | c | Lisos y fáciles de lavar.  | No cumpla con uno de los requerimientos .a; b; c; y d                                | 0   |  |
|   | d | Deben ser de color claro mate, liso y fácil de lavar.  |  |     |  |
| <b>1.2.4 TECHOS</b>   |   |  |  |     |  |
| Construidos de material que no acumule basura y anidamiento de plagas | a | Los techos deberán estar contruidos y acabados de forma que reduzca al mínimo la acumulación de suciedad y de condensación, así como el desprendimiento de partículas. | Con el cumplimiento del requisito a y b  | 1   |  |
|   | b | El cielo falso debe ser de material fácil de limpiar, de   | Cumplimiento solo del requisito a  | 0.5 |  |

|   |   |  |   |     |  |
|---|---|--|---|-----|--|
|   |   | acabado liso y no deformable a una altura mínima sobre el nivel de piso de 2.60 metros   | Incumplimiento del requisito a  | 0   |  |
| <b>1.2.5. VENTANAS Y PUERTAS</b>                                |   |  |   |     |  |
| Ventanas fáciles de desmontar y limpiar                         | a | Las ventanas deben ser fáciles de limpiar.   | Cumplimiento de los requisitos a y b  | 0.5 |  |
|   | b | Las ventanas deben estar construidas de modo que reduzca al mínimo la acumulación de suciedad y cuando el caso amerite estar provistas de malla contra insectos, que sea fácil de desmontar y limpiar. | Cuando se observe que las ventanas son fijas, pero, que presentan facilidad para su limpieza y no represente riesgo sanitario | 0.3 |  |
|   |   |  | Incumplimiento de cualquier requerimiento a y b   | 0   |  |
| Quicios (marcos) de las ventanas de tamaño mínimo y con declive | a | Los quicios (marcos) de las ventanas deberán ser de tamaño mínimo y con declive para evitar la acumulación de polvo e impedir su uso para almacenar objetos  | Cumplimiento de los requisitos a  | 0.2 |  |
|   |   |  | Al no cumplir con el requisito a  | 0   |  |
| Puerta exterior principal                                       | a | Abatimiento hacia afuera   | Cumple con a, b y c   | 0.2 |  |
|   | b | Cierre automático  | Cumple solo con a   | 0.1 |  |
|   | c | Ventana de vidrio fijo o completa de vidrio  | No cumple con a   | 0   |  |
| Puerta al interior con acceso a camillas                        | a | Doble abatimiento  | Cumple con a, b y c   | 0.2 |  |
|   | b | Cierre automático  | Cumple solo con a   | 0.1 |  |
|   | c | Ventana de vidrio fijo o completa de vidrio  | No cumple con a   | 0   |  |
| Puerta en los inodoros  | a | Abatible hacia fuera   | Cumple con a, b y c   | 0.2 |  |
|   | b | Fácil de limpiar   | Cumple solo con a   | 0.1 |  |
|   | c | Separado 0.30 m del nivel del piso   | No cumple con a   | 0   |  |
| Puertas en Urgencias  | a | Doble abatimiento  | Cumple con a, b y c   | 0.2 |  |
|   | b | Ventana de vidrio fijo o completa de vidrio  | Cumple solo con a   | 0.1 |  |

|   | c | Fácil de limpiar   | No cumple con a   | 0   |  |
|---|---|--|---|-----|--|
| <b>1.2.6 ILUMINACIÓN</b>  |   |  |   |     |  |
| Intensidad mínima de acuerdo al manual de Especificaciones de Establecimientos de Salud | a | Todo el establecimiento debe estar iluminado ya sea con luz natural y/o artificial, que posibiliten la realización de las tareas y que no implique riesgo sanitario    | Al hacer un recorrido por el establecimiento de salud se observará los puntos de necesidad de iluminación, si observa que las áreas se encuentran lo suficientemente iluminada se le dará calificación, de 1 punto. | 2   |  |
|   |   | 300 lux en Ambientes de atención a usuarios (clínicas, consultorios, laboratorio)  | La necesidad de una mayor iluminación para asegurarse de generar servicios de salud que no representen riesgo sanitario   | 1   |  |
|   |   | 200 lux en ambientes de trabajo administrativo (archivo, oficinas, farmacia, estación de enfermería, dispensarios, etc)  | La existencia dentro del establecimiento de salud de puntos con insuficiente iluminación en indicio que son lugares de alto riesgo sanitario  | 0   |  |
|   |   | 125 lux en ambientes públicos y generales (salas de espera, pasillos, servicios sanitarios, cuartos de aseo, bodegas, etc)   |   |     |  |
| Ausencia de cables colgantes en zonas de proceso  | a | Instalaciones eléctricas deberán ser empotradas o exteriores y en este caso estar perfectamente recubiertas por tubos o caños aislantes para protección al daño físico | Al cumplir con los requerimientos a y b   | 0.5 |  |
|   | b | No debe existir cables colgantes sobre áreas de procedimientos   | Con el incumplimiento de cualquier de los requerimientos a y b  | 0   |  |
| <b>1.2.7 VENTILACIÓN</b>  |   |  |   |     |  |
| Ventilación adecuada  | a | Debe existir una ventilación adecuada para evitar el calor excesivo, permitir la   | Equivale a estar con ventilación natural y ventilación artificial con   | 1.5 |  |

|   |   |  |   |     |  |
|---|---|--|---|-----|--|
|   |   | circulación de aire suficiente, evitar la condensación de vapores y eliminar el aire contaminado de las diferentes áreas.  | aire acondicionado en todos los ambientes (buena renovación del aire)   |     |  |
|   |   |  | Equivale a estar con ventilación natural en las áreas asistenciales y salas de espera; y ventilación artificial en el área farmacia | 1   |  |
|   |   |  | Equivale a estar con ventilación artificial en todas las áreas  | 0.5 |  |
|   |   |  | Equivale a estar totalmente sin ventilación tanto natural como artificial.  | 0   |  |
| Corriente de aire de zona limpia a zona contaminada | a | El flujo de aire no deberá ir nunca de una zona contaminada hacia una zona limpia.   | Al observar el correcto cumplimiento de este requisito b  | 1   |  |
|   | b | Las aberturas de ventilación estarán protegidas por mallas para evitar el ingreso de agentes contaminantes   | Al existir flujos de corrientes procedentes de áreas contaminadas hacia áreas limpias. Cuando no se cumpla el requerimiento b       | 0   |  |
| <b>1.3 INSTALACIONES SANITARIAS</b>                 |   |  |   |     |  |
| <b>1.3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA</b>                 |   |  |   |     |  |
| Abastecimiento                                      | a | Dispone de un abastecimiento suficiente de agua potable.   | Cumpla con lo establecido   | 3   |  |
|   |   | <u>Consultorio de medicina general:</u> dotación 500 lts/día en 6 hr; <u>Consultorios de especialidad</u> 500 lts/día; <u>Urgencia de primer nivel:</u> 500 lts/día y oficinas 20 lts/m <sup>2</sup> -día; <u>Hospitalización:</u> 500 | Cuando su capacidad de almacenamiento sea un 75% al 99.9%   | 2   |  |
|   |   |  | Cuando su capacidad de almacenamiento sea un 50% al 74.99%  | 1   |  |



|  |   |   |  |     |  |
|--|---|---|--|-----|--|
|  |   | lts/día-cama; lavandería 40 lts/kg-ropa; laboratorio 50 lts/m <sup>2</sup> -día; Los depósitos de almacenamiento deben tener la capacidad de contener el doble de su consumo diario   | Cuando su capacidad de almacenamiento sea inferior al 50%  | 0   |  |
| <b>1.4. MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS</b>  |   |   |  |     |  |
| <b>1.4.1 DRENAJES</b>  |   |   |  |     |  |
| instalaciones de desagüe y eliminación de desechos, adecuados  | a | Sistemas e instalaciones adecuados de desagüe y eliminación de desechos, diseñados, construidos y mantenidos de manera que se evite el riesgo sanitario   | Cuando las instalaciones y sus sistemas de desagüe y eliminación de desechos sea la apropiada para el tipo de establecimiento de salud | 1   |  |
|  |   |   | Cuando el sistema de desagües y eliminación de desechos líquidos no sea adecuada al tipo de establecimiento de salud                   | 0   |  |
| <b>1.4.2 INSTALACIONES SANITARIAS PARA PACIENTES</b>   |   |   |  |     |  |
| Servicios sanitarios limpios, en buen estado y separados por sexo (inodoro, lavamanos, dispensador de jabón y secadora de manos de papel o aire) | a | Rangos Personas/ Inodoro requerido<br><br><i>1 – 15 - 1 inodoro</i><br><i>16 – 35 - 2 inodoro</i><br><i>36 – 55 - 3 inodoro</i><br><i>56 – 80 - 4 inodoro</i><br><i>81 – 110 - 5 inodoro</i><br><i>111 – 150 - 6 inodoro</i><br><i>Incremento de 40 o más Adicional por cada 40 o más</i> | Cumplimiento en un 100% de acuerdo a la cantidad de personas   | 2   |  |
|  |   |   | Cumplimiento en un 75% de acuerdo a la cantidad de personas  | 1.5 |  |
|  |   |   | Cumplimiento en un 50% de acuerdo a la cantidad de personas  | 1   |  |
|  |   |   | Inodoros por abajo del 50% requerido   | 0   |  |

|  |   |   |  |   |  |     |
|--|---|---|--|---|--|-----|
| Vestidores y espejos debidamente ubicados                                  | a | Debe de contarse con un área de vestidores que incluya lockers para guardar ropa  | Si las Instalaciones cuentan con los requisitos en a y b   | 1   |  |     |
|  | b | Las instalaciones sanitarias deben contar con espejo debidamente ubicado.   | Si no cuentan con el requisito a   | 0   |  |     |
| <b>1.5 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS</b>                        |   |   |  |   |  |     |
| <b>1.5.1 DESECHOS DE BASURA Y DESPERDICIO</b>                              |   |   |  |   |  |     |
| Procedimiento escrito para el manejo adecuado                              | a | Debe de existir un procedimiento escrito para el manejo adecuado de basura y desechos del establecimiento de salud                        | Cumplimiento correcto del requerimiento a  | 1   |  |     |
|  |   |   | Cuando los procedimientos de manejo de basura solo son dados a conocer verbalmente.  | 0.5   |  |     |
|  |   |   | Inexistencia de procedimientos para el manejo de basuras, tanto escrito como verbal  | 0   |  |     |
| Contar con recipientes lavables y con tapadera                             | a | Los recipientes deben ser lavables y tener tapadera   | Al observarse que los requerimientos a y b se cumplen de manera correcta.  | 1   |  |     |
|  |   |   | Los alrededores de los recipientes debe estar en orden evitando que existan residuos fuera del recipiente                            | Cumplimiento del requisito a y observarse desorden moderado alrededor de los recipientes en el requisito b. |  | 0.5 |
|  |   |   |  | Incumplimiento del requisito a o del b.   |  | 0   |
| Depósito general de basuras alejado de áreas de procedimientos quirúrgicos | a | El depósito general de basura procedente del establecimiento de salud debe estar ubicado lejos de las zonas de procedimientos quirúrgicos | Cuando el depósito general de basura esté alejado y no represente riesgo de contaminación en las zonas de procedimientos quirúrgicos | 1   |  |     |

|  |  |   |     |  |
|--|--|---|-----|--|
|  |  | <p>Cuando el depósito general de basura no esta tan lejos del área de procedimientos quirúrgicos, pero, no implica riesgo alguno de contaminación.</p>  | 0.5 |  |
|  |  | <p>Cuando la ubicación del depósito de basura está muy cercano a las áreas de procedimientos quirúrgicos representa un alto riesgo de contaminación</p> | 0   |  |

## 2 RECURSOS HUMANOS

### 2.1 DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO

|   |   |  |   |     |  |
|---|---|--|---|-----|--|
| Staff administrativo del establecimiento que garantice la atención médica general y especializada | a | Director Médico del establecimiento con experiencia en administración                      | Cuenta con Director Médico y con experiencia            | 2   |  |
|   |   |  | Cuenta con Director Médico pero sin experiencia         | 1   |  |
|   |   |  | No cuenta con Director Médico                           | 0   |  |
|   | a | Administrador con experiencia en administración de Hospitales y manejo de Recursos Humanos | Cuenta con Administrador y con la experiencia requerida | 2   |  |
|   |   |  | Cuenta con Administrador sin la experiencia requerida   | 1   |  |
|   |   |  | No cuenta con Administrador                             | 0   |  |
|   | a | Auxiliar Administrativo  | Cuenta con Auxiliar Administrativo                      | 0.5 |  |
|   |   |  | No cuenta con Auxiliar Administrativo                   | 0   |  |
|   | a | Digitador o auxiliar de Registros de Salud   | Cuenta con auxiliar de Registros de Salud               | 1   |  |
|   |   |  | No cuenta con auxiliar de registros de salud            | 0   |  |

|   |   |   |   |     |  |
|---|---|---|---|-----|--|
|   | a | Encargado de Bodega y Mantenimiento   | Cuenta con este personal  | 0.5 |  |
|   |   |   | No cuenta con este personal   | 0   |  |
|   | a | Encargado de Lavandería   | Cuenta con encargado de lavandería  | 0.5 |  |
|   |   |   | No cuenta con encargado de lavandería   | 0   |  |
|   | a | Conserje  | Tiene conserje  | 0.5 |  |
|   |   |   | No tiene conserje   | 0   |  |
|   | a | Vigilante   | Tiene vigilante   | 0.5 |  |
|   |   |   | No tiene vigilante  | 0   |  |
|   | a | Motorista de Ambulancia   | Tiene motorista de ambulancia   | 0.5 |  |
|   |   |   | No tiene motorista de ambulancia  | 0   |  |
|   | a | Personal de aseo  | Tiene personal del aseo   | 0.5 |  |
|   |   |   | No tiene personal de aseo   | 0   |  |
| Staff médico asistencial del establecimiento que garantice la atención médica en el III Nivel general y especializada | a | Cuenta con Médico General acreditado por el Colegio Médico de Honduras                          | Cuenta con un Médico General por turno  | 2   |  |
|   |   |   | Cuenta con Médico General pero no en todos los turnos                                     | 1   |  |
|   |   |   | No cuenta con Médico General  | 0   |  |
|   | a | Cuenta con Médico Especialista en Medicina Interna acreditado por el Colegio Médico de Honduras | Cuenta con el Especialista en todos los turnos  | 2   |  |
|   |   |   | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina y las guardias están cubiertas | 1.5 |  |
|   |   |   | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina                                | 1   |  |
|   |   |   | No cuenta con este tipo de Especialista   | 0   |  |

|   |  |   |     |  |
|---|--|---|-----|--|
| a | Cuenta con Médico Especialista en Cirugía General acreditado por el Colegio Médico de Honduras           | Cuenta con el Especialista en todos los turnos  | 2   |  |
|   |  | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina y las guardias están cubiertas | 1.5 |  |
|   |  | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina                                | 1   |  |
|   |  | No cuenta con este tipo de Especialista   | 0   |  |
| a | Cuenta con Médico Especialista en Pediatría acreditado por el Colegio Médico de Honduras                 | Cuenta con el Especialista en todos los turnos  | 2   |  |
|   |  | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina y las guardias están cubiertas | 1.5 |  |
|   |  | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina                                | 1   |  |
|   |  | No cuenta con este tipo de Especialista   | 0   |  |
| a | Cuenta con Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia acreditado por el Colegio Médico de Honduras | Cuenta con el Especialista en todos los turnos  | 2   |  |
|   |  | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina y las guardias están cubiertas | 1.5 |  |
|   |  | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina                                | 1   |  |
|   |  | No cuenta con este tipo de Especialista   | 0   |  |
| a | Cuenta con Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología acreditado por el Colegio Médico de Honduras | Cuenta con el Especialista en todos los turnos  | 2   |  |
|   |  | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina y las guardias están cubiertas | 1.5 |  |

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
|  |  |   | Cuenta con el Especialista al menos en la jornada matutina | 1 |  |
|  |  |   | No cuenta con este tipo de Especialista                    | 0 |  |
| Staff médico asistencial del establecimiento que garantice la atención del nivel II (consulta externa de especialidad) | a  | Cuenta con Médico Especialista en Medicina Interna acreditado por el Colegio Médico de Honduras | Cuenta con el Especialista al menos 6 horas                | 2 |  |
|  |  |   | Cuenta con el Especialista al menos tres horas             | 1 |  |
|  |  |   | No cuenta con este tipo de Especialista                    | 0 |  |
|  | a  | Cuenta con Médico Especialista en Cirugía General acreditado por el Colegio Médico de Honduras  | Cuenta con el Especialista al menos 6 horas                | 2 |  |
|  |  |   | Cuenta con el Especialista al menos tres horas             | 1 |  |
|  |  |   | No cuenta con este tipo de Especialista                    | 0 |  |
|  | a  | Cuenta con Médico Especialista en Pediatría acreditado por el Colegio Médico de Honduras        | Cuenta con el Especialista al menos 6 horas                | 2 |  |
|  |  |   | Cuenta con el Especialista al menos tres horas             | 1 |  |
|  |  |   | No cuenta con este tipo de Especialista                    | 0 |  |
|  | a  | Cuenta con Médico Especialista en Ginecobotetra acreditado por el Colegio Médico de Honduras    | Cuenta con el Especialista al menos 6 horas                | 2 |  |
|  |  |   | Cuenta con el Especialista al menos tres horas             | 1 |  |
|  |  |   | No cuenta con este tipo de Especialista                    | 0 |  |
| a  | Cuenta con Médico Especialista en Ortopeda y Traumatólogo acreditado por el Colegio Médico de Honduras | Cuenta con el Especialista al menos 6 horas   | 2  |   |  |
|  |  | Cuenta con el Especialista al menos tres horas  | 1  |   |  |
|  |  | No cuenta con este tipo de Especialista   | 0  |   |  |

|  |   |   |  |     |  |
|--|---|---|--|-----|--|
| Staff de Enfermería, paramédico y servicios de apoyo del establecimiento que garantice la atención médica adecuada | a | Licenciada Profesional en Enfermería                                    | Cuenta con Enfermera Profesional por turno                   | 1.5 |  |
|  |   |   | Cuenta con Enfermera Profesional pero no en todos los turnos | 1   |  |
|  |   |   | No cuenta con Enfermera Profesional                          | 0   |  |
|  | a | Doctor Químico Farmacéutico   | Cumplimiento del requerimiento al menos en el turno A        | 1   |  |
|  |   |   | Incumplimiento del requerimiento a                           | 0   |  |
|  | a | Auxiliares de Enfermería  | Contar con al menos 3 Auxiliares de Enfermería por Turno     | 3   |  |
|  |   |   | Contar con al menos 2 Auxiliares de Enfermería por Turno     | 2   |  |
|  |   |   | Contar con al menos 1 Auxiliares de Enfermería por Turno     | 1   |  |
|  |   |   | No contar con Auxiliares de Enfermería en algún turno        | 0   |  |
|  | a | Microbiólogo Colegiado y/o Técnico de Laboratorio Certificado           | Cuenta con Microbiólogo Colegiado al menos en turno A        | 2   |  |
|  |   |   | Cuenta sólo con Técnico de Laboratorio                       | 1   |  |
|  |   |   | No cuenta con ninguno de ellos                               | 0   |  |
|  | a | Médico Especialista en Radiología y/o Técnico Certificado en Radiología | Cuenta con Radiólogo Colegiado en el horario de atención     | 2   |  |
|  |   |   | Cuenta sólo con Técnico en radiología                        | 1   |  |
|  |   |   | No cuenta con ninguno de ellos                               | 0   |  |

|                         |   |  |                            |     |  |
|-------------------------|---|--|----------------------------|-----|--|
| a                       | Médico Especialista en Anestesiólogo y/o Técnico en Anestesia Certificado | Cuenta con Anestesiólogo Colegiado en todos los procedimientos quirúrgicos | 2                          |     |  |
|                         |   | Cuenta sólo con Técnico en Anestesia para los procedimientos quirúrgicos   | 1                          |     |  |
|                         |   | No cuenta con ninguno de ellos   | 0                          |     |  |
|                         | a   | Técnico en Alimentación y Nutrición  | Cuenta con este recurso    | 0.5 |  |
|                         |   |  | No cuenta con este recurso | 0   |  |
|                         | a   | Camillero  | Cuenta con camillero       | 0.5 |  |
| No cuenta con camillero |   |  | 0                          |     |  |
| a                       | Auxiliar de Farmacia  | Cuenta con auxiliar de farmacia  | 1                          |     |  |
|                         |   | No cuenta con auxiliar de farmacia   | 0                          |     |  |
| a                       | Auxiliar de Laboratorio   | Cuenta con auxiliar de laboratorio   | 1                          |     |  |
|                         |   | No cuenta con auxiliar de laboratorio                                      | 0                          |     |  |

### 3 AMBIENTES, AREAS FÍSICAS Y EQUIPAMIENTO

#### 3.1 AMBIENTES Y AREAS FÍSICAS

|  |   |     |  |
|--|---|-----|--|
| Ambientes y áreas físicas con que cuenta el establecimiento de salud | Administración y/o Dirección                    | 0.3 |  |
|  | Admisión / Archivos                             | 0.1 |  |
|  | Ambiente para Alimentación y Nutrición (Cocina) | 0.1 |  |
|  | Ambiente para Procedimientos (Cirugía Menor)    | 0.2 |  |
|  | Área de Observación                             | 0.5 |  |

|  |  |     |  |
|--|--|-----|--|
|  | Área exclusiva para parqueo de ambulancias   | 0.1 |  |
|  | Área o bodega para almacenar insumos y materiales de trabajo   | 0.2 |  |
|  | Área para almacenamiento de materiales de aseo   | 0.1 |  |
|  | Área para lavado de materiales y utensilios varios   | 0.2 |  |
|  | Central de Equipo  | 0.3 |  |
|  | Clinicas / Consultorios  | 0.5 |  |
|  | Comedor para el personal   | 0.1 |  |
|  | Curaciones   | 0.5 |  |
|  | Enfermería / Promoción en Salud  | 0.3 |  |
|  | Estadística / Digitación   | 0.1 |  |
|  | Farmacia   | 0.2 |  |
|  | Inyecciones / Vacunas  | 0.2 |  |
|  | Laboratorio  | 0.3 |  |
|  | Lavandería con áreas para la recepción y clasificación de ropa sucia no contaminada, la recepción y clasificación de ropa contaminada, almacenar ropa limpia, para entrega de ropa limpia, lavado, secado y planchado. | 0.1 |  |
|  | Nebulizaciones   | 0.2 |  |
|  | Preclínica   | 0.3 |  |
|  | Quirófanos, Área Blanca  | 0.2 |  |
|  | Quirófanos, Área Gris  | 0.2 |  |
|  | Quirófanos, Recepción  | 0.2 |  |
|  | Quirófanos, Vestidores   | 0.2 |  |
|  | Radiología e Imágenes  | 0.3 |  |

|  |   |     |  |
|--|---|-----|--|
|  | Recuperación                              | 0.3 |  |
|  | Sala de Labor y Partos                    | 0.6 |  |
|  | Sala de Puerperio                         | 0.4 |  |
|  | Sala para aislamiento individual con baño | 0.2 |  |
|  | Salas de Hospitalización Hombre           | 0.3 |  |
|  | Salas de Hospitalización Mujeres          | 0.3 |  |
|  | Salas de Hospitalización Niños            | 0.3 |  |
|  | Área para la atención de Urgencias        | 0.6 |  |

### 3.1 EQUIPAMIENTO

|  |  |     |  |
|--|--|-----|--|
| Equipamiento básico con que cuenta el establecimiento de salud | Ambú con mascarillas para adultos, con adaptador de oxígeno y reservorio             | 0.1 |  |
|  | Ambú pediátrico con reservorio y otros accesorios, en buen estado                    | 0.1 |  |
|  | Ambulancia equipada  | 0.4 |  |
|  | Archivos para expedientes y documentos   | 0.1 |  |
|  | Atril portasueros  | 0.1 |  |
|  | Bacinetes  | 0.1 |  |
|  | Balanza de lactantes   | 0.1 |  |
|  | Balanza para adultos   | 0.1 |  |
|  | Biombos o cortinas que separen cada cama   | 0.1 |  |
|  | Bomba de infusión en buen estado y funcionando                                       | 0.1 |  |
|  | Camas hospitalarias de tres posiciones, con colchón hospitalario, atril y barandales | 0.1 |  |
|  | Camilla de curaciones  | 0.1 |  |
|  | Camillas con barandales y atril incorporado  | 0.1 |  |
|  | Carro de curaciones  | 0.1 |  |
|  | Carro para medicamentos  | 0.1 |  |

|   |     |  |
|---|-----|--|
| Carros para recolección de ropa: Uno para ropa contaminada y uno para ropa sucia no contaminada         | 0.1 |  |
| Carros para transporte de desechos comunes  | 0.1 |  |
| Carros porta expedientes  | 0.1 |  |
| Computadora   | 0.1 |  |
| Cunas con barandales  | 0.1 |  |
| EKG   | 0.1 |  |
| Equipo básico de quirófano  | 0.7 |  |
| Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica | 0.1 |  |
| Equipo de punción lumbar, disponible para los servicio  | 0.1 |  |
| Equipo de Rayos X fijo, completo, con mesa y aditamentos especiales para estudios específicos           | 0.2 |  |
| Equipo de RCP, completos  | 0.2 |  |
| Equipo e instrumental para atenciones de extracción de cuerpos extraños, disponible para los servicios  | 0.1 |  |
| Equipo para luminoterapia   | 0.1 |  |
| Equipo portátil de aspiración   | 0.1 |  |
| Equipo portátil para fumigación   | 0.1 |  |
| Equipo Rojo móvil,  | 0.2 |  |
| Equipos para parto  | 0.1 |  |
| Esfigmomanómetro  | 0.1 |  |
| Espéculos vaginales al menos mediano y pequeño, estériles   | 0.1 |  |
| Estetoscopios   | 0.1 |  |
| Extintidor portátil contra incendio.  | 0.1 |  |
| Gabinetes, botiquines o vitrinas con llave, cantidad suficiente para las necesidades del servicio       | 0.1 |  |
| Gradilla de dos peldaños, una por cada cama   | 0.1 |  |
| Incubadora  | 0.1 |  |
| Lámpara de cuello de ganso  | 0.1 |  |
| Laringoscopio con cánulas pediátricas y para adulto   | 0.1 |  |

|  |  |            |  |
|--|--|------------|--|
|  | <b>Martillo de reflejos</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Mesa de exploración ginecológica</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Mesa puente para Alimentos, una por cada cama</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Mesas de Mayo</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Mesas de noche con tablero lavable</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Módulos de butacas</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Nebulizador</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Negatoscopio de al menos un campo</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Oasis</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Orinales</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Patos</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Planta eléctrica</b>  | <b>0.7</b> |  |
|  | <b>Recipiente recolector de agujas usadas o destructor de agujas</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Recipiente recolector de jeringas usadas</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Recipientes de acero inoxidable con tapadera</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Refrigeradora</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Riñoneras</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Ropa quirúrgica para cirujanos y bultos de ropa quirúrgica en cantidad suficiente para el promedio diario de cirugías, disponible para quirófanos</b> | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Set de curaciones básico</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Set de diagnóstico portátil (Otoscopio y Oftalmoscopio)</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Set de intubación pediátrico</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Set de suturas</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Set para extracción de uñas</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Set para la colocación de DIU</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Set para retirar puntos</b>   | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Sillas</b>  | <b>0.1</b> |  |
|  | <b>Sillas de ruedas</b>  | <b>0.1</b> |  |

|   |   |  |   |     |
|---|---|--|---|-----|
|   |   | Sillas para usuarios, al menos una por cada cama, seguras y en buen estado             | 0.1   |     |
|   |   | Tanques de Oxigeno   | 0.1   |     |
|   |   | Televisor y con capacidad de reproducción multimedia, USB, Bluetooth, etc.             | 0.1   |     |
|   |   | Termo para vacunas   | 0.1   |     |
| <b>4 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO</b>      |   |  |   |     |
| <b>4.1 ORGANIZACIÓN</b>                     |   |  |   |     |
| Organización del Establecimiento de Salud   | a | Manual de organización que incluye estructura organizacional y funcional (organigrama) | Cuenta con el Manual de organización completo (con estructura organizacional y funcional) | 1   |
|   |   |  | Cuenta con el Manual de organización incompleto   | 0.5 |
|   |   |  | No cuenta con Manual de Organización  | 0   |
| Funcionamiento del Establecimiento de Salud | a | Manual de descripción de funciones de las diferentes áreas                             | Cuenta con el Manual de descripción de funciones de al menos el 50% áreas                 | 1   |
|   |   |  | Cuenta con el Manual de descripción de funciones de todas las áreas                       | 0.5 |
|   |   |  | No cuenta con Manual de descripción de funciones de las diferentes áreas                  | 0   |
|   | a | Manual de procedimientos de operación de la empresa (POES) de la diferentes áreas      | Cuenta con el Manual de procedimientos de operación de todas las áreas                    | 5   |
|   |   |  | Cuenta con el Manual de procedimientos de operación de al menos el 50% de las áreas       | 2   |
|   |   |  | No cuenta con el Manual de procedimientos de operación                                    | 0   |



|                                    |
|------------------------------------|
| <b>Nombre del Establecimiento:</b> |
| <b>Lugar:</b>                      |
| <b>Fecha:</b>                      |

El proveedor deberá obtener un puntaje promedio de 80 en los diferentes instrumentos de evaluación aplicados por personal del instituto.

#### INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL LABORATORIO CLINICO DE I, II Y III NIVEL

| ASPECTO   | REQUERIMIENTOS | CUMPLIMIENTO                                 | PUNTOS   |           |  |
|---|----------------|--|--|-----------|--|
|   |                |  | asignados  | obtenidos |  |
| <b>1 INFRAESTRUCTURA FÍSICA</b>                       |                |  |  |           |  |
| <b>1.1 ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SUS ALREDEDORES</b> |                |  |  |           |  |
| <b>1.1.1. ALREDEDORES</b>                             |                |  |  |           |  |
| Limpios   | a              | Almacenamiento adecuado del equipo desuso en | Cumple en forma adecuada los requerimientos a, b y c               | 1         |  |
|   | b              | Libres de basuras y desperdicios             | Cumple adecuadamente únicamente dos de los requerimientos a, b o c | 0.5       |  |
|   | c              | Áreas verdes limpias                         | No cumple con dos o más de los requerimientos                      | 0         |  |
|   | a              | Patios y lugares de estacionamiento          | Cumple adecuadamente los   | 1         |  |

|                                 |   |  |   |     |
|---------------------------------|---|--|---|-----|
| Ausencia focos de contaminación |   | limpios, evitando que constituyan una fuente de contaminación  | requerimientos a, b y c   |     |
|                                 | b | Inexistencia de lugares que puedan constituir una atracción o refugio para los insectos y roedores             |   |     |
|                                 | c | Mantenimiento adecuado de los drenajes del establecimiento de salud para evitar contaminación e infestación.   | Incumple con uno de los requisitos                              | 0   |
| <b>1.1.2 UBICACIÓN ADECUADA</b> |   |  |   |     |
| Ubicación adecuada              | a | Ubicados en zonas alejadas de cualquier tipo de contaminación física, química o biológica                      | Cumple con los requerimientos a, b y c                          | 1   |
|                                 | b | Ubicación del establecimiento de salud debe estar libre de olores desagradables y no expuestas a inundaciones. | Incumplimiento del requerimiento b o c                          | 0.5 |
|                                 | c | Vías de acceso y patios de maniobra deben encontrarse pavimentados a fin de evitar la contaminación            | Si el requerimiento a se incumple, ó el requisitos b y c juntos | 0   |

| 1.2 INSTALACIONES FÍSICAS          |   |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| 1.2.1 DISEÑO                       |   |   |   |   |
| Tamaño y construcción del edificio | a | Diseño del establecimiento de salud en función a los servicios de salud que oferta de acuerdo a los flujos de atención y a las normas de seguridad. | Cumplir con los requerimientos a; b; y c  | 4 |
|                                    | b | El tamaño del establecimiento de salud debe de ser adecuada a las normas de seguridad e higiene   | Cuando se observe dentro del proceso dificultades de limpieza y sanitización debido a espacios reducidos; o, que se observe demoras en el flujo de atención debido al diseño del establecimiento de salud | 2 |
|                                    | c | Su construcción debe permitir y facilitar su mantenimiento y funcionamiento de los procedimientos de los servicios ofertados                        | Cuando existe la posibilidad de riesgo de contaminación   | 0 |
| Protectores en puertas y ventanas  | a | El establecimiento de salud debe ser de tal manera que impida el ingreso de   | Cumplir con los requerimientos a y b  | 2 |
|                                    |   |   | Cuando uno de los   | 1 |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|   |   | animales, insectos, roedores y plagas.  | requerimientos no se cumplan.  |   |
|   | b | El establecimiento de salud deben de impedir el ingreso de contaminantes del medio como humo, polvo, vapor u otros            | Cuando los requerimientos a; y b no se cumplen y existe alto riesgo de contaminación.                                  | 0 |
| Areas de Vestidores y Descanso para el personal | a | Contar con lavamanos, inodoros y duchas para aseo del personal  | Cumplir con los requerimientos a, b y c.   | 2 |
|   | b | También deben de incluir un área específica de vestidores con muebles adecuados para guardar implementos de uso del personal. | Con el incumplimiento de un requisito solamente.   | 1 |
|   | c | Debe contar con un área específica para que los empleados ingieran sus alimentos (comedores, cafeterías, etc.).               | Con incumplimiento de dos o mas requisitos; ya que se crean fuentes potenciales de alimentación de insectos o roedores | 0 |
| <b>1.2.2. PISOS</b>                             |   |   |  |   |
| De materiales impermeables y de fácil limpieza  | a | Los pisos deberán ser de materiales impermeables que no tengan  | Cumplir con los requerimientos a y b   | 2 |
|   |   |   | Se dará esta calificación al   | 1 |

|  |   |  |  |   |  |
|--|---|--|--|---|--|
|  |   | efectos tóxicos para el uso al que se destinan.  | observar el incumplimiento del requisito b solamente                           |   |  |
|  | b | Los pisos deberán esta contruidos de manera que faciliten su limpieza  | Con el incumplimiento del requerimiento a                                      | 0 |  |
| Sin grietas  | a | Los pisos no deben tener grietas ni uniones de dilatación irregular.   | Cumplir con los requerimientos .a  | 1 |  |
|  |   |  | Observación contraria al requisito a   | 0 |  |
| Uniones redondeadas en áreas que implican riesgo sanitario | a | Las uniones entre los pisos y las paredes deben ser redondeadas para facilitar su limpieza y evitar la acumulación de materiales que favorezcan la contaminación | Cumplir con los requerimientos a   | 1 |  |
|  |   |  | Observación contraria al requisito   | 0 |  |
| Desagües suficientes en áreas que lo requieran             | a | Los pisos deben tener desagües (donde aplique) en números suficientes que permitan la evacuación rápida del agua.  | Cumplir con los requerimientos a   | 1 |  |
|  |   |  | Incumplimiento del requisito a   | 0 |  |
| <b>1.2.3 PAREDES</b>                                       |   |  |  |   |  |
| Exteriores e interiores construidas de material sólido     | a | Las paredes exteriores e interiores pueden ser construidas de concreto y aun   | Cuando se observe que las paredes están acordes a las necesidades de la planta | 1 |  |

|   |   |  |  |     |  |
|---|---|--|--|-----|--|
|   |   | en estructuras prefabricadas de diversos materiales.   | Cuando el material utilizado en las paredes funcione, pero este no sea el apropiado. | 0.5 |  |
|   |   |  | No cumplen con los requerimientos  | 0   |  |
| Paredes de áreas quirúrgicas revestidas de material impermeable       | a | Las paredes del área de procesos complejos deberán ser revestidas con materiales impermeables  | Cumplir con los requerimientos a; b;c; y d   | 2   |  |
|   | b | No absorbente  |  |     |  |
|   | c | Lisos y fáciles de lavar.  | No cumpla con uno de los requerimientos .a; b; c; y d                                | 0   |  |
|   | d | Deben ser de color claro mate, lisos y fáciles de lavar.   |  |     |  |
| <b>1.2.4 TECHOS</b>   |   |  |  |     |  |
| Construidos de material que no acumule basura y anidamiento de plagas | a | Los techos deberán estar contruidos y acabados de forma que reduzca al mínimo la acumulación de suciedad y de condensación, así como el desprendimiento de partículas. | Con el cumplimiento del requisito a y b  | 1   |  |
|   | b | El cielo falso debe ser de material fácil de   | Cumplimiento solo del requisito a  | 0.5 |  |

|   |   |  |   |     |  |
|---|---|--|---|-----|--|
|   |   | limpiar, de acabado liso y no deformable a una altura mínima sobre el nivel de piso de 2.50 metros   | Incumplimiento del requisito a  | 0   |  |
| <b>1.2.5. VENTANAS Y PUERTAS</b>                                |   |  |   |     |  |
| Ventanas fáciles de desmontar y limpiar                         | a | Las ventanas deben ser fáciles de limpiar.   | Cumplimiento de los requisitos a y b  | 1   |  |
|   | b | Las ventanas deben estar construidas de modo que reduzca al mínimo la acumulación de suciedad y cuando el caso amerite estar provistas de malla contra insectos, que sea fácil de desmontar y limpiar. | Cuando se observe que las ventanas son fijas, pero, que presentan facilidad para su limpieza y no represente riesgo sanitario | 0.5 |  |
|   |   |  | Incumplimiento de cualquier requerimiento a y b   | 0   |  |
| Quicios (marcos) de las ventanas de tamaño mínimo y con declive | a | Los quicios (marcos) de las ventanas deberán ser de tamaño mínimo y con declive para evitar la acumulación de polvo e impedir su uso para almacenar objetos  | Cumplimiento de los requisitos a  | 0.3 |  |
|   |   |  | Al no cumplir con el requisito a  | 0   |  |
| Puerta exterior principal                                       | a | Abatimiento hacia afuera   | Cumple con a, b y c   | 0.3 |  |
|   | b | Cierre automático  | Cumple solo con a   | 0.1 |  |

|   |   |   |   |     |  |
|---|---|---|---|-----|--|
|   | c | Ventana de vidrio fijo o completa de vidrio   | No cumple con a   | 0   |  |
| Puerta al interior con acceso a camillas  | a | Doble abatimiento   | Cumple con a, b y c   | 0.2 |  |
|   | b | Cierre automático   | Cumple solo con a   | 0.1 |  |
|   | c | Ventana de vidrio fijo o completa de vidrio   | No cumple con a   | 0   |  |
| Puerta en los inodoros  | a | Abatible hacia fuera  | Cumple con a, b y c   | 0.2 |  |
|   | b | Facil de limpiar  | Cumple solo con a   | 0.1 |  |
|   | c | Separado 0.30 m del nivel del piso  | No cumple con a   | 0   |  |
| <b>1.2.6 ILUMINACIÓN</b>  |   |   |   |     |  |
| Intensidad mínima de acuerdo al manual de Especificaciones de Establecimientos de Salud | a | Todo el establecimiento debe estar iluminado ya sea con luz natural y/o artificial, que posibiliten la realización de las tareas y que no implique riesgo sanitario | Al hacer un recorrido por el establecimiento de salud se observará los puntos de necesidad de iluminación, si observa que las áreas se encuentran lo suficientemente iluminada se le dará calificación, de 1 punto. | 2   |  |
|   |   | 300 lux en Ambientes de atención a usuarios (clínicas, consultorios, laboratorio)   | La necesidad de una mayor iluminación para asegurarse de generar servicios de salud que no  | 1   |  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  |   | representen riesgo sanitario   |  |
|  |   | 200 lux en ambientes de trabajo administrativo (archivo, oficinas, farmacia, estación de enfermerías, dispensarios, etc)   | La existencia dentro del establecimiento de salud de puntos con insuficiente iluminación en indicio que son lugares de alto riesgo sanitario |
|  |   | 125 lux en ambientes públicos y generales (salas de espera, pasillos, servicios sanitarios, cuartos de aseo, bodegas, etc)   | 0  |
| Ausencia de cables colgantes en zonas de proceso | a | Instalaciones eléctricas deberán ser empotradas o exteriores y en este caso estar perfectamente recubiertas por tubos o caños aislantes para protección al daño físico | Al cumplir con los requerimientos a y b  |
|  | b | No debe existir cables colgantes sobre áreas de procedimientos   | Con el incumplimiento de cualquier de los requerimientos a y b   |
| <b>1.2.7 VENTILACIÓN</b>                         |   |  |  |
|  | a | Debe existir una ventilación   | Equivale a estar con ventilación   |
|  |   |  | 1.5  |

|   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|-----|
| Ventilación adecuada                                |   | adecuada para evitar el calor excesivo, permitir la circulación de aire suficiente, evitar la condensación de vapores y eliminar el aire contaminado de las diferentes áreas. | natural y ventilación artificial con aire acondicionado en todos los ambientes (buena renovación del aire)                          |     |
|   |   |   | Equivale a estar con ventilación natural en las áreas asistenciales y salas de espera; y ventilación artificial en el área farmacia | 1   |
|   |   |   | Equivale a estar con ventilación artificial en todas las áreas  | 0.5 |
|   |   |   | Equivale a estar totalmente sin ventilación tanto natural como artificial.  | 0   |
| Corriente de aire de zona limpia a zona contaminada | a | El flujo de aire no deberá ir nunca de una zona contaminada hacia una zona limpia.  | Al observar el correcto cumplimiento de este requisito b  | 1   |
|   | b | Las aberturas de ventilación estarán protegidas por mallas para evitar el ingreso de agentes contaminantes  | Al existir flujos de corrientes procedentes de áreas contaminadas hacia áreas limpias. Cuando no se cumpla el requerimiento b       | 0   |

**1.3 INSTALACIONES SANITARIAS**

### 1.3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA

|                |   |   |  |   |
|----------------|---|---|--|---|
| Abastecimiento | a | Dispone de un abastecimiento suficiente de agua potable.              | Cumpla con lo establecido                                  | 3 |
|                |   | <u>Consultorio de medicina general:</u> dotación 500 lts/día en 6 hr; | Cuando su capacidad de almacenamiento sea un 75% al 99.9%  | 2 |
|                |   | <u>Consultorios de especialidad</u> 500 lts/día;                      | Cuando su capacidad de almacenamiento sea un 50% al 74.99% | 1 |
|                |   |   | Cuando su capacidad de almacenamiento sea inferior al 50%  | 0 |

### 1.4. MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS

#### 1.4.1 DRENAJES

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| instalaciones de desagüe y eliminación de desechos, adecuados | a | Sistemas e instalaciones adecuados de desagüe y eliminación de desechos, diseñados, construidos y mantenidos de manera que se evite el riesgo sanitario | Cuando las instalaciones y sus sistemas de desagüe y eliminación de desechos sea la apropiada para el tipo de establecimiento de salud | 2 |
|   |   |   | Cuando el sistema de desagües y eliminación de desechos líquidos no sea adecuada al tipo de establecimiento de salud                   | 0 |

### 1.4.2 INSTALACIONES SANITARIAS PARA PACIENTES

|  |   |   |  |     |
|--|---|---|--|-----|
| Servicios sanitarios limpios, en buen estado y separados por sexo (inodoro, lavamanos, dispensador de jabón y secadora de manos de papel o aire) | a | Instalaciones sanitarias limpias y en buen estado con las siguientes condiciones: | Cumplimiento en un 100% de acuerdo a la cantidad de personas | 2   |
|  |   | Rangos Personas/ Inodoro requerido  | Cumplimiento en un 75% de acuerdo a la cantidad de personas  | 1.5 |
|  |   | 1 – 15 inodoro - 1  | Cumplimiento en un 50% de acuerdo a la cantidad de personas  | 1   |
|  |   | 16 – 35 inodoro - 2   | Inodoros por abajo del 50% requerido                         | 0   |
|  |   | 36 – 55 inodoro - 3   |  |     |
| 56 – 80 inodoro - 4  |   |   |  |     |
| 81 – 110 inodoro - 5   |   |   |  |     |
| 111 – 150 inodoro - 6  |   |   |  |     |
| <i>Incremento de 40 o más Adicional por cada 40 o más</i>  |   |   |  |     |
| Vestidores y espejos debidamente ubicados  | a | Debe de contarse con un área de vestidores que incluya lockers para guardar ropa  | Si las instalaciones cuentan con los requisitos en a y b     | 1   |
|  | b | Las instalaciones sanitarias deben  | Si no cuentan con el requisito a                             | 0   |



|   |   |  |   |     |  |
|---|---|--|---|-----|--|
|   |   | contar con espejo debidamente ubicado.   |   |     |  |
| <b>1.5 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS</b> |   |  |   |     |  |
| <b>1.5.1 DESECHOS DE BASURA Y DESPERDICIO</b>       |   |  |   |     |  |
| Procedimiento escrito para el manejo adecuado       | a | Debe de existir un procedimiento escrito para el manejo adecuado de basura y desechos del establecimiento de salud | Cumplimiento correcto del requerimiento a   | 2   |  |
|   |   |  | Cuando los procedimientos de manejo de basura solo son dados a conocer verbalmente.                         | 1   |  |
|   |   |  | Inexistencia de procedimientos para el manejo de basuras, tanto escrito como verbal                         | 0   |  |
| Contar con recipientes lavables y con tapadera      | a | Los alrededores de los recipientes debe estar en orden evitando que existan residuos fuera del recipiente          | Al observarse que los requerimientos a y b se cumplen de manera correcta.                                   | 1   |  |
|   | b |  | Cumplimiento del requisito a y observarse desorden moderado alrededor de los recipientes en el requisito b. | 0.5 |  |
|   |   |  | Incumplimiento del requisito a o del b.   | 0   |  |
| Depósito general de basuras alejado de las          | a | El depósito general de basura procedente del   | Cuando el depósito general de basura esté alejado y no  | 2   |  |

|                          |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|
| áreas de atención médica | establecimiento de salud debe estar ubicado lejos de las zonas de atención médica | represente riesgo de contaminación en las zonas de atención médica  |   |
|                          |   | Cuando el depósito general de basura no esta tan lejos del área de atención médica, pero, no implica riesgo alguno de contaminación.  | 1 |
|                          |   | Cuando la ubicación del depósito de basura está muy cercano a las áreas de atención médica representa un alto riesgo de contaminación | 0 |

## 2 RECURSOS HUMANOS

### 2.1 DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| Staff administrativo del establecimiento que garantice la atención médica general y especializada | a | Director del establecimiento con experiencia en administración | Cuenta con Director administrativo con experiencia | 6 |
|   |   |  | Cuenta con Director administrativo sin experiencia | 2 |
|   |   |  | No cuenta con Director administrativo              | 0 |
|   | a | Digitador o auxiliar de Registros de Salud                     | Cuenta con auxiliar de Registros de Salud          | 1 |

|   |   |  |  |     |
|---|---|--|--|-----|
|   |   | No cuenta con auxiliar de registros de salud                                   | 0  |     |
|   | a | Vigilante  | Tiene vigilante  | 1   |
|   |   |  | No tiene vigilante   | 0   |
|   | a | Personal de aseo   | Tiene personal del aseo  | 1   |
|   |   |  | No tiene personal de aseo  | 0   |
| Staff médico asistencial del establecimiento que garantice la atención médica general y especializada | a | Cuenta con Microbiólogo acreditado por el Colegio de Microbiólogos de Honduras | Cuenta con un Médico General en la jornada diurna y en la vespertina | 10  |
|   |   |  | Cuenta con Microbiólogo  | 6   |
|   |   |  | No cuenta con microbiólogo   | 0   |
|   | a | Cuenta recurso humano capacitado en flebotomía                                 | Cuenta con personal flebótomo jornada completa                       | 4   |
|   |   |  | Cuenta con flebótomo media jornada                                   | 2   |
|   |   |  | No cuentan con flebótomo   | 0   |
| <b>#¡VALOR!</b>   |   |  |  |     |
| <b>3.1 AMBIENTES Y AREAS FÍSICAS</b>  |   |  |  |     |
| Ambientes y áreas físicas con que cuenta el establecimiento de salud                                  |   | Admisión / Archivos  |  | 0.8 |
|   |   | Administración   |  | 0.7 |
|   |   | Estadística / Digitación   |  | 0.7 |
|   |   | área de toma de muestras   |  | 2.0 |

|  |   |     |  |
|--|---|-----|--|
|  | Area de Espera  | 0.9 |  |
|  | área de procesamiento con ambientes divididos según tipo de muestra a procesar  | 0.9 |  |
|  | Baño para pacientes   | 1.0 |  |
| <b>3.1 EQUIPAMIENTO</b>  |   |     |  |
| Equipamiento básico con que cuenta el establecimiento de salud | <u>En el establecimiento de salud en general</u>  |     |  |
|  | Equipo de Hematología Automatizado  | 4   |  |
|  | Equipo de Química Sanguínea con capacidad de procesar todas las pruebas químicas requeridas   | 3   |  |
|  | Equipo de uro análisis con determinación cualitativa o semicuantitativa de análisis de Orina  | 3   |  |
|  | Equipo de orina con análisis de cinco parámetros, hemáties, leucocitos, células epiteliales, cilindros y bacterias  | 1   |  |
|  | Equipo de hematología con análisis de Hemoglobina, Hematocrito, conteo de glóbulos rojos, leucocitos, neutrófilos, linfocitos, eosinofilos, plaquetas, VCM, HCM y VES | 1   |  |
|  | Coagulometro Automatizado para la realización de las pruebas solicitadas  | 2   |  |
|  | Sistema Automatizado para identificación de susceptibilidad de microorganismos que permite estandarizar la rutina diaria de estudios microbiológicos                  | 1   |  |
|  | cuenta con paneles o cartuchos de antibiograma para bacterias gramnegativos   | 1   |  |

|   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|-----|
|   |   | cuenta con paneles o cartuchos de antibiograma para bacterias Gram positivas  | 1   |     |
|   |   | cuenta con cartuchos o tarjetas antibiogramas para Staphiloccus   | 1   |     |
|   |   | Cuenta con paneles, cartuchos o tarjetas de Antibiogramas para STREPTOCOCCUS sp   | 1   |     |
|   |   | Banco de sangre: el proveedor debe ser capaz de brindar los servicios de TIPEAJE ABO/RH, con equipo de calidad, con altos estándares de mantenimiento | 1   |     |
|   |   | Equipo de cómputo e impresora   | 1   |     |
|   |   | Refrigeradora   | 1   |     |
|   |   | Campana de flujo en área de procesamiento de muestras   | 1   |     |
| <b>4 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO</b>      |   |   |   |     |
| <b>4.1 ORGANIZACIÓN</b>                     |   |   |   |     |
| Organización del Establecimiento de Salud   | a | Manual de organización que incluye estructura organizacional y funcional (organigrama)  | Cuenta con el Manual de organización completo (con estructura organizacional y funcional) | 1   |
|   |   |   | Cuenta con el Manual de organización incompleto   | 0.5 |
|   |   |   | No cuenta con Manual de Organización  | 0   |
| Funcionamiento del Establecimiento de Salud | a | Manual de descripción de funciones de las diferentes áreas  | Cuenta con el Manual de descripción de funciones de al menos el 50% áreas                 | 1   |



|  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
|  |   | Cuenta con el Manual de descripción de funciones de todas las áreas               | 0.5   |   |  |
|  |   | No cuenta con Manual de descripción de funciones de las diferentes áreas          | 0   |   |  |
|  | b | Manual de procedimientos de operación de la empresa (POES) de la diferentes áreas | Cuenta con el Manual de procedimientos de operación de todas las áreas              | 5 |  |
|  |   |   | Cuenta con el Manual de procedimientos de operación de al menos el 50% de las áreas | 2 |  |
|  |   | No cuenta con el Manual de procedimientos de operación                            | 0   |   |  |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>Nombre del Establecimiento:</b> |
| <b>Lugar:</b>                      |
| <b>Fecha:</b>                      |

**Servicios de Radiodiagnóstico:**

Los estándares mínimos requeridos para el establecimiento de prestación de servicios de radiodiagnóstico que debe cumplir el proveedor de II y III Nivel.

| Número | Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones  | Puntaje esperado | Obtenido |
|--------|--|------------------|----------|
| 1      | El establecimiento debe estar ubicado en un terreno no vulnerable a riesgos, reuniendo condiciones arquitectónicas, estructurales y en sus redes de instalaciones para soportar riesgos y cuenta con los estudios de vulnerabilidad para los respectivos desastres naturales y/o eventos | 1                |          |



|    |   |   |  |
|----|---|---|--|
|    | catastróficos a los que está expuesto. ( Según mapa de riesgos de COPECO)   |   |  |
| 2  | Sala de espera ( Área mínima 10 M2 )  | 1 |  |
| 3  | Área administrativa ( Área mínima 9 M2 )  | 1 |  |
| 4  | Sala para rayos X ( Área mínima 20 M2 - lado mínimo 4 M ) altura mínima 3 metros  | 1 |  |
| 5  | Sala para ultrasonido.( Area mínima 10 M2 )   | 1 |  |
| 6  | Área para vestidor de usuarios ( Area mínima 3 M2 )   | 1 |  |
| 7  | Área de archivo de placas radiográficas ( Area mínima 20 M2 )   | 1 |  |
| 8  | Área para depósito de materiales de uso común en el servicio  | 1 |  |
| 9  | Cuarto de revelado ( Area mínima 6 M2 )   | 1 |  |
| 10 | Servicio sanitarios de personal 2 U ( Area mínima 8 M2 ) con puertas que abren hacia fuera e identificadas por genero   | 1 |  |
| 11 | Servicio sanitario de usuarios diferenciados por sexo ( Una por cada 15 pacientes Area mínima 8 M2 ) con puertas que abren hacia fuera e identificadas por genero | 1 |  |
| 12 | Compuerta de seguridad para pase de películas al cuarto de revelado   | 1 |  |
| 13 | El control del aparato de Rayos X deberá estar protegido por un biombo emplomado y ubicado dentro de la sala.   | 1 |  |
| 14 | Paredes, techos, pisos y puertas emplomadas, grosor y características de acuerdo a la emisión de radiaciones  | 1 |  |
| 15 | Instalación eléctrica de circuito independiente y de seguridad en equipos de Rayos X. Tablero especial para el servicio   | 1 |  |
| 16 | Los materiales de construcción en pisos, paredes y techos no contienen sustancias toxicas, irritantes y combustibles  | 1 |  |
| 17 | Todos los ambientes tienen suficiente ventilación, natural o a través de ventiladores y las ventanas exteriores abren hacia fuera, protegidas con tela metálica   | 1 |  |
| 18 | Todos los ambientes tienen suficiente iluminación natural o artificial para los procedimientos usuales  | 1 |  |
| 19 | Paredes en área clínicas de materiales lavables, no porosos, para fácil limpieza  | 1 |  |
| 20 | Pisos de materiales impermeables, solidos, resistentes, uniformes, antideslizantes y lavables   | 1 |  |

|    |   |   |  |
|----|---|---|--|
| 21 | Cielo falso en áreas clínicas, de materiales no porosos, solidos, de superficie lisa, impermeable para fácil limpieza y desinfección y resistente a factores ambientales como humedad, temperatura e incombustibles.  | 1 |  |
| 22 | Instalación hidráulica con desagües   | 1 |  |
| 23 | Drenaje conectado a red municipal y cumplimiento de requisitos municipales  | 1 |  |
| 24 | Instalación eléctrica interna en paredes, carga útil de salida 110v. 60 Hertz. ó 220v., según características del equipo existente en el servicio con red de polo a tierra de varilla de cobre o acero con puntos de registro menor o igual a 10 ohmios en todos los servicios  | 1 |  |
| 25 | Puerta principal protegida con tela metálica, de vaivén o que abre hacia fuera en el sentido de desalojo rápido para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de personas discapacitadas   | 1 |  |
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el establecimiento en general:</li> </ul>   |   |  |
| 26 | Se cumplen requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de personas discapacitadas   | 1 |  |
| 27 | El establecimiento está ubicado en una zona libre de industrias o instalaciones peligrosas: Almacenamiento de combustibles o sustancias explosivas, producción o manejo de productos químicos, corrosivos u oxidantes enérgicos, fuentes generadoras de contaminantes del aire, producción de ruidos, refineries, instalaciones industriales con grandes calderas a 1000 m. de distancia ( Aplica a establecimientos nuevos ) | 1 |  |
| 28 | El establecimiento tiene pasillos o corredores interiores y exteriores de evacuación, habilitados y señalados   | 1 |  |
| 29 | Todas las puertas de los ambientes de reunión de personas como sala de espera y cualquier otro que se aglomere público o personal, deben abrirse hacia afuera, en el sentido del desalojo rápido  | 1 |  |
| 30 | Dentro y fuera del establecimiento existen áreas de seguridad señalizadas y rutas de evacuación en relación con los diferentes riesgos que posea el establecimiento.  | 1 |  |
| 31 | Central de residuos para su acopio, manejo y tratamiento con dos áreas diferenciadas: Para residuos Bio infecciosos y para basura común, superficie total mínima de 4 M2, y tienen revestimiento impermeable y lavable.   | 1 |  |
| 32 | En ambas áreas existe un flujo lineal con un acceso para los residuos y una salida para el retiro y transporte externo a su sitio de disposición final  | 1 |  |
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones</li> </ul>   |   |  |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 33 | Módulo de información con mobiliario, al ingreso del establecimiento, accesible a todos los usuarios   | 1 |  |
| 34 | Rótulo suficientemente grande con el nombre del establecimiento  | 1 |  |
| 35 | Señalización de avisos y advertencias con letra y símbolos legibles  | 1 |  |
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Estándares mínimos de Equipamiento</li> </ul>   |   |  |
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para el establecimiento en general:</li> </ul>  |   |  |
| 36 | Botiquín de primeros auxilios con materiales y medicamentos de uso general en cada servicio  | 1 |  |
| 37 | Teléfono para comunicación externa   | 1 |  |
| 38 | Planta eléctrica o grupo electrógeno de emergencia: Carga útil de la planta eléctrica de 220/110 voltios y 480-277 voltios, según necesidades en el establecimiento, (normas NEC) con transfer automático, tablero principal, tanque de combustible, cuchilla, fusibles y sistema de desconexión general   | 1 |  |
| 39 | Red de extinguidores de incendio en número de acuerdo a normas y de los tipos adecuados para los ambientes o áreas del establecimiento o extinguidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante o equipo contra incendios (gabinetes con mangueras, herramienta) o equipo tipo sprinklers o rociadores de acción automática o red seca contra incendios (red de tubería con válvulas y uniones storz de entrada y salida, para uso exclusivo del cuerpo de bomberos). | 1 |  |
| 40 | Los recipientes para residuos biológicos y clínicos son de acero inoxidable o materiales resistentes tienen tapa de cierre automático y se abren por medio de un pedal, los de residuos biológicos se distinguen por el logo de Bio infecciosos y tienen bolsas plásticas resistentes, de dos colores: Rojas para desechos Infectocontagiosos, jeringas y otros materiales que contenga heces, sangre o secreciones. Negras para la basura común   | 1 |  |
| 41 | Buzón de quejas y sugerencias  | 1 |  |
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de espera</li> </ul>   |   |  |
| 42 | Bancas o sillas para pacientes   | 2 |  |
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Área Administrativa</li> </ul>  |   |  |
| 43 | Escritorio   | 1 |  |
| 43 | 1 computadora, con procesador Pentium i5 o superior, 4 Gb RAM o superior, con acceso a internet.   | 1 |  |
| 43 | 1 impresora Laser  | 1 |  |
| 43 | 1 fotocopidora   | 1 |  |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 43 | 1 teléfono público   | 1 |  |
| 43 | Tres sillas  | 1 |  |
| 43 | Archivo metálico   | 1 |  |
| 43 | Anaqueles  | 1 |  |
| 43 | Acceso a Internet  | 1 |  |
|    | • Sala de Rayos X  |   |  |
| 44 | Equipo de Rayos X fijo, con mesa y aditamentos especiales para estudios específicos            | 2 |  |
| 45 | Unidad de revelado convencional, con sus accesorios  | 2 |  |
| 46 | Reloj de Luz para señales con cifras luminosas para cuarto oscuro                              | 2 |  |
| 47 | Negatoscopio para películas radiográficas de 360 mm de 3 campos                                | 2 |  |
| 48 | Equipo personal de protección radiológica: Delantal, collar, guantes, caretas o lentes         | 2 |  |
| 49 | Dosímetro para medición de la radiación recibida por los trabajadores. Uno por cada trabajador | 2 |  |
| 50 | Grabadora y dictáfono  | 2 |  |
| 51 | Equipo para movilización del usuario: Silla de ruedas, camillas                                | 2 |  |
|    | • Sala de ultrasonido  |   |  |
| 52 | Escritorio   | 1 |  |
| 53 | Tres sillas  | 1 |  |
| 54 | Mesa de exploración, con la altura adecuada para realizar la exploración de ultrasonografía.   | 1 |  |
| 55 | Gradilla de dos peldaños   | 1 |  |
| 56 | Equipo para ultrasonido, con sus accesorios y tipos de transductores.                          | 1 |  |
|    | • Sala de Electrocardiografía  |   |  |
| 57 | Escritorio   | 1 |  |
| 58 | Tres sillas  | 1 |  |
| 59 | Mesa de exploración  | 1 |  |
| 60 | Gradilla de dos peldaños   | 1 |  |
| 61 | Equipo para electrocardiografía con capacidad mínima de 12 derivaciones                        | 1 |  |
|    | • Estándares mínimos para Recursos Humanos   |   |  |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 62 | Jefe del Servicio. Médico Especialista en Radiología acreditado por el Colegio Médico de Honduras.   | 3 |  |
| 63 | Técnico en radiología  | 1 |  |
| 64 | El 100% del personal porta su identificación con fotografía, en lugar visible  | 1 |  |
|    | • Estándares mínimos sobre Organización y funcionamiento   |   |  |
| 65 | Reglamento de Bio Seguridad y sus normas técnicas  | 1 |  |
| 66 | Manual de Normas y Procedimientos Técnicos de Radiodiagnóstico (Existente)   | 1 |  |
| 67 | Manual de Organización y Funciones del servicio de Radiología (Jefe del Departamento)  | 1 |  |
| 68 | Manuales auxiliares de consulta: Posiciones, dosis de radiación, tiempo exposición y diagnósticos radiológicos (Existentes)  | 1 |  |
| 69 | Manuales de los Equipos existentes en el servicio  | 1 |  |
| 70 | Manuales de uso y protocolos para el mantenimiento preventivo del equipo de radiodiagnóstico, presentar fotocopia autenticada de contrato de servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de radiodiagnóstico y ultrasonido. | 1 |  |
| 71 | Normas de protección radiológica (existentes)  | 1 |  |
| 72 | Protocolos de los 10 procedimientos más frecuentes del servicio (en dependencia de la patología (s) más frecuente (s))   | 1 |  |
| 73 | El establecimiento cuenta con los planos arquitectónicos, de cimentación, instalaciones hidráulicas, eléctricas y equipo médico  | 1 |  |
| 74 | Reglamento para el manejo de residuos sólidos  | 1 |  |
| 75 | Cartel informativo colocado en lugar visible: Servicios ofertados, horarios y responsables   | 1 |  |
| 76 | Carteles en lugares visibles para el público y personal sobre "Prohibido fumar"  | 1 |  |
| 77 | Reglamento de Bioseguridad y Normas Técnicas   | 1 |  |
| 78 | Información Visible de los servicios ofertados   | 1 |  |
| 79 | Manuales de uso y protocolos de mantenimiento preventivo del equipo de radiodiagnóstico y ultrasonido (Biomédica, debe existir un contrato de mantenimiento)   | 1 |  |
| 80 | Los manuales indicados deberán ser presentados de forma electrónica con el enlace oficial de origen  | 1 |  |
| 81 | Presentar fotocopia de Licencia ambiental vigente.   | 1 |  |



Total obtenido

100

**Requerimientos específicos:**

- Las áreas de rayos X dependerán de los equipos que se instalaran, siguiendo las recomendaciones de los fabricantes.
- Debe existir un vestidor para el área de ultrasonidos y un vestidor para el área de rayos X con la comodidad de una silla o mueble para que los pacientes puedan poner sus pertenencias personales.
- El área de Ultrasonidos debe disponer de acceso inmediato a baño para los pacientes. Dicha área debe estar diferenciada por sexo para usuarios (1 por cada 15 pacientes, área mínima de 8m<sup>2</sup>), con puertas que abren hacia afuera y ubicadas contiguo al área de ultrasonido.
- El control del equipo de rayos X, idealmente deberá estar dentro de la sala adecuadamente protegido con vidrio emplomado que garantice la protección de los operarios de la exposición a radiación emitida por dichos equipos.
- Deberán estar debidamente certificados por la Secretaria de Medio Ambiente garantizando que no existe fuga de radiación.
- Debe contar con planta de respaldo energético con la capacidad suficiente de garantizar la continuidad de los procesos de atención.

**INSTRUMENTO DE EVALUACION LOGISTICOS CUALITATIVO DIRIGIDO A FARMACIAS DEL IHSS**

|   |       |
|---|-------|
| <b>INSTRUMENTO DE EVALUACION LOGISTICOS CUALITATIVO DIRIGIDO A FARMACIAS DEL IHSS</b> |       |
| NOMBRE DE LA CLINICA U HOSPITAL:  |       |
| LUGAR Y FECHA:  |       |
| HORARIO DE ATENCIO DE LA FARMACIA:  |       |
| NOMBRE REGENTE FARMACEUTICO:  |       |
| NOMBRE AUXILIAR DE FARMACIA:  |       |
| NOMBRE Y CARGO  | FIRMA |
| 1)  |       |



| 2)                                      |          |           |   |           |              |  |
|---|----------|-----------|---|-----------|--------------|--|
| <b>REPRESENTANTE POR PARTE DEL IHSS</b> |          |           |   |           |              |  |
| <b>NOMBRE Y CARGO</b>                   |          |           |   |           | <b>FIRMA</b> |  |
| 1)                                      |          |           |   |           |              |  |
| 2)                                      |          |           |   |           |              |  |
|   |          |           |   |           |              |  |
| <b>CRITERIOS EVALUAR</b>                | <b>A</b> | <b>No</b> | <b>DESCRIPCION</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b>    | <b>OBSERVACIONES A LOS CRITERIOS DE EVALUACION</b> |
| <b>1. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO</b> |          | 1.1       | Los medicamentos están almacenados y organizados de acuerdo a su código numérico.   |           |              |  |
|   |          | 1.2       | Los medicamentos que están listos para su distribución, están organizados de tal manera que las etiquetas de identificación, las fechas de fabricación, fechas de vencimiento y número de lote, están visibles. |           |              |  |
|   |          | 1.3       | Los productos están almacenados y colocados de manera que los primeros en expirar son el primeros en salir (PEPE).  |           |              |  |
|   |          | 1.4       | El estibamiento de los medicamentos es de acuerdo a las recomendaciones del fabricante  |           |              |  |
|   |          | 1.5       | El empaque primario y secundario y terciario de los medicamentos se encuentran en buenas condiciones.   |           |              |  |

|  |      |  |  |  |  |
|--|------|--|--|--|--|
|  | 1.6  | La farmacia tiene como practica separar los productos averiados y/o vencidos de los medicamentos utilizables y los remueve del inventario.                               |  |  |  |
|  | 1.7  | Las cajas y los medicamentos están protegidos del agua y de la humedad.  |  |  |  |
|  | 1.8  | Los productos están protegidos de la luz solar directa.  |  |  |  |
|  | 1.9  | El área de almacenamiento esta visualmente libre de insectos y roedores nocivos.   |  |  |  |
|  | 1.10 | El área de almacenamiento está asegurada con una cerradura y llave, pero es accesible durante horas normales de trabajo, el acceso está limitado al personal autorizado. |  |  |  |
|  | 1.11 | Los medicamentos son almacenados a la temperatura adecuada de acuerdo a sus especificaciones técnicas.   |  |  |  |
|  | 1.12 | Los medicamentos que requieren almacenamiento bajo temperaturas inferiores al ambiente cuentan con su sistema de refrigeración. (Termómetros e Higrometros)              |  |  |  |
|  | 1.13 | La bodega se mantiene en buen estado (limpia, sin basura, estanterías fuertes, cajas organizadas).   |  |  |  |
|  | 1.14 | El espacio actual y la organización es suficiente para los medicamentos existentes. Y además para su rotación y movimiento   |  |  |  |
|  | 1.15 | El equipo de seguridad contra incendios está disponible y accesible.   |  |  |  |

|                                  |      |   |  |  |  |
|----------------------------------|------|---|--|--|--|
|                                  | 1.16 | Los medicamentos se almacenan por separado de insectidas y otros productos químicos.      |  |  |  |
|                                  | 1.17 | Los medicamentos <u>no</u> se encuentran en contacto con el suelo y/o cercanos al techo.  |  |  |  |
|                                  | 1.18 | Los medicamentos se encuentran retirados de las paredes.                                  |  |  |  |
|                                  | 1.19 | Los estantes se encuentran separados unos de otros.                                       |  |  |  |
|                                  | 1.20 | Si cuenta con bodega esta cumple con las condiciones requeridas de almacenamiento.        |  |  |  |
|                                  |      |   |  |  |  |
| <b>2. CONTROL DE EXISTENCIA.</b> | 2.1  | Se encuentra la Tarjeta de Control de inventario (Kardex) actualizada a la fecha vigente. |  |  |  |
|                                  | 2.2  | Dispone de tarjetas de Registros diarios de Actividades.                                  |  |  |  |
|                                  | 2.3  | La farmacia solicita mensualmente los estándares de medicamentos programados.             |  |  |  |
|                                  | 2.4  | Reportan datos de consumo y existencia de medicamentos mensuales.                         |  |  |  |
|                                  | 2.5  | Reportan datos de demanda insatisfecha de medicamentos mensuales.                         |  |  |  |
|                                  | 2.6  | La farmacia no tiene un sobreabastecimiento de medicamentos programados.                  |  |  |  |
|                                  | 2.7  | La farmacia no presenta medicamentos que están fuera de su programación o estándar.       |  |  |  |

|  |      |  |  |  |  |
|--|------|--|--|--|--|
|  | 2.8  | La farmacia no presenta existencia de medicamento vencidos o dañados.  |  |  |  |
|  | 2.9  | La farmacia reporta de manera periódica su porcentaje de abastecimiento.   |  |  |  |
|  | 2.10 | La farmacia recibe puntualmente los medicamentos solicitados al almacén central.   |  |  |  |
|  | 2.11 | Las requisiciones se manejan en orden y debidamente archivadas.  |  |  |  |
| <b>3. USO ADECUADO DE EQUIPO Y RECETARIOS.</b> |      |  |  |  |  |
|  | 3.1  | La unidad asistencial utiliza recetario del IHSS al momento de despachar un medicamento.   |  |  |  |
|  | 3.2  | La prescripción de la receta al momento de dispensar contienen en forma legible: LA FECHA, UNIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO/SALA. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE. NUMERO DEL EXPEDIENTE O AFILIADO, SEXO, EDAD, CONSIGNACION SI EL PACIENTE ES ASEGURADO, BENEFICIARIO ADULTO-NIÑO-JUBILADO, FIRMA DEL PROFECIONAL QUE LO PRESCRIBE Y SELLO OTORGADO POR EL IHSS O DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS. |  |  |  |
|  | 3.3  | Los medicamentos están citados según la denominación común internacional (DCI) (NOMBRE GENERICO) y siempre usar la codificación vigente y especificar: Forma farmacéutica y concentración, número total de unidades en letras y dígitos.   |  |  |  |

|  |      |   |  |  |  |
|--|------|---|--|--|--|
|  | 3.4  | Se prescribe solamente un medicamento por receta en pacientes ambulatorios.   |  |  |  |
|  | 3.5  | Al momento de prescribir la receta lo realiza el profesional responsable.   |  |  |  |
|  | 3.6  | <u>No</u> se aceptan recetas con borrones y/o alteraciones en la parte frontal y que no sean originales.  |  |  |  |
|  | 3.7  | Para el tratamiento de pacientes crónicos ambulatorios las recetas se extienden por un periodo máximo de un mes.  |  |  |  |
|  | 3.8  | Utilizan los recetarios rosados para la prescripción de medicamentos sometidos a control (Drogas estupefacientes y psicotrópicos).  |  |  |  |
|  | 3.10 | El prescriptor anota en el expediente todo medicamento recetado.  |  |  |  |
|  | 3.11 | Se verifica la fecha de la receta al momento de dispensar el medicamento al paciente.   |  |  |  |
|  | 3.12 | Introducen los datos de la receta en la red del sistema de información de medicamentos en la ventana de demanda insatisfecha al momento de no haber en existencia un medicamento prescrito. |  |  |  |
|  | 3.13 | La refrigeradora es utilizada eficientemente? (De uso exclusivo para el almacenamiento de medicamento).   |  |  |  |

|  |      |   |  |  |  |
|--|------|---|--|--|--|
|  | 3.14 | En la atención de Emergencia (si se cuenta con ella) los medicamentos se prescribirán por un período máximo de tres días, pero la prescripción de antibiótico, uricosuricos y analgésicos deberá cubrir las unidades necesarias para el tratamiento completo. |  |  |  |
|  |      |   |  |  |  |
| <b>4. GESTION DE LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS</b> | 4.1  | Es un profesional Químico-Farmacéutico el encargado de la dispensación de medicamentos en la farmacia.  |  |  |  |
|  | 4.2  | Se reporta al coordinador respectivo los problemas relacionados con la farmacia.  |  |  |  |
|  | 4.3  | El coordinador respectivo resuelve de manera eficiente las dificultades logísticas de gestión de medicamentos.  |  |  |  |
|  | 4.4  | Se reportan fallas terapéuticas de medicamentos.  |  |  |  |
|  | 4.5  | Se reportan sospechas de reacciones adversas a medicamentos.  |  |  |  |
|  | 4.6  | El jefe de farmacia o coordinador médico regional efectúa auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en este instrumento.   |  |  |  |
|  | 4.7  | El farmacéutico realiza los registros de los medicamentos controlados dispensados en el libro oficial Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud Pública  |  |  |  |



## PRESENTACIÓN DE LA OFERTA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

En las tablas siguientes, se muestra el total de productos (atenciones médicas) proyectados durante 1 año de prestación de servicios médicos por regional local a partir del año 2023, incluyendo el precio máximo por el cual se deben presentar las ofertas por parte de las empresas interesadas en participar en la Licitación Pública Nacional.

Durante los años 2024 y 2025 de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria el IHSS aplicara a solicitud de los oferentes los ajustes correspondientes para alcanzar el índice inflación aprobado por el banco central de Honduras.

En las regionales de Tela, Santa Rosa de Copan, Roatán, Puerto Cortes, Siguatepeque y San Lorenzo que participen **para I nivel de Atención Debe hacerlo para el II y III nivel y viceversa.**

| No de Lote | REGIONAL            | NIVEL DE ATENCION |
|------------|---------------------|-------------------|
| 1          | TELA                | I NIVEL           |
| 2          | TELA                | II Y III NIVEL    |
| 3          | SANTA ROSA DE COPAN | I NIVEL           |
| 4          | SANTA ROSA DE COPAN | II Y III NIVEL    |
| 5          | ROATAN              | I NIVEL           |
| 6          | ROATAN              | II Y III NIVEL    |
| 7          | LA CEIBA            | II Y III NIVEL    |
| 8          | PUERTO CORTES       | I NIVEL           |
| 9          | PUERTO CORTES       | II Y III NIVEL    |
| 10         | SIGUATEPEQUE        | I NIVEL           |
| 11         | SIGUATEPEQUE        | II Y III NIVEL    |
| 12         | SAN LORENZO         | I NIVEL           |
| 13         | SAN LORENZO         | II Y III NIVEL    |
| 14         | DANLI               | II Y III NIVEL    |
| 15         | CHOLUTECA           | II Y III NIVEL    |

### Población Adscrita Primer Nivel de Atención:

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| I NIVEL DE ATENCIÓN |  |  |
|---------------------|--|--|



| Lote No. | Ciudad              | Percapitado Inicial | Nivel de atención | Percapita Presupuesto No para LPN | Percapitado seleccionado Lps. Max | Cantidad Ofertada anual (multiplicar 5000 por precio ofertado por 12) |
|----------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1        | Tela                | 5000                | I                 | 8000                              | 60                                |   |
| 3        | Santa Rosa de Copan | 5000                | I                 | 15620                             | 60                                |   |
| 5        | Roatán              | 5000                | I                 | 10641                             | 100                               |   |
| 8        | Puerto Cortes       | 5000                | I                 | 15670                             | 60                                |   |
| 10       | Siguatepeque        | 5000                | I                 | 10000                             | 60                                |   |
| 12       | San Lorenzo         | 5000                | I                 | 12500                             | 60                                |   |

*La base de datos iniciara con 5000 derechohabientes como población adscrita, el remanente debe ser captado con las atenciones médicas que se realicen a derechohabientes fuera de la base de datos y por medio del desarrollo del programa PAIS-FC*

#### Descripción de Lotes por Regional:

##### LOTE 1. REGIONAL DE TELA I NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 2)

| No. Lote | De | Regional | Nivel | Población Adscrita | Costo Percapitado Máximo Lps. | Proyectado 2023  | Proyectado 2024 | Proyectado 2025 |
|----------|----|----------|-------|--------------------|-------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 1        |    | TELA     | I     | 8000               | 60                            | L. 5,760,000.00  | L. 6,048,000.00 | L.6,350,400.00  |
| Total    |    |          |       |                    |                               | L. 18,158,400.00 |                 |                 |

##### LOTE 2. REGIONAL DE TELA II Y III NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 1)

| No | Producto   | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto  | 2023         |
|----|--|---------------------|------------|--------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 2,508               | L 376.00   | L 943,008.00 |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 318                 | L 535.00   | L 170,130.00 |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 17                  | L 814.00   | L 13,838.00  |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 15                  | L 437.00   | L 6,555.00   |
| 5  | Cesáreas   | 9                   | L 6,639.00 | L 59,751.00  |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | 38                  | L 9,153.00 | L 347,814.00 |
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica           | 117                 | L 3,416.00 | L 399,672.00 |
| 8  | Ginecología y Obstetricia                            | 109                 | L 5,125.00 | L 558,625.00 |



|    |  |       |             |                 |
|----|--|-------|-------------|-----------------|
| 9  | Medicina Con y Sin Procedimiento                             | 990   | L 5,491.00  | L 5,436,090.00  |
| 10 | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento                 | 11    | L 5,623.00  | L 61,853.00     |
| 11 | Partos   | 29    | L 3,945.00  | L 114,405.00    |
| 12 | Pediatría Con y Sin procedimiento                            | 460   | L 4,148.00  | L 1,908,080.00  |
| 13 | Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención Quirúrgica | 10    | L 10,251.00 | L 102,510.00    |
| 14 | Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención Quirúrgica | 45    | L 5,125.00  | L 230,625.00    |
| 15 | Urgencia con observación (urgencia)                          | 387   | L 612.00    | L 236,844.00    |
| 16 | Urgencia sin observación (no urgencia)                       | 4,148 | L 163.00    | L 676,124.00    |
|    | <b>Sub Total</b>   | 9,211 |             | L 11,265,924.00 |

LOTE 3. REGIONAL DE SANTA ROSA DE COPAN I NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 4)

| N° de lote | Regional            | Nivel | Población Adscrita | Costo Percapitado Máximo Lps. | Proyectado 2022  | Proyectado 2023  | Proyectado 2024  |
|------------|---------------------|-------|--------------------|-------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| 3          | SANTA ROSA DE COPAN | I     | 15620              | 60                            | L. 11,246,400.00 | L. 11,808,720.00 | L. 12,399,156.00 |

LOTE 4. REGIONAL DE SANTA ROSA DE COPAN II Y III NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 3)

| No | Producto   | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto  | 2023           |
|----|--|---------------------|------------|----------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 3,388               | L 376.00   | L 1,273,888.00 |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 218                 | L 535.00   | L 116,630.00   |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 169                 | L 814.00   | L 137,566.00   |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 2,727               | L 437.00   | L 1,191,699.00 |
| 5  | Cesáreas   | 196                 | L 6,639.00 | L 1,301,244.00 |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | 214                 | L 9,153.00 | L 1,958,742.00 |



|    |  |        |   |           |   |               |
|----|--|--------|---|-----------|---|---------------|
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica                   | 78     | L | 3,416.00  | L | 266,448.00    |
| 8  | Ginecología y obstetricia                                    | 165    | L | 5,125.00  | L | 845,625.00    |
| 9  | Medicina Con y Sin Procedimiento                             | 203    | L | 5,491.00  | L | 1,114,673.00  |
| 10 | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento                 | 89     | L | 5,623.00  | L | 500,447.00    |
| 11 | Partos   | 118    | L | 3,945.00  | L | 465,510.00    |
| 12 | Pediatría Con y Sin procedimiento                            | 370    | L | 4,148.00  | L | 1,534,760.00  |
| 13 | Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención Quirúrgica | 146    | L | 10,251.00 | L | 1,496,646.00  |
| 14 | Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención Quirúrgica | 67     | L | 5,125.00  | L | 343,375.00    |
| 15 | Urgencia con observación (urgencia)                          | 1,443  | L | 612.00    | L | 883,116.00    |
| 16 | Urgencia sin observación (no urgencia)                       | 1,847  | L | 163.00    | L | 301,061.00    |
|    | <b>Sub Total</b>   | 11,438 |   |           | L | 13,731,430.00 |

LOTE 5. REGIONAL DE ROATÁN I NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 6)

| N° | Regional | Nivel | Población Adscrita | Costo Percapitado Máximo Lps. | Proyectado 2023 | Costo Ofertado | Total Oferta |
|----|----------|-------|--------------------|-------------------------------|-----------------|----------------|--------------|
| 5  | ROATAN   | I     | 10641              | 100                           | L 12,769,200.00 |                |              |

LOTE 6. REGIONAL DE ROATÁN II Y III NIVEL DE ATENCIÓN: AÑO 2023 (Debe licitar en el lote N° 5)

| No | Producto   | Proyección Esperada | Precio Unitario | 2023 proyectado |
|----|--|---------------------|-----------------|-----------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 1,500               | L495.00         | L742,500.00     |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 300                 | L642.00         | L192,600.00     |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 6                   | L975.00         | L5,850.00       |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 150                 | L457.50         | L68,625.00      |
| 5  | Cesáreas   | 8                   | L6,432.00       | L51,456.00      |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | 26                  | L9,648.00       | L250,848.00     |



|    |   |     |            |               |
|----|---|-----|------------|---------------|
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica        | 54  | L3,214.50  | L173,583.00   |
| 8  | Ginecología y obstetricia                         | 108 | L4,824.00  | L520,992.00   |
| 9  | Medicina Con y Sin Procedimiento                  | 202 | L4,689.00  | L947,178.00   |
| 10 | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento      | 6   | L6,432.00  | L38,592.00    |
| 11 | Partos  | 38  | L3,465.00  | L131,670.00   |
| 12 | Pediatría Con y Sin procedimiento                 | 401 | L3,214.50  | L1,289,014.50 |
| 13 | Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención | 12  | L11,256.00 | L135,072.00   |
| 14 | Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención | 42  | L4,824.00  | L202,608.00   |
| 15 | Urgencia con observación (urgencia)               | 700 | L642.00    | L449,400.00   |
| 16 | Urgencia sin observación (no urgencia)            | 700 | L159.00    | L111,300.00   |
|    | total   |     |            | L5,311,288.50 |

#### LOTE 7. REGIONAL DE LA CEIBA II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

| No | Producto   | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto  | 2023            |
|----|--|---------------------|------------|-----------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 2,819               | L 376.00   | L 1,059,944.00  |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 1,467               | L 535.00   | L 784,845.00    |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 50                  | L 814.00   | L 40,700.00     |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 120                 | L 437.00   | L 52,440.00     |
| 5  | Cesáreas   | 244                 | L 6,639.00 | L 1,619,916.00  |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | 418                 | L 9,153.00 | L 3,825,954.00  |
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica           | 698                 | L 3,416.00 | L 2,384,368.00  |
| 8  | Ginecología y obstetricia                            | 604                 | L 5,125.00 | L 3,095,500.00  |
| 9  | Medicina Con y Sin Procedimiento                     | 2,131               | L 5,491.00 | L 11,701,321.00 |
| 10 | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento         | 297                 | L 5,623.00 | L 1,670,031.00  |
| 11 | Partos   | 319                 | L 3,945.00 | L 1,258,455.00  |



|    |   |        |             |                  |
|----|---|--------|-------------|------------------|
| 12 | Pediatría Con y sin procedimiento                 | 1,304  | L 4,148.00  | L 5,408,992.00   |
| 13 | Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención | 119    | L 10,251.00 | L 1,219,869.00   |
| 14 | Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención | 782    | L 5,125.00  | L 4,007,750.00   |
| 15 | Urgencia con observación (urgencia)               | 4,260  | L 612.00    | L 2,607,120.00   |
| 16 | Urgencia sin observación (no urgencia)            | 62     | L 163.00    | L 10,106.00      |
|    | <b>Sub Total</b>                                  | 16,886 |             | L. 40,747,311.00 |

LOTE 8. REGIONAL DE PUERTO CORTES I NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 9)

| N° | Regional      | Nivel | Población Adscrita | Costo Percapitado Máximo Lps. | Proyectado 2022 | Proyectado 2023 | Proyectado 2024 |
|----|---------------|-------|--------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 8  | Puerto Cortes | I     | 15670              | 60.00                         | L 11,282,400.00 | L 11,846,520.00 | L 12,438,846.00 |

LOTE 9. REGIONAL DE PUERTO CORTES II Y III NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 8)

| No | Producto   | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto  | 2023           |
|----|--|---------------------|------------|----------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 2,320               | L 376.00   | L 872,320.00   |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 392                 | L 535.00   | L 209,720.00   |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 31                  | L 814.00   | L 25,234.00    |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 63                  | L 437.00   | L 27,531.00    |
| 5  | Cesáreas   | 30                  | L 6,639.00 | L 199,170.00   |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | 218                 | L 9,153.00 | L 1,995,354.00 |
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica           | 220                 | L 3,416.00 | L 751,520.00   |
| 8  | Ginecología y obstetricia                            | 462                 | L 5,125.00 | L 2,367,750.00 |
| 9  | Medicina Con y Sin Procedimiento                     | 1,052               | L 5,491.00 | L 5,776,532.00 |



|    |   |        |             |                 |
|----|---|--------|-------------|-----------------|
| 10 | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento      | 10     | L 5,623.00  | L 56,230.00     |
| 11 | Partos  | 76     | L 3,945.00  | L 299,820.00    |
| 12 | Pediatría Con y sin procedimiento                 | 615    | L 4,148.00  | L 2,551,020.00  |
| 13 | Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención | 99     | L 10,251.00 | L 1,014,849.00  |
| 14 | Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención | 300    | L 5,125.00  | L 1,537,500.00  |
| 15 | Urgencia con observación (urgencia)               | 1,771  | L 612.00    | L 1,083,852.00  |
| 16 | Urgencia sin observación (no urgencia)            | 4,350  | L 163.00    | L 709,050.00    |
|    | <b>Sub Total</b>                                  | 12,009 |             | L 19,477,452.00 |

LOTE 10. REGIONAL DE SIGUATEPEQUE I NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N°11)

| N°    | Regional     | Nivel | Población Adscrita | Costo Percapitado Máximo Lps. | Proyectado 2023  | Proyectado 2024 | Proyectado 2025 |
|-------|--------------|-------|--------------------|-------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 10    | SIGUATEPEQUE | I     | 10000              | 60                            | L. 7,200,000.00  | L. 7,560,000.00 | L. 7,938,000.00 |
| Total |              |       |                    |                               | L. 22,698,000.00 |                 |                 |

LOTE 11. REGIONAL DE SIGUATEPEQUE II Y III NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 10) Año 2023:

| No | Producto   | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto  | 2023         |
|----|--|---------------------|------------|--------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 1,291               | L 376.00   | L 485,416.00 |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 105                 | L 535.00   | L 56,175.00  |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 132                 | L 814.00   | L 107,448.00 |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 144                 | L 437.00   | L 62,928.00  |
| 5  | Cesárea Sin Complicación                             | 81                  | L 6,639.00 | L 537,759.00 |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica SC        | 103                 | L 9,153.00 | L 942,759.00 |
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica SC        | 42                  | L 3,416.00 | L 143,472.00 |
| 8  | Ginecología y obstetricia Sin Complicación           | 50                  | L 5,125.00 | L 256,250.00 |
| 9  | Medicina Sin Procedimiento                           | 60                  | L 5,491.00 | L 329,460.00 |



|                  |   |       |             |                |
|------------------|---|-------|-------------|----------------|
| 10               | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento      | 14    | L 5,623.00  | L 78,722.00    |
| 11               | Parto Sin Complicación                            | 155   | L 3,945.00  | L 611,475.00   |
| 12               | Pediatría sin procedimiento                       | 63    | L 4,148.00  | L 261,324.00   |
| 13               | Traumatología y Ortopedia Egreso con Intervención | 52    | L 10,251.00 | L 533,052.00   |
| 14               | Traumatología y Ortopedia Egreso sin Intervención | 34    | L 5,125.00  | L 174,250.00   |
| 15               | Urgencia con observación (urgencia)               | 1,400 | L 612.00    | L 856,800.00   |
| 16               | Urgencia sin observación (no urgencia)            | 5,400 | L 163.00    | L 880,200.00   |
| <b>Sub Total</b> |   | 9,126 |             | L 6,317,490.00 |

LOTE 12. REGIONAL DE SAN LORENZO I NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 13)

| N°    | Regional    | Nivel | Población Adscrita | Costo Percapitado Máximo Lps. | Proyectado 2023   | Proyectado 2024  | Proyectado 2025  |
|-------|-------------|-------|--------------------|-------------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| 12    | SAN LORENZO | I     | 8000               | 60                            | L. 9, 000,000.00  | L. 9,450, 000.00 | L. 9, 822,500.00 |
| Total |             |       |                    |                               | L. 28, 272,500.00 |                  |                  |

LOTE 13. REGIONAL DE SAN LORENZO II Y III NIVEL DE ATENCIÓN (Debe licitar en el lote N° 12)

| No               | Producto   | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto | 2023           |
|------------------|--|---------------------|-----------|----------------|
| 1                | Consulta de Especialista por Referencia              | 460                 | L 376.00  | L 172,960.00   |
| 2                | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 560                 | L 535.00  | L 299,600.00   |
| 3                | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 111                 | L 814.00  | L 90,354.00    |
| 4                | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 74                  | L 437.00  | L 32,338.00    |
| 5                | Urgencia con observación (urgencia)                  | 97                  | L 612.00  | L 59,364.00    |
| 6                | Urgencia sin observación (no urgencia)               | 2,463               | L 163.00  | L 401,469.00   |
| <b>Sub Total</b> |  | 3,765               |           | L 1,056,085.00 |



LOTE 14. REGIONAL DE DANLI II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

| No | Producto   | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto   | 2023            |
|----|--|---------------------|-------------|-----------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 500                 | L 376.00    | L 188,000.00    |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 614                 | L 535.00    | L 328,490.00    |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 50                  | L 814.00    | L 40,700.00     |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 70                  | L 437.00    | L 30,590.00     |
| 5  | Cesárea Sin Complicación                             | 128                 | L 6,639.00  | L 849,792.00    |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | 152                 | L 9,153.00  | L 1,391,256.00  |
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica           | 35                  | L 3,416.00  | L 119,560.00    |
| 8  | Ginecología y obstetricia                            | 317                 | L 5,125.00  | L 1,624,625.00  |
| 9  | Medicina Con y Sin Procedimiento                     | 736                 | L 5,491.00  | L 4,041,376.00  |
| 10 | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento         | 222                 | L 5,623.00  | L 1,248,306.00  |
| 11 | Partos   | 390                 | L 3,945.00  | L 1,538,550.00  |
| 12 | Pediatría Con y Sin procedimiento                    | 671                 | L 4,148.00  | L 2,783,308.00  |
| 13 | Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención    | 105                 | L 10,251.00 | L 1,076,355.00  |
| 14 | Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención    | 689                 | L 5,125.00  | L 3,531,125.00  |
| 15 | Urgencia con observación (urgencia)                  | 3,109               | L 612.00    | L 1,902,708.00  |
| 16 | Urgencia sin observación (no urgencia)               | 3,448               | L 163.00    | L 562,024.00    |
|    | <b>Sub Total</b>                                     | 11,236              |             | L 21,256,765.00 |

LOTE 15. REGIONAL DE CHOLUTECA II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

| No | Producto | PRODUCCION ESPERADA | Propuesto | 2023 |
|----|----------|---------------------|-----------|------|
|----|----------|---------------------|-----------|------|



|    |  |        |             |                 |
|----|--|--------|-------------|-----------------|
| 1  | Consulta de Especialista por Referencia              | 3,525  | L 376.00    | L 1,325,400.00  |
| 2  | Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento | 532    | L 535.00    | L 284,620.00    |
| 3  | Traumatología y Ortopedia con Procedimiento          | 300    | L 814.00    | L 244,200.00    |
| 4  | Traumatología y Ortopedia sin Procedimiento          | 50     | L 437.00    | L 21,850.00     |
| 5  | Cesáreas   | 313    | L 6,639.00  | L 2,078,007.00  |
| 6  | Egreso Cirugía con intervención quirúrgica           | 1,318  | L 9,153.00  | L 12,063,654.00 |
| 7  | Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica           | 616    | L 3,416.00  | L 2,104,256.00  |
| 8  | Ginecología y obstetricia Sin Complicación           | 560    | L 5,125.00  | L 2,870,000.00  |
| 9  | Medicina Sin Procedimiento                           | 2,330  | L 5,491.00  | L 12,794,030.00 |
| 10 | Atención del Recién Nacido sin Procedimiento         | 305    | L 5,623.00  | L 1,715,015.00  |
| 11 | Partos   | 434    | L 3,945.00  | L 1,712,130.00  |
| 12 | Pediatría Con y Sin procedimiento                    | 1,537  | L 4,148.00  | L 6,375,476.00  |
| 13 | Egreso Traumatología y Ortopedia con Intervención    | 243    | L 10,251.00 | L 2,490,993.00  |
| 14 | Egreso Traumatología y Ortopedia sin Intervención    | 840    | L 5,125.00  | L 4,305,000.00  |
| 15 | Urgencia con observación (urgencia)                  | 1,929  | L 612.00    | L 1,180,548.00  |
| 16 | Urgencia sin observación (no urgencia)               | 2,915  | L 163.00    | L 475,145.00    |
|    | <b>Sub Total</b>                                     | 17,747 |             | L 52,040,324.00 |



## SECCION IV – FORMULARIOS Y FORMATOS

### Índice de Formularios y Formatos

|  |   |
|--|---|
| Formulario de Lista de Precios                                     | 1 |
| Formulario de Información sobre el Oferente                        | 1 |
| Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio         | 1 |
| Formulario de Presentación de la Oferta                            | 1 |
| Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad | 1 |
| Formulario de Declaración Jurada de Integridad                     | 1 |
| Formulario de Autorización del Fabricante                          | 1 |
| Formato de Contrato  | 1 |
| Formato de Garantía de Mantenimiento de la oferta                  | 1 |
| Formato de Garantía de Cumplimiento                                | 1 |
| Formato de Garantía de Calidad                                     | 1 |
| Formato de Garantía por anticipo                                   | 1 |
| Aviso de licitación  |   |



Formulario de Información

sobre el Oferente

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

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

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

|  | Página | de | páginas |
|--|--------|----|---------|
| 1. Nombre jurídico del Oferente [indicar el nombre jurídico del Oferente]  |        |    |         |
| 2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: [indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]  |        |    |         |
| 3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse [indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o país donde intenta constituirse o incorporarse]  |        |    |         |
| 4. Año de constitución o incorporación del Oferente: [indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]   |        |    |         |
| 5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: [indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]   |        |    |         |
| 6. Información del Representante autorizado del Oferente:<br>Nombre: [indicar el nombre del representante autorizado]<br>Dirección: [indicar la dirección del representante autorizado]<br>Números de teléfono y facsímil: [indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]<br>Dirección de correo electrónico: [indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado] |        |    |         |
| 7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: [marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]   |        |    |         |
| ↑ Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09.  |        |    |         |
| ↑ Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio, de conformidad con la cláusula 5.1 de la IO-05.  |        |    |         |
| ↑ Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.  |        |    |         |



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

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

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

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

Página  de  páginas

|  |
|--|
| 1. Nombre jurídico del Oferente [indicar el nombre jurídico del Oferente]  |
| 2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio [indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]  |
| 3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio [indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]  |
| 4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: [indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]   |
| 5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: [Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]  |
| 6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio:<br>Nombre: [indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]<br>Dirección: [indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]<br>Números de teléfono y facsímil: [[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio]<br>Dirección de correo electrónico: [[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio] |
| 7. Copias adjuntas de documentos originales de: [marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]<br><input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09.<br><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.  |



## Formulario de Presentación de la Oferta

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se 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];

| N <sup>o</sup> | 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

- (d) Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:



**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]*;

- (e) 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;
- (f) 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;
- (g) 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]*
- (h) 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]*

| Nombre del Receptor | Dirección | Concepto | Mont<br>o |
|---------------------|-----------|----------|-----------|
|                     |           |          |           |
|                     |           |          |           |

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

- (i) 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.
- (j) 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 Consorcio 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 artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_, 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 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, cohechiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte para impedir que divulgue su conocimiento de asuntos que son importantes para la investigación o que prosiga la investigación, o b) todo acto dirigido a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.

- 4.- Así mismo declaro que entiendo que las acciones antes mencionadas son ilustrativas y no limitativas de cualquier otra acción constitutiva de delito o contraria al derecho en perjuicio del patrimonio del Estado de Honduras; por lo que expreso mi sumisión a la legislación nacional vigente.



5.- Declaro que me obligo a regir mis relaciones comerciales con las Instituciones de Estado de Honduras bajos los principios de la buena fe, la transparencia y la competencia leal cuando participen en procesos de licitaciones, contrataciones, concesiones, ventas, subastas de obras o 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 de EE.UU), 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 haya o este participando. Promoviendo de esa manera practicas éticas y de buena gobernanza en los procesos de contratación.

En fe de lo cual firmo la presenta en la 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).



## DECLARACIÓN JURADA LEY ESPECIAL CONTRA EL LAVADO DE ACTIVOS

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ con tarjeta de identidad/pasaporte N° \_\_\_\_\_ actuando en mi condición de Representante Legal de la empresa \_\_\_\_\_ por la presente hago: DECLARACIÓN JURADA que ni mi persona, ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos de la Ley Contra el Lavado de Activos, que a continuación se detallan. **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, 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. La pena del delito de Testaferrato 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. **ARTÍCULO 38, DELITO DE ASOCIACIÓN ILÍCITA.** Quienes se asocien o confabulen para cometer el delito de lavado de activos o testaferrato deben ser sancionados por ese solo hecho, con reclusión de seis (6) a diez (10) años. **ARTÍCULO 39.- DELITO DE ENCUBRIMIENTO.** Al autor del delito de encubrimiento de lavado de activos, se le debe sancionar con la pena señalada en el Artículo 38 de esta Ley, rebajada en un tercio (1/3). **ARTÍCULO 40.- DELITO DE LAVADO DE ACTIVO EJECUTADO POR EMPLEADO O FUNCIONARIO PÚBLICO.** El Empleado o Funcionario Público que valiéndose de su cargo participe, facilite o se beneficie en el desarrollo de los delitos de lavado de activos, encubrimiento del delito de lavado de activos o en la asociación para la ejecución de lavado de activos, debe ser sancionado con una pena igual a la establecida en el Artículo 38 de esta Ley, aumentada en un cuarto (1/4) y la inhabilitación absoluta definitiva en el ejercicio de cualquier cargo público, como penas principales. La pena indicada en este Artículo también se debe aplicar a los representantes legales de las personas jurídicas que hayan participado en la comisión de este delito. **ARTÍCULO 41. DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS OMISIVO.** El Sujeto Obligado que por la omisión en el cumplimiento de las obligaciones de la Debida



Diligencia y prevención de lavado de activos facilitare la realización de esta conducta, se le debe sancionar con reclusión de dos (2) a cinco (5) años, a menos que la conducta desplegada se encuentre sancionada con una pena mayor.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán, a los días del mes de del 2022.

**NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE O REPRESENTANTE**

**LEGAL SELLO DE LA EMPRESA.**



## Autorización del Fabricante

### (Cuando aplique)

[El Oferente solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membrete del Fabricante y deberá estar firmado por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan el Fabricante. El Oferente lo deberá incluir en su oferta, si así se establece en los **DDL**.]

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

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

Alternativa No.: [indicar el No. de identificación si esta es una oferta por una alternativa]

A: [indicar el nombre completo del Comprador]

#### POR CUANTO

Nosotros [nombre completo del fabricante], como fabricantes oficiales de [indique el nombre de los bienes fabricados], con fábricas ubicadas en [indique la dirección completa de las fábricas] mediante el presente instrumento autorizamos a [indicar el nombre y dirección del Oferente] a presentar una oferta con el solo propósito de suministrar los siguientes Bienes de fabricación nuestra [nombre y breve descripción de los bienes], y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y garantiza, conforme a los pliegos de condiciones, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Firma: \_\_\_\_\_  
[firma del(los) representante(s) autorizado(s) del fabricante]

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

Cargo: [indicar cargo]

Debidamente autorizado para firmar esta Autorización en nombre de: [nombre completo del Oferente]

Fechado en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ [fecha de la firma]



## **FORMATO GARANTIA 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

\_\_\_\_\_

**SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA:**

\_\_\_\_\_

**VIGENCIA**

**De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:**

\_\_\_\_\_

**CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA:** LA PRESENTE GARANTIA SERA EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL (BENEFICIARIO) ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCION FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGUN OTRO REQUISITO. PUDIENDO REQUERIRSE EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA/FIANZA. 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 \_\_\_\_\_.

**FIRMA AUTORIZADA**



**FORMATO GARANTIA DE CUMPLIMIENTO**  
**ASEGURADORA / BANCO**

**GARANTIA / FIANZADE CUMPLIMIENTO N°:** \_\_\_\_\_

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

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

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

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, 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: “\_\_\_\_\_” ubicado en \_\_\_\_\_

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

**VIGENCIA** De: \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

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

**CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: "LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA SERÁ EJECUTADA POR EL MONTO TOTAL DE LA MISMA A SIMPLE REQUERIMIENTO BENEFICIARIO, ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCIÓN FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGÚN OTRO REQUISITO, PUDIENDO REQUERIRSE EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA/FIANZA. LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA EMITIDA A FAVOR DEL BENEFICIARIO CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN AUTOMÁTICA; EN CASO DE CONFLICTO ENTRE EL BENEFICIARIO Y EL ENTE EMISOR DEL TÍTULO, AMBAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES DE LA REPÚBLICA DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO. LA PRESENTE CLÁUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA PREVALECERÁ SOBRE CUALQUIER OTRA CONDICIÓN".**

**A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor BENEFICIARIO no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.**

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

||

**FIRMA AUTORIZADA**



**FORMATO GARANTIA DE CALIDAD<sup>4</sup>**  
**ASEGURADORA / BANCO**

**GARANTIA / FIANZA  
DE CALIDAD:** \_\_\_\_\_

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

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

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

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar la **calidad DE SUMINISTRO** del Proyecto: “ \_\_\_\_\_ ” ubicado en \_\_\_\_\_  
Construido/entregado por el  
Afianzado/Garantizado \_\_\_\_\_.

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

**VIGENCIA**

**De:** \_\_\_\_\_

**Hasta:** \_\_\_\_\_

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

**"LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA SERÁ EJECUTADA POR EL MONTO TOTAL DE LA MISMA A SIMPLE REQUERIMIENTO BENEFICIARIO, ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCIÓN FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGÚN OTRO REQUISITO, PUDIENDO REQUERIRSE EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA/FIANZA. LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA EMITIDA A FAVOR DEL BENEFICIARIO CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN AUTOMÁTICA; EN CASO DE CONFLICTO ENTRE EL BENEFICIARIO Y EL ENTE EMISOR DEL TÍTULO, AMBAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES DE LA REPÚBLICA DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO. LA PRESENTE CLÁUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA PREVALECE SOBRE CUALQUIER OTRA CONDICIÓN".**

**A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor BENEFICIARIO no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.**

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

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AUTORIZADA**

<sup>4</sup> La Garantía de Calidad deberá solicitarse cuando se requiera según la naturaleza de los bienes.



**CONTRATO No. XXX SUSCRITO ENTRE EL IHSS Y LA EMPRESA XXXXXX POR CONCEPTO DE :**

**“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”**

Nosotros **JOSE GASPAR RODRIGUEZ**, mayor de edad, Doctor en Nefrólogo Pediatra, hondureño con Tarjeta de Identidad N° 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° xx de fecha xx de mayo de xxx, publicado en La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras, con fecha x de julio de 1959 y nombrado mediante Resolución xxxxx de fecha xx de xxxx del 2022, de la Junta Directiva del IHSS, conforme a las atribuciones otorgadas, 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 Gerente General y Representante Legal de la **SOCIEDAD\_**, según consta en poder de administración otorgado a su favor mediante Instrumento Público número \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, ante los oficios del notario \_\_\_\_\_; inscrito bajo el tomo \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_ del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil de \_\_\_\_\_; RTN No \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ adelante denominado **“EL PROVEEDOR ”**, hemos convenido celebrar como al efecto celebramos el presente **CONTRATO por CONCEPTO DE** la **“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”** bajo las condiciones y cláusulas siguientes: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO:** Manifiesta el Doctor **JOSE GASPAR RODRIGUEZ**, en su condición antes indicada que mediante Resolución xxx. No. de fecha \_\_\_\_\_, la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social autorizó la recomendación de la comisión evaluadora para la Adjudicación de la Licitación Pública Nacional No. 045-2022 **“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”** a favor de la **EMPRESA MERCANTIL**, por haber cumplido con la presentación de la documentación legal y técnica y haber presentado precio más bajo y conforme a precios de mercado; **SEGUNDA:** Resultado de este proceso de contratación directa se adjudicó al **PROVEEDOR** la partida



siguiente:, **TERCERA: VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** el valor de todos los servicios a prestar por “EL PROVEEDOR, identificados en la cláusula anterior, asciende a la suma de L. xxx valor que no incluye impuesto sobre ventas, desglosado así: partida No xx cantidad de xx a un precio unitario y precio total por L.xxxx: El valor del contrato será pagado en Lempiras, con recursos propios disponibles en el presupuesto del “INSTITUTO” para el año fiscal de 2023, del régimen de Servicios de Salud. El Instituto Hondureño de Seguridad Social pagará al proveedor adjudicado dentro de los 60 días calendario contados a partir de la recepción de los documentos, las atenciones brindadas de conformidad al informe de las evaluaciones presentado por el coordinador médico regional, y demás documentos que solicite el Instituto. El proveedor requerirá el pago al “INSTITUTO” y adjuntará a la solicitud los documentos de acuerdo a los requisitos establecidos por el IHSS, incluyendo la copia del contrato y de la Garantía de Cumplimiento. **CUARTA: PRECIO A QUE SE SUJETA EL CONTRATO;** el precio o valor del contrato incluido en la Cláusula Tercera permanecerá fijo durante el período de validez del contrato y no será sujeto a variación alguna, solo en aquellos casos en que favorezcan al “INSTITUTO”. **QUINTA: 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 materiales o productos ocasionados para los suministros contratados, correrán a cuenta de “EL PROVEEDOR ” sin ninguna responsabilidad pecuniaria para el “INSTITUTO”; **SEXTA: PLAZO DE ENTREGA;** “EL PROVEEDOR ” se compromete a prestar los servicios médicos a satisfacción del “INSTITUTO” y de los pacientes según demanda diaria atendida y sin retraso alguno por parte de “EL PROVEEDOR. **SEPTIMA: Condiciones Técnicas:** Se deberá dar cumplimiento a las especificaciones y condiciones técnicas solicitadas en la base y que forman parte de este contrato, las que deberán ser verificadas por personal designado por el IHSS para la supervisión de los servicios médicos. EL PROVEEDOR presentará un informe final por mes, donde se constate que ha atendido y cumplido con lo pactado en este contrato así como en la oferta. **OCTAVA: GARANTIA DE LOS SERVICIOS:** La calidad de los servicios a proveer por parte del CONTRATISTA se realizará de acuerdo con las normas higiénico-sanitarias que implican la prestación de éstos y conforme al cumplimiento de las Especificaciones Técnicas establecidas por el IHSS. **NOVENA: REEMPLAZO DE SUMINISTROS DEFECTUOSOS (NO APLICA)** los defectos en los suministros serán cubiertos por “EL PROVEEDOR ”, sin costo alguno para “EL INSTITUTO”, en caso de que los suministros no se hallen en estado de ser recibidos, por defectos o averías visibles, o cuando ocurran faltantes o cualquier otra razón calificada se hará constar esta circunstancia en el Acta de recepción provisional parcial, pudiendo “EL INSTITUTO”, conceder hasta un término de siete (7) días calendarios a partir de su notificación, para que proceda al reemplazo de los suministros defectuosos, o en su caso, para que proceda a una nueva entrega o para que reponga los faltantes. Si el cumplimiento en la entrega es satisfactorio. “EL INSTITUTO” extenderá al proveedor el Acta de Recepción provisional final, indicando en ella, que el suministro ha sido entregado a entera satisfacción de “EL INSTITUTO”, de conformidad a la



calidad y especificaciones técnicas solicitadas, debiendo el proveedor sustituir parcialmente la Garantía de Cumplimiento por la Garantía de Calidad sobre el valor del suministro entregado. Una vez recibida la totalidad del suministro objeto del contrato y los mismos hayan sido cubiertos por la garantía de calidad de un año, “EL INSTITUTO”, extenderá al proveedor el Acta de Recepción Definitiva; **DECIMA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO;** diez días hábiles después de la suscripción del contrato y con el objeto de asegurar al “EL INSTITUTO”, el cumplimiento de todos los plazos, condiciones y obligaciones de cualquier tipo, especificadas o producto de este contrato, “EL PROVEEDOR” constituirá a favor de “EL INSTITUTO”, una Garantía de Cumplimiento equivalente al quince por ciento (15%) del valor total de este contrato, vigente 3 meses adicionales después del plazo previsto para la entrega total de los productos. 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 PROVEEDOR ” haya cumplido con todas sus obligaciones contractuales; **DECIMA PRIMERA: INFORME FINAL DE PRESTACION DE SERVICIOS;** para garantizar la calidad de los productos a suministrar, una vez que se haya efectuado la recepción parcial de cada entrega “EL PROVEEDOR ” deberá presentar un Informe al finalizar el mes de prestación de servicios a nombre del INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS). **DECIMA SEGUNDA: 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. **DECIMA TERCERA: ERRORES Y OMISIONES EN LA OFERTA;** los errores contenidos en la oferta y otros documentos presentados por “EL PROVEEDOR ” 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; **“DECIMA CUARTA: CESION DEL**



**CONTRATO O SUB-CONTRATACION;** Los derechos derivados de este contrato no podrán ser cedidos a terceros; **DECIMA QUINTA: CLAUSULA DE SANCION POR INCUMPLIMIENTO;** 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, de conformidad lo establecido en las vigentes Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, además de los artículos 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, de conformidad lo establecido en las vigentes Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, además de los artículos 3A ,72,98 de la Ley de Contratación del Estado; artículos 17,189, 226 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, asimismo el artículo 29 inciso 6) de la Ley de Conciliación y Arbitraje. **DECIMA SEXTA: RELACIONES LABORALES;** “EL PROVEEDOR ” 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 de entrega de los productos 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; **DECIMA SEPTIMA : 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 las suscripción de un Adendum en las mismas condiciones que el presente contrato; **DECIMA OCTAVA: 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 proveedor dentro de los plazos correspondientes, la disolución de la sociedad mercantil del proveedor , 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, la estimación de la percepción de ingresos menores a los gastos proyectados y en caso de necesidades imprevistas o de emergencia, lo anterior en cumplimiento al artículo que contiene el Presupuesto de Ingresos y Egresos de La Administración Pública para el año 2023, son causas de resolución de este contrato, **DECIMA NOVENA : 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. **VIGESIMA : VIGENCIA DEL CONTRATO;** UN (1) AÑO, El presente contrato



entrará en vigencia a partir de su suscripción, terminará por el cumplimiento normal de la entrega de los productos establecidos en el plan de entregas ofertado y aceptado por el INSTITUTO; **VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DE ESTE CONTRATO;** forman parte de este CONTRATO: El Aviso de Licitación, los Pliegos de Condiciones, las Enmiendas a las Bases, incluyendo las aclaraciones a la mismas emitidas por “ EL INSTITUTO ” o remitidas por “EL PROVEEDOR ”, la oferta técnica revisada, la oferta económica, así como cualquier otro documento que se anexe a este contrato por mutuo acuerdo de las partes. **VIGÉSIMA SEGUNDA : 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, Ley de Derechos de Autor y demás relacionadas; la Ley Orgánica de Presupuesto y el Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República año 2023 y su Reglamento, demás leyes vigentes en Honduras que guardan relación con los procesos de contratación del Estado. Asimismo, en cumplimiento del artículo que contiene las Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República y de las Instituciones Descentralizadas, para el año 2023, se transcribe el **Artículo 78** 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 **VIGESIMA TERCERA: “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 de 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 suministro 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, abstenernos 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 deducirse; 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 llevare 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.”. **VIGÉSIMA CUARTA: 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 XXX) días del mes de xxxxx del año dos mil xxxxx.



**OBSERVACION:** 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)



República de Honduras  
Aviso de Licitación Pública Nacional  
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)  
Licitación Pública Nacional N° 045-2022

**“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”**

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) invita a participar en la Licitación Pública Nacional N° 045/2022 a presentar ofertas selladas a las empresas de prestación de servicios médicos para la la **“CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVELES I, II Y III DE ATENCION EN SALUD PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LAS DISTINTAS REGIONALES DEL 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 XXXXX de XXXXXX de 2022 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 730440861 Banco Credomatic, en la sucursal que se encuentra ubicada en el área de Afiliación del Edificio Administrativo, Barrio Abajo.

Los documentos de la licitación podrán ser examinados en el sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras “Honducompras”, ([www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn)) y en el portal de Transparencia del IHSS ([www.portalunico.iaip.gob.hn](http://www.portalunico.iaip.gob.hn)) Para consultas o información dirigirse por escrito a la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras por lo menos 15 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 Vejes y Muerte (IVM) Tercer Piso, Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. a más tardar a las 10:00 a.m. del día XXXXX de XXXX de 2023 y ese mismo día y en el mismo lugar 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.

Tegucigalpa, M.D.C., XXXXXXX-2023

Dr. José Gaspar Rodríguez  
Director Ejecutivo  
Instituto Hondureño de Seguridad Social