

Oficio No 0022-SDGR-HSBI-2025

Santa Bárbara, S.B. Honduras

10 de febrero del 2025

Abogada. Karen Melissa Cruz
Compradora Pública Certificada SESAL
Su Oficina

Estimada Abogada Cruz:

Por este medio solicito a usted el Visto Bueno del Documento Base de la Compra Directa 01-2025-HSBI, Adquisición de Reactivos Para Laboratorio previo a su publicación en Honducompras.

Agradeciendo de ante mano su atención a la presente me suscribo de usted muy

Atentamente.



Dra. Francia Vanessa Paz García
Directora Ejecutiva HSBI

Cc: Sub Dirección Gestión de Recursos
Cc: Archivo


DIRECCION /HSBI
Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21
email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com

Oficio No 004-AHSBI-2025

Santa Bárbara, S.B.

03 de Febrero del 2025

Lic. Migdonio Pineda
Sub Director Gestión de Recursos HSBI
Su Oficina

Estimado Lic. Pineda:

Por este medio solicito a usted se proceda a la compra de los siguientes Reactivos Para Laboratorio Para Laboratorio para poder abastecer el Laboratorio Clínico del Hospital Santa Bárbara Integrado:

No.	Concepto	Unidad	Cantidad
1	ACIDO URICO	Kit	15
2	ALBUMINA	Kit	3
3	ALBUMINA BOVINA 22%	Frasco	120
4	AMILASA	Kit	8
5	ANTI A	Frasco	115
6	ANTI B	Frasco	115
7	ANTI D	Frasco	115
8	ANTICOAGULANTE EDTA 500 GRAMOS	Frasco	3
9	ASO LATEX	Kit	4
10	B - HCG TOTAL (FRACCION BETA)	Kit	3
11	BILIRRUBINA DIRECTA DSA	Kit	8



DIRECCION /HSBI
Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21
email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

12	BILIRRUBINA DIRECTA VOX	Kit	5
13	BILIRRUBINA TOTAL VOX	Kit	5
14	BILIRRUBINA TOTAL DSA	Kit	6
15	CA-125 DE 50	Kit	2
16	CA-15-3 SET DE 50	Kit	1
17	CALCIO	Kit	5
18	CALIBRADOR DE HEMATOLOGIA 5 PARTES	Frasco	3
19	CALIBRADOR DE HEMATOLOGIA 6 PARTES	Frasco	6
20	CALIBRADOR DE GASES ARTERIALES SET DE 50 PBS	CASET	20
21	CALIBRADOR DE LIPIDOS 1ML	Frasco	5
22	CALIBRADOR DE PROTEINAS EN ORINA	Frasco	1
23	CALIBRADOR PARA FERRITINA SET 4 NIVELES	Frasco	1
24	CALIBRIDOR CK-MB 1ML	Frasco	3
25	CEA SET DE 50	Kit	3
26	CINTAS REACTIVAS PARA ORINA (Frascos de 100 Pruebas)	Frasco	100
27	CK-MB (CREATININE-KINASA-MB)	Kit	5
28	CLINCHEN CONTROL ALTO 5ML FCO	Frasco	3
29	CLINCHEN CONTROL BAJO 5ML FCO	Frasco	3
30	CLINCHEN CONTROL NORMAL 5ML FCO	Frasco	6
31	CLORURO DE SODIO 10X4 ML	Kit	6



DIRECCION /HSBI

Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21

email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com

32	COLESTEROL HDL	Kit	6
33	COLESTEROL TOTAL MINDRAY	Kit	6
34	COLORACION DE BAAR	Kit	1
35	COLORACION DE GRAM FCO 500 ML	Kit	5
36	CONFIRMATORIA SIFILIS (SET DE 10)	Kit	5
37	CONTROL HEMATOLOGICO NORMAL 6 PARTES	Frasco	6
38	CONTROL HEMATOLOGICO NORMAL 5 PARTES	Frasco	6
39	CONTROL DE DIMERO D	Frasco	3
40	CONTROL DE PROTEINAS EN ORINA	Frasco	5
41	CONTROL HEMATOLOGICO ALTO 6 PARTES	Frasco	5
42	CONTROL HEMATOLOGICO BAJO 6 PARTES	Frasco	5
43	CONTROL HEMATOLOGICO ALTO 5 PARTES	Frasco	5
44	CONTROL HEMATOLOGICO BAJO 5 PARTES	Frasco	5
45	CONTROL LEVEL 1 PARA GASES EDON	Ampolla	3
46	CONTROL LEVEL 2 PARA GASES EDON	Ampolla	3
47	CONTROL LEVEL 3 PARA GASES EDON	Ampolla	3
48	CONTROL PARA COAGULACION (SET 10X1)	Frasco	3
49	CONTROL TRI LEVEL DIESTRO	Frasco	3
50	CONTROL DE FERRITINA	Kit	2
51	CREATINE KINASE (CK KIT)	Kit	1
52	CREATININA MINDRAY	Kit	50

DIRECCION /HSBI
Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21
email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

53	DENGUE DUO DE 25	Kit	4
54	DETERGENTE CD80 FCO 1 LITRO	Frasco	20
55	DETERGENTE NOION 500 ML	Frasco	5
56	DIFF LYSE M-52 500ML	Frasco	20
57	DILUYENTE BC-6000 20 LTS	Frasco	20
58	DILUYENTE M-52	Frasco	2
59	DIMERO D	Kit	5
60	ELISA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE	Kit	5
61	ELISA HEPATITIS B CORE	Kit	5
62	ELISA HEPATITIS C	Kit	5
63	ENTEROBACTERIA DL D2 MINI 10 PBS	Kit	8
64	ESCALA Mc. FARLAND DE DD2MINI	Frasco	4
65	FACTOR REUMATOYDEO (FR LATEX)	Kit	8
66	FD DYE BC-6000 12 ML	Frasco	80
67	FN DYE BC-6000 12 ML	Frasco	40
68	FOSFATAZA ALCALINA	Kit	5
69	FOSFORO SET DE 728 PBS	Kit	3
70	GAMMA -GLUTAMYL TRANSFERASE GGT	Kit	1
71	GASES ARTERIALES (INCLUYE PRUEBAS BGA-PH-PO2-	Kit	60
72	GELOSA SANGRE BASE CASMAN FOC 500 G	Frasco	5
73	GLUCOSA MINDRAY	Kit	15

DIRECCION /HSBI

Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21

email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com

74	HELICOBACTER PILORY(ANTIGENS HECES(25 PRUEBAS)	Kit		70
75	HEMOCULTIVO NEONATALES	Frasco		500
76	HEMOCULTIVO PARA ADULTO	Frasco		250
77	HEMOGLOBINA GLICOSILADA INCLU. CONCONTROL Y C	Kit		70
78	HEPATITIS A PRUEBA RAPIDA SET DE 20	Kit		8
79	HS -CRP (PCR -US) SET DE 50	Frasco		1
80	LDH	Kit		12
81	LDL COLESTEROL	Kit		20
82	LH LISE -M-52 100ML	Frasco		50
83	LIMPIADOR DE Sonda PRUEBAS ESPECIALES	Frasco		5
84	LISANTE LD BC-6000 1 LITRO	Frasco		50
85	LISANTE LH BC-6000 1 LITRO	Frasco		50
86	LISANTE LN BC-6000 1LITRO	Frasco		50
87	LUGOL SOLUCIONES TOCK 1000 ML	Frasco		50
88	MAGNESIO	Kit		5
89	MEDIO AGAR COLUMBIA	Frasco		5
90	MEDIO AGAR SS	Frasco		3
91	MEDIO MC KONKEY	Frasco		5
92	MULTISERA CALIBRADOR	Frasco		3
93	NO FERMENTADORES DL D2 MINI 10 PBS	Pruebas		14

DIRECCION /HSBI
Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21
email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

53	DENGUE DUO DE 25	Kit	4
54	DETERGENTE CD80 FCO 1 LITRO	Frasco	20
55	DETERGENTE NOION 500 ML	Frasco	5
56	DIFF LYSE M-52 500ML	Frasco	20
57	DILUYENTE BC-6000 20 LTS	Frasco	20
58	DILUYENTE M-52	Frasco	2
59	DIMERO D	Kit	5
60	ELISA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE	Kit	5
61	ELISA HEPATITIS B CORE	Kit	5
62	ELISA HEPATITIS C	Kit	5
63	ENTEROBACTERIA DL D2 MINI 10 PBS	Kit	8
64	ESCALA Mc. FARLAND DE DD2MINI	Frasco	4
65	FACTOR REUMATOYDEO (FR LATEX)	Kit	8
66	FD DYE BC-6000 12 ML	Frasco	80
67	FN DYE BC-6000 12 ML	Frasco	40
68	FOSFATAZA ALCALINA	Kit	5
69	FOSFORO SET DE 728 PBS	Kit	3
70	GAMMA -GLUTAMYL TRANSFERASE GGT	Kit	1
71	GASES ARTERIALES (INCLUYE PRUEBAS BGA-PH-PO2-	Kit	60
72	GELOSA SANGRE BASE CASMAN FOC 500 G	Frasco	5
73	GLUCOSA MINDRAY	Kit	15

DIRECCION /HSBI

Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21

email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com

74	HELICOBACTER PILORY(ANTIGENS HECES(25 PRUEBAS)	Kit	70
75	HEMOCULTIVO NEONATALES	Frasco	500
76	HEMOCULTIVO PARA ADULTO	Frasco	250
77	HEMOGLOBINA GLICOSILADA INCLU. CONCONTROL Y C	Kit	70
78	HEPATITIS A PRUEBA RAPIDA SET DE 20	Kit	8
79	HS -CRP (PCR -US) SET DE 50	Frasco	1
80	LDH	Kit	12
81	LDL COLESTEROL	Kit	20
82	LH LISE -M-52 100ML	Frasco	50
83	LIMPIADOR DE Sonda PRUEBAS ESPECIALES	Frasco	5
84	LISANTE LD BC-6000 1 LITRO	Frasco	50
85	LISANTE LH BC-6000 1 LITRO	Frasco	50
86	LISANTE LN BC-6000 1LITRO	Frasco	50
87	LUGOL SOLUCIONES TOCK 1000 ML	Frasco	50
88	MAGNESIO	Kit	5
89	MEDIO AGAR COLUMBIA	Frasco	5
90	MEDIO AGAR SS	Frasco	3
91	MEDIO MC KONKEY	Frasco	5
92	MULTISERA CALIBRADOR	Frasco	3
93	NO FERMENTADORES DL D2 MINI 10 PBS	Pruebas	14

DIRECCION /HSBI
Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21
email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

94	PACK DE ELECTROLITOS DIESTRO	Kit	6
95	PANOPTICO 3 FCO 250ML	Frasco	3
96	PC R LATEX	Kit	180
97	PROBE CLEANSER 500 ML	FRASCO	15
98	PROCALCITONINA	KIT	25
99	PROTEINAS TOTALES	KIT	5
100	PROTEINURIA 24h / Líquidos	KIT	5
101	PROTEINAS PARA LIQUIDOS SEROSOS	KIT	5
102	PRUEBAS DE EMBARAZO (CORE SET 25 PBS)	KIT	60
103	PSA DE 50	KIT	4
104	PT A.T.T.P TP BIOMEDICA PT-HS	KIT	25
105	PTH	KIT	4
106	R P R SET (500 PBS)	KIT	30
107	REACTIVO DE FEHELING DE 100 ML SOL 1 Y 2	FRASCO	8
108	SANGRE OCULTA EN HECES SET DE 25	KIT	10
109	STAPHYLOCOCCUS DL D2 MINI10 PBS	KIT	5
110	STREPTOCOCCUS DL D2 MINI 10 PBS	KIT	5
111	SUERO DE COOMBS	FRASCO	180
112	TGO/AST	KIT	8
113	TGP/ALT	KIT	8
114	TOXOPLASMOSIS 1GM 1GG SET DE 25	KIT	15

DIRECCION /HSBI

Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21

email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

115	TRIGLICERIDOS	KIT	10
116	TROPONINA T ULTRASENSIBLE	KIT	25
117	TROPONINA I ULTRASENSIBLE	KIT	25
118	UREA MINDRAY	KIT	12
119	VITAMINA B12 (VB12) kit 50 PBS	KIT	3
120	AZUL DE CRESIL BRILLANTE	FRASCO	3
121	AGAR SABOURAUD	FRASCO	4
122	PRO-BNP	KIT	8
123	SATURACION DE FERRITINA	KIT	1
124	NIVELES DE ACIDO FOLICO	KIT	5
125	25 HIDROXI VITAMINA D	KIT	5
126	CONCENTRADO WASHIN BUFFER	FRASCO	1
127	FIBRINOGENO	FRASCO	4
128	ANTIGENOS FEBRILES	FRASCO	3
129	OXALATO DE AMONIO 1%	FRASCO	2
130	ACIDO ACETICO 3%	FRASCO	5
131	TUTROL 50 gr	FRASCO	12
132	TUTROL 75 gr	FRASCO	12
133	Clostridium difficile GDH + Toxina A + Toxina B	KIT	2



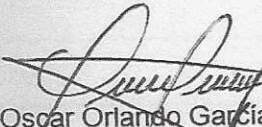
DIRECCION /HSBI

Tel: 2643-27-22 / 2643-27-21

email: administracion@hospitalsantabarbaraintegrado.com

Agradeciendo la atención a la presente

Atentamente.


Oscar Orlando García
Jefe de Almacén




V.B. Lic. Migdonio Pineda Mejía
Sub Director Gestión de Recursos

Cc. Archivo

Nombre de la Adquisición	Normativa de contratación	Tipo de Adquisición	Descripción de Fuente	Monto Estimado	Fecha de Contratación	Modalidad Sistema	Modalidad Usuario	Justificación	Acciones
AL- HSB1- 2025 Adquisición de mascarillas, nylon, sedas, ites, vici para quirofano. 39530	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	3,756,392.00	Febrero	HN-02-Licitacion Pública	HN-03-Contratacion_Directa		Aprobado
AL- HSB1-2025 Adquisición de Oxigeno Medico para salas icas.35260	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	3,000,000.00	Marzo	HN-02-Licitacion Pública	HN-03-Contratacion_Directa		Aprobado
AL- HSB1-2025 Adquisición de cateter, jeringas, sondas, ovac, tubos endotraqueales, gasas, esparadrapo para salas urgencia.39540	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	7,201,000.00	Febrero	HN-02-Licitacion Pública	HN-03-Contratacion_Directa		Aprobado
AL- HSB1-2025 Adquisición de marcadores, lapices, actores, grapas para oficinas y salas.39200	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	79,019.00	Marzo	HN-04-Catalogo Electronico			Aprobado
AL- HSB1-2025 Adquisición de Reactivos para laboratoric ico (reactivos para hematología, química, bacteriología) 31	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	5,950,383.00	Febrero	HN-02-Licitacion Pública	HN-03-Contratacion_Directa		Aprobado
AL- HSB1 - 2025 Adquisición de Equipo Medico Sanitario vitalario e instrumental . (Tomografo, Camas ginecologicas) i salas médicas. 42410	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	800,000.00	Marzo	HN-02-Licitacion_Privada			Aprobado
AL- HSB1 - 2025 Adquisición de tintas, toner) para oficina y s del hospital.39600	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	246,773.00	Marzo	HN-04-Catalogo Electronico			Aprobado
AL- HSB1-2025 Adquisición de tela blanca, verde y azul i salas médicas. 32100	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	300,000.00	Febrero	HN-04-Compra_Menor			Aprobado
AL- HSB1- 2025 Adquisición de trajes médicos, pantalones y isas para uniformes del personal del hospital .32310	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	953,207.00	Marzo	HN-02-Licitacion_Privada			Aprobado
AL- HSB1-2025 Adquisición de Productos de Material plastico sas de basura) para salas.32300	Nacional	Bienes	1-Tesorería General de la República - Efectivo	140,943.00	Junio	HN-04-Catalogo Electronico			Aprobado

A-580-2024

VISTO BUENO

Tegucigalpa, M. D. C.

A: Dra. Francia Vanessa Paz García – Directora Ejecutiva, Hospital Santa Bárbara Integrado.

DE: Karen Melissa Cruz Carías- CPC número: 0133

FECHA: 11 de diciembre del 2024.

En respuesta a su solicitud a través de oficio No. 00292-SDGR-HSBI-2024, recibido subsanado por correo electrónico el 11 de diciembre del presente año, otorgo el Visto Bueno al siguiente documento:

- **Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) para el año 2025 correspondiente al Hospital Santa Bárbara Integrado.**
- En el Sistema de HonduCompras, en la descripción debe colocarse igual al formato que se otorga dicho Visto Bueno.

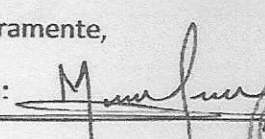
Haciendo constar que la documentación de soporte que he tenido a la vista se ajusta al marco regulatorio y normativo pertinente a la contratación pública.

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

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

Sinceramente,

Firma:




Nombre: Karen Melissa Cruz Carías

Número: 0133

A-013-2025

VISTO BUENO

Tegucigalpa, M. D. C.

A: Dra. Francia Vanessa Paz García – Directora Ejecutiva, Hospital Santa Bárbara Integrado.

DE: Karen Melissa Cruz Carías- CPC número: 0133

FECHA: 29 de enero del 2025.

En respuesta a su solicitud a través de oficio No. 0011-SDGR-HSBI-2025, recibido por correo electrónico el 29 de diciembre del presente año, otorgo el Visto Bueno al siguiente documento:

- ***Modificación al Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) para el año 2025 correspondiente al Hospital Santa Bárbara Integrado.***
- En el Sistema de HonduCompras, en la descripción debe colocarse igual al formato que se otorga dicho Visto Bueno.

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

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

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

Sinceramente,

Firma:

Nombre:

Karen Melissa Cruz Carías

Número:

0133





República de Honduras

Secretaría de Salud

EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS POR GRUPO Y SUBGRUPO DEL GASTO
TODAS LAS FUENTES



03/02/2025 11:25:33
Gestión: 2025
R_EGA_01_ORPOBU
Página 2 de 3

FECHA DESDE : 01/01/2025

HASTA: 31/12/2025

ETAPA : DEVENGADO

ESTADO: APROBADO

OBJETO DEL GASTO	NOMBRE	PRESUPUESTO VIGENTE	EJECUCION	CREDITO DISPONIBLE
320	TEXTILES Y VESTUARIO	SubTotal:	94,321.70	4,005,678.30
32100	Hilados y Telas	300,000.00	0.00	300,000.00
32310	Prendas de Vestir	953,207.00	0.00	953,207.00
330	PRODUCTOS DE PAPEL, CARTÓN E IMPRESOS	SubTotal:	0.00	1,253,207.00
33100	Productos De Papel Y Cartón	520,998.00	0.00	520,998.00
33300	Productos de Artes Gráficas	100,000.00	0.00	100,000.00
340	CUEROS, PIELÉS Y SUS PRODUCTOS	SubTotal:	0.00	620,998.00
34400	Llantas y Cámaras de Aire	120,687.00	0.00	120,687.00
350	PRODUCTOS QUÍMICOS, FARMACEUTICOS, COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	SubTotal:	0.00	120,687.00
35210	Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios	705,080.00	0.00	705,080.00
35230	Antirretrovirales	354,840.00	0.00	354,840.00
35251	Reactivos	5,950,383.00	0.00	5,950,383.00
35252	Reactivos VIH/SIDA	209,208.00	0.00	209,208.00
35260	Oxígeno Médico	4,306,823.00	0.00	4,306,823.00
35270	Vendaje para Fracturas y Otros	869,722.00	0.00	869,722.00
35620	Diesel	977,434.00	0.00	977,434.00
35800	Productos de Material Plástico	140,843.00	0.00	140,843.00
35920	Productos Fotográficos	429,882.00	0.00	429,882.00
360	OTROS MATERIALES Y SUMINISTROS	SubTotal:	0.00	13,944,315.00
39100	Elementos de Limpieza y Aseo Personal	970,359.00	0.00	970,359.00
39200	Útiles de Escritorio, Oficina y Enseñanza	79,019.00	0.00	79,019.00
39510	Instrumental Médico Quirúrgico Menor	90,000.00	0.00	90,000.00
39520	Instrumental y Material para Laboratorio	91,000.00	0.00	91,000.00

Nota:

Presupuesto Vigente = Presupuesto Inicial + Aumentos - Disminuciones

Credito Disponible = Presupuesto Inicial + Aumentos - Disminuciones - Congelamientos - Disminuciones solicitadas - congelamientos solicitados - ejecución en estado elaborado



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Oficio No 018-SDGR-HSBI-2024

Santa Bárbara, S.B.

04 de febrero del 2025

Dra. Francia Vanessa Paz García
Directora Ejecutiva
Su Oficina

Estimada Dra. Paz:

En aras de garantizar la protección, recuperación y rehabilitación de la salud a la población de Honduras y en apego al Acuerdo Circular No.368- 2024-GA donde se acuerda delegar a los Directores de Hospitales dependientes de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud facultad para conducir y llevar a cabo respetando los límites de legalidad el proceso de Contratación Directa por estar el Estado de Honduras en una emergencia según PCM - 42-2023 firmado por la Presidenta de la República de Honduras y considerando que este Hospital debe cumplir con el mandato constitucional de garantizar la salud de los ciudadanos de Honduras y se han realizado todas actividades previas solicito a usted emitir resolución para la Compra Directa 001- 2025-HSBI de acuerdo a la solicitud de pedido de almacén de los Siguietes Objetos de Gasto:

No	Objeto de Gasto	Descripción
1.	35251	Reactivos

Para realizar esta compra se cuenta con la siguiente estructura presupuestaria:

GA	UE	FTE	ORG	PROG	ACT	OBJETO	MONTO
08	07	11	001	20	002	35251	4,922,559.00
08	07	11	001	20	003	35251	522,559.00
08	07	11	001	20	004	35251	136,564.00
08	07	11	001	20	005	35251	136,564.00
08	07	11	001	20	006	35251	232,137.00
Total							5,950,383.00

Agradeciendo la atención a la presente

Santa Bárbara, SB, Honduras.

05 de febrero del 2024

Abogada. Yadira Rodríguez

Jefe Regional Tribunal Superior de Cuentas

Su Oficina

Estimada Abogada:

Por este medio remitimos a usted la notificación de inicio de Compra Directa que se va a efectuar en el Hospital Santa Bárbara Integrado, así:

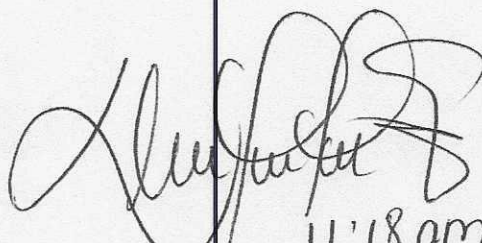
1. CD-01-2025-HSBI Adquisición de Reactivos Para Laboratorio
2. CD-02-2025-HSBI Adquisición de Otro Instrumental, Accesorios y Material Médico
3. CD-03-2025-HSBI Adquisición de Material Médico Quirúrgico Menor
4. CD-04-2025-HSBI Adquisición de Oxígeno Médico

Agradeciendo la atención a la presente

Atte



Lic. Migdonio Pineda Mejía
Administrador HSBI


11:18 am
Alejandra perdomo
06/02/25.

Santa Bárbara, S. B. Honduras

05 de febrero del 2024

Srs. Tribunal Superior de Cuentas
Su Oficina

Estimados Señores:

Por este medio comunicamos a ustedes que en aras de garantizar la protección, recuperación y rehabilitación de la salud a la población de Honduras y en apego al Acuerdo Circular No.368 – 2025-GA donde se acuerda delegar a los Directores de Hospitales dependientes de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud facultad para conducir y llevar a cabo respetando los límites de legalidad el proceso de Contratación Directa por estar el Estado de Honduras en una emergencia según PCM -42-2024 firmado por la Presidenta de la República de Honduras y considerando que este Hospital debe cumplir con el mandato constitucional de garantizar la salud de los ciudadanos de Honduras y se han realizado todas actividades previas , comunicamos a ustedes que hemos procedido a iniciar un proceso de Compra Directa para el Objeto de Gasto

No	Objeto de Gasto	Descripción
1.	35251	Reactivos

Agradeciendo la atención a la presente de ustedes

Atentamente



Dra. Francia Vanessa Paz García
Directora Ejecutiva HSBI



HOSPITAL SANTA BARBARA INTEGRADO. -Santa Barbara, Municipio de Santa Barbara, seis 06 de febrero del año dos mil veinticinco (2025).

VISTO: Para resolver la solicitud hecha por el Lic. Migdonio Pineda en su condición de Sub director de Gestión de Recursos, mediante Oficio No. 018-SDGR-HSBI-2025 de fecha 04 de febrero de 2025, donde solicita se emita Resolución de Inicio que autorice llevar a cabo la **CONTRATACION DIRECTA No. CD-001-HSBI-2025 "ADQUISICIÓN DE REACTIVOS" (35251).**

CONSIDERACION (01): Que el artículo No.26 de la Ley de Contratación del Estado, establece que: Una vez verificados los requisitos previos, se dará inicio al procedimiento de Contratación mediante decisión de la Autoridad competente.

CONSIDERANDO (02): En apego a la Ley de Contratación del Estado en su artículo 9 y 63 numeral 1 en fecha 27 de diciembre de 2024 se publicó en el Diario oficial "La Gaceta" el **DECRETO EJECUTIVO NUMERO PCM 42-2024** mediante el cual se prorroga la **DECLARATORIA DE ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA**, en todo el sistema de salud pública a nivel nacional por el año 2025, con el propósito de garantizar el cumplimiento del derecho constitucional a la salud.

CONSIDERANDO (03): Que según lo establecido en la Constitución de la República en su Artículo 360, los contratos que el Estado celebre para la ejecución de obras públicas, adquisición de suministros y servicios, de compra-venta o arrendamiento de bienes, deberán ejecutarse previa licitación, concurso o subasta, de conformidad con la ley.

CONSIDERANDO (04): Que el Hospital Santa Barbara Integrado, está elaborando un proceso de Contratación Directa para la **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS" (35251) AÑO 2025"**

CONSIDERANDO (05): Que el Artículo 9 de la Ley de Contratación del Estado, establece, la modalidad a utilizar durante un periodo de Emergencia, es la Contratación Directa y conforme a la Ley el proceso debe de contener respaldo documental que demuestre su procedencia.

CONSIDERANDO (06) que mediante oficio No. N°004-AHSBI-2025 de fecha 03 de febrero del año 2024 firmado por el jefe de almacén Oscar García, dirigido al sub director de gestión de recursos, en el cual le expone la necesidad de abastecer de Reactivos, para responder a cualquier necesidad.

CONSIDERANDO (07): Que corre agregado a dicha solicitud el oficio No. 018-SDGR-HSBI-2025 por el Lic. Migdonio Pineda, Sub director de Gestión de Recursos HSBI, informa que para llevar la **ADQUISICIÓN DE REACTIVOS (35251) AÑO 2025**

presupuesto aprobado en el objeto del gasto (35251), Reactivos con un monto de disponibilidad de L. 5,950,383.00 Lempiras según detalle del oficio.

CONSIDERANDO (08): El artículo 39 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado que literalmente expresa *"La decisión inicial deberá indicar expresamente los recursos presupuestarios con lo que se entenderán las obligaciones derivadas de la contratación. Excepcionalmente podrá darse inicio a un procedimiento de contratación sin que conste la Aprobación presupuestaria del gasto pero el contrato no podrá suscribirse sin el cumplimiento de este requisito; en el pliego de condiciones o en los términos de referencia, según proceda se advertirá de esta circunstancia y se indicará que la adjudicación quedará condicionada a su cumplimiento".-*

POR TANTO: El Hospital Santa Barbara Integrado, en uso de las facultades conferidas en el Acuerdo Ministerial No. 029-2025 de fecha 21 de enero del año 2025 y en aplicación de los Artículos 4, 5, y 6 de la Ley de procedimiento Administrativo 1, 59, 61, 62, 64, 65, 68, 360 de la Constitución de la República; 1, 5, 6, 7, 9, 23, 26, 38, 41 de la Ley de Contratación del Estado; 8, 9, 10, 11, 18, 37, 38 39 y 78 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado; 40 del Reglamento de Organización y Competencia del Poder Ejecutivo y el artículo 104 del Decreto Legislativo No. 42-2024 publicado en fecha 30 de diciembre de 2024 en el Diario Oficial La Gaceta en su edición No. 36,727 Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República año 2024

RESUELVE:

PRIMERO: Autorizar al Departamento de Sub dirección de Gestión de Recursos del Hospital Santa Barbara Integrado a cargo de Lic. Migdonio Pineda y a la comisión Evaluadora de las Ofertas para que, una vez cumplidos los requisitos previos exigidos por la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento, dé inicio al procedimiento de la **CONTRATACION DIRECTA No. CD-001-HSBI-2024 "ADQUISICIÓN DE REACTIVOS (35251)".** En vista que se ha cumplido con el procedimiento establecido.

CUMPLASE.



DOCTORA FRANCIA VANESSA PAZ GARCIA
DIRECTORA EJECUTIVA

Santa Bárbara. S.B.,
07 de febrero de 2025

Licenciado.

MIGDONIO PINEDA

**SUB-DIRECTOR DE LA GESTION DE RECURSOS HSBI
SU OFICINA**

Estimado Licenciado Pineda

En aplicación al Artículo 72 de la Ley de Procedimiento Administrativo y 40 del Reglamento de Organizaciones Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, esta Unidad de Asesoría Legal en relación a la información recibida en fecha 06 de febrero del 2024, a través del cual nos remiten para verificar si el documento Base de la Contratación directa No.CD-001-2025-HSBI Adquisición de “**REACTIVOS PARA EL HOSPITAL SANTA BARBARA INTEGRADO**” son congruentes con la Ley de Contratación del Estado y Su reglamento, - Al efecto esta Unidad de Asesoría Legal emite el siguiente Dictamen:

DICTAMEN No. 04-2025-UAL-HSBI

Vistos y analizados Documento base de la Contratación Directa: **No.CD-001-2025-HSBI ADQUISICIÓN DE “REACTIVOS PARA EL HOSPITAL SANTA BARBARA INTEGRADO”**. – al respecto esta unidad legal emite el siguiente dictamen:

PRIMERO: La Sub Dirección de Gestión de Recursos solicita que se verifiquen el documento base para la adquisición de “**REACTIVOS PARA EL HOSPITAL SANTA BARBARA INTEGRADO**”, en este proceso se pretende Abastecer de dichos productos al Hospital Santa Barbara Integrado, con el fin de abastecer el servicio de Laboratorio y tener lo necesario para brindar la mejor atención al usuario.

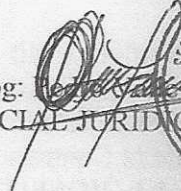
SEGUNDO: Se adjunta a la presente solicitud la siguiente documentación: 1.- Disponibilidad presupuestaria para el objeto de gasto 35251, fuente 11, 2.- Visto bueno del Plan Anual de Compras y Contrataciones PACC, emitido en fecha 29 de enero del 2025. 3.- acuerdo No. 029-2025 de delegación a directores de los Hospitales a nivel Nacional para llevar a cabo procesos de Contratación Directa, 4.- PCM 42-2024 decretando estado de emergencia sanitaria en todo el sistema de salud pública a nivel nacional por el año 2025, 5.- Solicitud de pedido, 6.- Resolución de Inicio.

TERCERO: Haciendo un análisis a la documentación adjunta al presente pliego se verifica que los mismos, cuentan con los requisitos establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su reglamento, y que el formato de los pliegos del proceso arriba detallado son los que la Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado de Honduras autoriza y que siguen los lineamientos de la Guía Única de Contrataciones directa por situaciones de emergencia PCM 42-2024, así mismo se verifico que dichos procesos obedecen a las necesidades que la institución tiene, también se verifico que se cuenta con el presupuesto necesario para poder hacer dichos procesos.

FUNDAMENTO LEGAL: Artículos 72 de la Ley de Procedimiento Administrativo, 40 del Reglamento de Organización y Competencia del Poder Ejecutivo, artículos 39, 99, 153,155, de la Ley de Contratación del Estado (Decreto 266-2013) y artículo 244 de su Reglamento; Disposiciones Generales Ejercicio Fiscal 2024 y sus Reformas; Documento Estándar de Licitación Privada para Bienes y Servicios ONCAE.

EN CONSECUENCIA, ESTA UNIDAD DE ASESORIA LEGAL CON BASE A LA DOCUMENTACION ACOMPAÑADA. ES DE LA OPINION: UNA VEZ REVISADO

BARBARA INTEGRADO", SE CONCLUYE EN TAL SENTIDO Y SE VERIFICA QUE LOS PLIEGOS SON LOS QUE LA OFICINA NORMATIVA DE CONTRATACIONES Y ADQUISICIONES DEL ESTADO DE HONDURAS AUTORIZA Y QUE SON CONGRUENTES CON LA LEY DE CONTRATACION DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO, TODO ESTO CON EL FIN DE DARLE TRAMITE CONFORME A DERECHO.

Abog: 
OFICIAL JURIDICO



DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



SECRETARIA DE SALUD **CONTRATACIÓN DIRECTA** NUMERO CD- 01-2025- HSBI

*"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LABORATORIO."
(35251)*

Fuente de Financiamiento
Fondos Nacionales

Proceso en base al artículo 360 de la Constitución de la República, artículos 9 y 63 de la Ley de Contratación del Estado, Decreto Ejecutivo Número PCM-42-2024, publicado en el Diario Oficial la Gaceta en fecha 30 de diciembre de 2024.

Santa Barbara, Honduras C.A.
Febrero 2025

AVISO

El Hospital Santa Bárbara Integrado cordialmente le invita a participar en el proceso de Contratación Directa No. **01-2025-HSBI** y presentar Oferta para la "Adquisición de Reactivos Para Laboratorio" para el Hospital Santa Bárbara Integrado," a ser financiado con fondos Nacionales.

El documento Base y sus anexos podrá ser descargado en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "HondusCompras" www.honduscompras.gob.hn o retirado en el **Departamento de Administración del Hospital Santa Bárbara Integrado**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad de CD o una USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno.**

La Oferta deberá ser presentada a más tardar el día 26 de febrero del 2025, hasta las 10:00 a.m., hora oficial de la República de Honduras en la Unidad de Licitaciones dependiente de la Gerencia Administrativa del Hospital Santa Bárbara Integrado ubicada en en el Barrio Abajo, Frente a Gasolinera Texaco, Santa Lucía, Santa Bárbara, S. B. Honduras correo electrónico admonhsbi@gmail.com, Teléfono 2643 2701.

Si la oferta es presentada tardía se devolverá sin abrir.

Las ofertas se abrirán en presencia de los representantes de los Oferentes que deseen asistir en la dirección antes indicada.

Santa Bárbara S.B. Honduras, a los 12 días del mes de febrero del año 2025.

Francia Vanessa Paz Garcia
Hospital Santa Bárbara Integrado

ÍNDICE GENERAL

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

I.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES. (IAO)

1.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES (IAO):

1.01 Objeto:

El presente documento contiene los Términos, Definiciones y significados que deben ser aplicados por los oferentes en la presentación de las ofertas para los procesos de Contratación Directa que realiza El Hospital Santa Bárbara Integrado para la "Adquisición de Reactivos Para Laboratorio Para el Hospital Santa Bárbara Integrado" financiados con fondos NACIONALES.

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

1.02 Presentación del Desglose de Precio de Oferta:

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

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

1.03 Tipo de Contrato:

Como resultado de esta Contratación Directa se otorgará un Contrato de Suministro, entre el Hospital Santa Bárbara Integrado y el oferente ganador o los oferentes ganadores.

1.04 Forma de la Oferta:

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

1.05 Moneda de la Oferta:

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

1.06 Vigencia de la Oferta:

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

1.07 Consortio:

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

2.- DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA OFERTA:

2.01 DOCUMENTACIÓN LEGAL

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta

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

4. Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente.
5. Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal.
6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal.
7. Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, *"La solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ..."* **(En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar los numerales 1,2,3,4, 5 y 6).**
8. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.
9. La Declaración Jurada de la Empresa y de su Representante Legal de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36, 37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos.
10. Fotocopia del Registro Sanitario vigente de cada producto ofertado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria de la República de Honduras y cualquier corrección, modificación o ampliación, realizada al Registro Sanitario vigente emitido por la Agencia Reguladora de Honduras que avale el producto ofertado. Prospecto del Medicamento y la Imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario. ***En caso de adjudicarse deberá presentar el Registro Sanitario para firmar contrato (si aplica)***
11. Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (o Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).
12. Documento Base (Pliego de Condiciones), debidamente firmado y sellado por el Representante legal de la Empresa.

2.02 DOCUMENTATION FINANCIERA

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

1. Constancia de líneas de créditos.
2. Fotocopia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.

3. Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.
4. Autorización para que el Hospital Santa Bárbara Integrado pueda verificar la documentación presentada con los emisores.
5. Adjuntar en su Oferta, la invitación enviada por el Hospital Santa Bárbara Integrado.

2.03 INFORMACIÓN ECONÓMICA

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

NOTA:

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

3. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS

3.01 Plazo de Entrega del Suministro

El plazo de entrega de los suministros será en forma parcial una vez recibida la Orden de Compra y de acuerdo a lo indicado en el respectivo contrato.

3.02 Control de Calidad

El Hospital Santa Bárbara Integrado podrá solicitar que, a los productos recibidos en el Almacén de medicamentos, se les efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el Laboratorios Oficial u otro calificado que decida el Hospital Santa Bárbara

Integrado, tomando muestreos técnicos al azar, del lote más representativo y en cualquier momento que lo consideren conveniente, en caso de ser necesario

3.03 Idioma de los Documentos

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

4. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS

4.01 Plazo de presentación de las Ofertas:

El oferente deberá presentar su oferta en un plazo máximo de DIEZ (10) DÍAS HÁBILES, posterior a la invitación y confirmación de interés de participar en el proceso.

4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:

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

4.03 Errores u Omisiones Subsanables:

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

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

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

4.04 Forma de Presentación de la Oferta:

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

Parte Central:

Hospital Santa Bárbara Integrado

**Atención Oficina Departamento de Administración,
Hospital Santa Bárbara Integrado
Barrio Abajo, Frente a Gasolinera Texaco Santa Lucía
Santa Bárbara, S.B. Honduras, C.A.
Teléfono: 2643 -2722
E-Mail. admonhsbi@gmail.com**

Esquina Superior Izquierda:

Nombre y Dirección Completa y Número de Teléfono Fijo y Celular del Oferente.

Esquina Inferior Izquierda:

No. y Nombre del Proceso de Contratación Directa, así:

Esquina Superior Derecha:

**Lugar, Fecha y Hora de Recepción.
Departamento de Administración HSBI
Santa Bárbara, S.B.
26 de Febrero del 2025 a las
10:00 a.m.**

Proceso No. CD -01-2025-HSBI

"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LABORATORIO"

4.05. Apertura de Ofertas

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

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

5. MANEJO DE DOCUMENTOS

5.01. Cuadro descriptivo de Productos y Precios

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

5.02 Retiro de Documentos

El Documento base de Contratación Directa, puede ser descargado de la plataforma de HonduCompras, o retirado en el **Departamento de administración del Hospital Santa Bárbara Integrado**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad de CD o una USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno**

6. INTERPRETACIÓN DE DOCUMENTOS

6.01 Aclaración y Adendum

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

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

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

Las Adendas podrán emitirse en cualquier momento antes de la fecha límite de presentación de la oferta, al ser emitidos, formarán parte integral de las Bases de Contratación Directa y deberán ser notificados por escrito, el Oferente que hayan adquirido el Documento Base.

7. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LAS OFERTAS

7.01 Aceptación

El Hospital Santa Bárbara Integrado, se reserva el derecho de rechazar la oferta, aplicando el Principio del Mejor Valor del Dinero en el cual se evalúan todos los aspectos relacionados a la Oferta. De igual manera no está obligada a aceptar la oferta más baja o cualquier otra que estime no conveniente al interés general, a sus intereses y a su juicio, podrá aceptar aquella oferta que presente todas las condiciones requeridas en el Documento de Contratación Directa. **En casos de contrataciones de Emergencia basadas en las Declaraciones de Emergencia emitidas por la Presidencia de La Republica (PCM 42-2024), se tendrá mayor preponderancia en los tiempos de entrega.**

8. ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

8.01 Evaluación de las Ofertas:

La Comisión Evaluadora de Ofertas, estará integrado por profesionales con experiencia y pertenecientes al Hospital Santa Bárbara Integrado. En este proceso de Contratación Directa, la evaluación de las ofertas se iniciará con las de precio más bajo, quedando a criterio de la Comisión Evaluadora el número de ofertas a Evaluar.

8.02 Mínimo de Ofertas:

El Hospital Santa Bárbara Integrado, se reserva el derecho a continuar con el proceso cuando solo se presente **una (1) sola Oferta**, continuando con el debido procedimiento.

De igual manera, podrá declarar este proceso de Contratación Directa suspendida o cancelada, cuando concurren circunstancias calificadas como imprevistas, caso fortuito o de fuerza mayor presentados en cualquier momento previo a la recepción y apertura de la oferta o a la adjudicación; sin que por ello incurra en responsabilidad alguna ante los oferentes, así

como la cancelación del proceso por falta de disponibilidad presupuestaria, fundado en lo establecido en el artículo 39 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

8.03 Carta Propuesta

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

8.04 Adjudicación y Firma del Contrato:

El Hospital Santa Bárbara Integrado, adjudicará el contrato al oferente cuya oferta se ajuste a los requerimientos establecidos en los Pliegos de Condiciones, tomando en cuenta, además, de que el oferente esté calificado para cumplir satisfactoriamente el contrato y que haya presentado dentro de la fecha indicada por el Hospital Santa Bárbara Integrado y a satisfacción de éste, la documentación solicitada en los Pliegos de Condiciones.

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

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

Es promisorio que la el oferente tenga capacidad de abastecimiento, capacidad de brindar soporte técnico y capacidad de brindar equipos automatizados.

8.05 Notificación de la Adjudicación:

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

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

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

8.06 Negociación del Contrato:

El Hospital Santa Bárbara Integrado podrá negociar la adjudicación del contrato en aquellos casos que amerite, como ser: plazos de entrega, porcentaje de entrega, almacenamiento y precio, para obtener las condiciones más ventajosas para el Estado de Honduras, en el marco de la emergencia decretada en el sistema de salud.

8.07 Documentación previa a la firma del Contrato:

El Hospital Santa Bárbara Integrado, fundamentada en el artículo 30 de La Ley de Contratación del Estado solicitará previo a la firma del Contrato la siguiente documentación:

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

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

8.08 Lugar de Entrega de los Productos

Los productos serán entregados en el Almacén del Hospital Santa Bárbara Integrado localizado en Barrio Abajo, Frente a Gasolinera Texaco Santa Lucía, Santa Bárbara, S.B. Honduras.

8.09 Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos

La entrega de los medicamentos se acompañará con una fotocopia del Certificado de análisis de Calidad del Producto Terminado correspondiente a cada Lote entregado, firmado por el profesional a cargo de esta función en el laboratorio fabricante o el laboratorio contratado para este fin, Fotocopia del certificado de Buenas Practicas de Manufacturas (BPM) vigente.

8.10 Multa por Incumplimiento de Plazo:

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

9. GARANTÍAS

9.01 Garantías de Cumplimiento:

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

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

9.02 Garantía de Calidad:

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

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

10. PAGOS

10.01 Forma de Pago:

El Hospital Santa Bárbara Integrado pagará en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contado a partir de la recepción satisfactoria de los medicamentos, previo a la presentación de documentos relativos al cobro en la Gerencia Administrativa. El pago se hará por cada entrega parcial.

11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA

El encargado de Bodega en el Almacén del HSBI, será el responsable de emitir el Acta de Recepción definitiva, posterior a la recepción de la entrega total según sea el caso, de los insumos adjudicados.

12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

II.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:**1.01 Presentación de Muestras:**

Los oferentes deberán presentar una (1) muestra por ítem o bloque, **en caso de ser requerido por la Comisión Evaluadora** con la cual respalden técnicamente su oferta, sin costo alguno para la Secretaría de Salud.

2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:**2.01 Requisitos del Producto:**

1. Fotocopia del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) para la forma hospitalaria solicitada del fabricante.
2. Se exoneran el análisis de calidad del insumo solicitado, sin embargo, el Hospital Santa Bárbara Integrado podrá solicitar que el insumo recibido en almacén, se le efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el laboratorio oficial u otro calificado que decida el Hospital tomando muestreo técnico al azar del lote más representativo y en cualquier momento que lo consideren conveniente. Cuyos costos de cada una de las pruebas y /o análisis que se realicen correrán por cuenta de **EL PROVEEDOR**.
3. La vida útil de los insumos debe ser de 12 meses mínimo. Este plazo es contando a partir de la fecha de recepción del producto por el Hospital Santa Bárbara Integrado. En caso excepcional y debidamente justificado el Hospital Santa Bárbara Integrado podrá autorizar la recepción del suministro con un tiempo de expiración menor a lo solicitado, el proveedor se comprometerá a reemplazar dichos insumos si vencieran dentro del periodo establecido con otro número de lote y por un periodo de vencimiento igual o superior al pactado sin costo alguno para el Hospital Santa Bárbara Integrado a través de un Acta de compromiso de reemplazo.

"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LABORATORIO"

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

No	Código	Nombre del Producto	U.P	Descripción Técnica	Cantidad Solicitada	Plazos de Entrega
1	35251	ACIDO URICO	Kit	ACIDO URICO	15	30 Días después de la firma del contrato
2	35251	ALBUMINA	Kit	ALBUMINA	3	30 Días después de la firma del contrato
3	35251	ALBUMINA BOVINA 22%	Frasco	ALBUMINA BOVINA 22%	120	Dos entregas del 50% c/u
4	35251	AMILASA	Kit	AMILASA	8	30 Días después de la firma del contrato
5	35251	ANTI A	Frasco	ANTI A	115	Dos entregas del 50% c/u
6	35251	ANTI B	Frasco	ANTI B	115	Dos entregas del 50% c/u
7	35251	ANTI D	Frasco	ANTI D	115	Dos entregas del 50% c/u
8	35251	ANTICOAGULANTE EDTA 500 GRAMOS	Frasco	ANTICOAGULANTE EDTA 500 GRAMOS	3	30 Días después de la firma del contrato
9	35251	ASO LATEX	Kit	ASO LATEX	4	30 Días después de la firma del contrato
10	35251	B - HCG TOTAL (FRACCION BETA)	Kit	B - HCG TOTAL (FRACCION BETA)	3	30 Días después de la firma del contrato
11	35251	BILIRRUBINA DIRECTA DSA	Kit	BILIRRUBINA DIRECTA DSA	8	Dos entregas del 50% c/u
12	35251	BILIRRUBINA DIRECTA VOX	Kit	BILIRRUBINA DIRECTA VOX	5	30 Días después de la firma del contrato

13	35251	BILIRRUBINA TOTAL VOX	Kit	BILIRRUBINA TOTAL VOX	5	30 Días después de la firma del contrato
14	35251	BILIRRUBINA TOTAL DSA	Kit	BILIRRUBINA TOTAL DSA	6	Dos entregas del 50% c/u
15	35251	CA-125 DE 50	Kit	CA-125 DE 50	2	30 Días después de la firma del contrato
16	35251	CA-15-3 SET DE 50	Kit	CA-15-3 SET DE 50	1	30 Días después de la firma del contrato
17	35251	CALCIO	Kit	CALCIO	5	30 Días después de la firma del contrato
18	35251	CALIBRADOR DE HEMATOLOGIA 5 PARTES	Frasco	CALIBRADOR DE HEMATOLOGIA 5 PARTES	3	30 Días después de la firma del contrato
19	35251	CALIBRADOR DE HEMATOLOGIA 6 PARTES	Frasco	CALIBRADOR DE HEMATOLOGIA 6 PARTES	6	30 Días después de la firma del contrato
20	35251	CALIBRADOR DE GASES ARTERIALES SET DE 50 PBS	CASET	CALIBRADOR DE GASES ARTERIALES SET DE 50 PBS	20	30 Días después de la firma del contrato
21	35251	CALIBRADOR DE LIPIDOS 1ML	Frasco	CALIBRADOR DE LIPIDOS 1ML	5	30 Días después de la firma del contrato
22	35251	CALIBRADOR DE PROTEINAS EN ORINA	Frasco	CALIBRADOR DE PROTEINAS EN ORINA	1	30 Días después de la firma del contrato
23	35251	CALIBRADOR PARA FERRITINA SET 4 NIVELES	Frasco	CALIBRADOR PARA FERRITINA SET 4 NIVELES	1	30 Días después de la firma del contrato

24	35251	CALIBRIDOR CK-MB 1ML	Frasco	CALIBRIDOR CK-MB 1ML		3	30 Días después de la firma del contrato
25	35251	CEA SET DE 50	Kit	CEA SET DE 50		3	30 Días después de la firma del contrato
26	35251	CINTAS REACTIVAS PARA ORINA (Fascos de 100 Pruebas)	Frasco	CINTAS REACTIVAS PARA ORINA (Fascos de 100 Pruebas)		100	Dos entregas del 50% c/u
27	35251	CK-MB (CREATININE-KINASA-MB)	Kit	CK-MB (CREATININE-KINASA-MB)		5	30 Días después de la firma del contrato
28	35251	CLINCHEN CONTROL ALTO 5ML FCO	Frasco	CLINCHEN CONTROL ALTO 5ML FCO		3	30 Días después de la firma del contrato
29	35251	CLINCHEN CONTROL BAJO 5ML FCO	Frasco	CLINCHEN CONTROL BAJO 5ML FCO		3	30 Días después de la firma del contrato
30	35251	CLINCHEN CONTROL NORMAL 5ML FCO	Frasco	CLINCHEN CONTROL NORMAL 5ML FCO		6	30 Días después de la firma del contrato
31	35251	CLORURO DE SODIO 10X4 ML	Kit	CLORURO DE SODIO 10X4 ML		6	30 Días después de la firma del contrato
32	35251	COLESTEROL HDL	Kit	COLESTEROL HDL		6	30 Días después de la firma del contrato

33	35251	COLESTEROL TOTAL MINDRAY	Kit	COLESTEROL TOTAL MINDRAY	6	30 Días después de la firma del contrato
34	35251	COLORACION DE BAAR	Kit	COLORACION DE BAAR	1	30 Días después de la firma del contrato
35	35251	COLORACION DE GRAM FCO 500 ML	Kit	COLORACION DE GRAM FCO 500 ML	5	30 Días después de la firma del contrato
36	35251	CONFIRMATORIA SIFILIS (SET DE 10)	Kit	CONFIRMATORIA SIFILIS (SET DE 10)	5	30 Días después de la firma del contrato
37	35251	CONTROL HEMATOLOGICO NORMAL 6 PARTES	Frasco	CONTROL HEMATOLOGICO NORMAL 6 PARTES	6	30 Días después de la firma del contrato
38	35251	CONTROL HEMATOLOGICO NORMAL 5 PARTES	Frasco	CONTROL HEMATOLOGICO NORMAL 5 PARTES	6	30 Días después de la firma del contrato
39	35251	CONTROL DE DIMERO D	Frasco	CONTROL DE DIMERO D	3	30 Días después de la firma del contrato
40	35251	CONTROL DE PROTEINAS EN ORINA	Frasco	CONTROL DE PROTEINAS EN ORINA	5	30 Días después de la firma del contrato

41	35251	CONTROL HEMATOLOGICO ALTO 6 PARTES	Frasco	CONTROL HEMATOLOGICO ALTO 6 PARTES	5	30 Días después de la firma del contrato
42	35251	CONTROL HEMATOLOGICO BAJO 6 PARTES	Frasco	CONTROL HEMATOLOGICO BAJO 6 PARTES	5	30 Días después de la firma del contrato
43	35251	CONTROL HEMATOLOGICO ALTO 5 PARTES	Frasco	CONTROL HEMATOLOGICO ALTO 5 PARTES	5	30 Días después de la firma del contrato
44	35251	CONTROL HEMATOLOGICO BAJO 5 PARTES	Frasco	CONTROL HEMATOLOGICO BAJO 5 PARTES	5	30 Días después de la firma del contrato
45	35251	CONTROL LEVEL 1 PARA GASES EDON	Ampolla	CONTROL LEVEL 1 PARA GASES EDON	3	30 Días después de la firma del contrato
46	35251	CONTROL LEVEL 2 PARA GASES EDON	Ampolla	CONTROL LEVEL 2 PARA GASES EDON	3	30 Días después de la firma del contrato
47	35251	CONTROL LEVEL 3 PARA GASES EDON	Ampolla	CONTROL LEVEL 3 PARA GASES EDON	3	30 Días después de la firma del contrato
48	35251	CONTROL PARA COAGULACION (SET 10X1)	Frasco	CONTROL PARA COAGULACION (SET 10X1)	3	30 Días después de la firma del contrato

49	35251	CONTROL TRI LEVEL DIESTRO	Frasco	CONTROL TRI LEVEL DIESTRO	3	30 Días después de la firma del contrato
50	35251	CONTROL DE FERRITINA	Kit	CONTROL DE FERRITINA	2	30 Días después de la firma del contrato
51	35251	CREATINE KINASE (CK KIT)	Kit	CREATINE KINASE (CK KIT)	1	30 Días después de la firma del contrato
52	35251	CREATININA MINDRAY	Kit	CREATININA MINDRAY	50	Dos entregas del 50% c/u
53	35251	DENGUE DUO DE 25	Kit	DENGUE DUO DE 25	4	30 Días después de la firma del contrato
54	35251	DETERGENTE CD80 FCO 1 LITRO	Frasco	DETERGENTE CD80 FCO 1 LITRO	20	Dos entregas del 50% c/u
55	35251	DETERGENTE NOION 500 ML	Frasco	DETERGENTE NOION 500 ML	5	30 Días después de la firma del contrato
56	35251	DIFF LYSE M-52 500ML	Frasco	DIFF LYSE M-52 500ML	20	Dos entregas del 50% c/u
57	35251	DILUYENTE BC-6000 20 LTS	Frasco	DILUYENTE BC-6000 20 LTS	20	Dos entregas del 50% c/u
58	35251	DILUYENTE M-52	Frasco	DILUYENTE M-52	2	30 Días después de la firma del

							contrato
59	35251		Kit			5	30 Días después de la firma del contrato
		DIMERO D		DIMERO D			
60	35251		Kit			5	30 Días después de la firma del contrato
		ELISA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE		ELISA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE			
61	35251		Kit			5	30 Días después de la firma del contrato
		ELISA HEPATITIS B CORE		ELISA HEPATITIS B CORE			
62	35251		Kit			5	30 Días después de la firma del contrato
		ELISA HEPATITIS C		ELISA HEPATITIS C			
63	35251	ENTEROBACTERIA DL D2 MINI 10 PBS	Kit	ENTEROBACTERIA DL D2 MINI 10 PBS	10	8	
64	35251		Frasco			4	30 Días después de la firma del contrato
		ESCALA Mc. FARLAND DE DD2MINI		ESCALA Mc. FARLAND DE DD2MINI			
65	35251	FACTOR REUMATOYDEO (FR LATEX)	Kit	FACTOR REUMATOYDEO (FR LATEX)		8	Dos entregas del 50% c/u
66	35251		Frasco			80	Dos entregas del 50% c/u
		FD DYE BC-6000 12 ML		FD DYE BC-6000 12 ML			
67	35251		Frasco			40	Dos entregas del 50% c/u
		FN DYE BC-6000 12 ML		FN DYE BC-6000 12 ML			
68	35251		Kit			5	30 Días después de la firma del
		FOSFATAZA ALCALINA		FOSFATAZA ALCALINA			

						contrato
69	35251	FOSFORO SET DE 728 PBS	Kit	FOSFORO SET DE 728 PBS	3	30 Días después de la firma del contrato
70	35251	GAMMA -GLUTAMYL TRANSFERASE GGT	Kit	GAMMA -GLUTAMYL TRANSFERASE GGT	1	30 Días después de la firma del contrato
71	35251	GASES ARTERIALES (INCLUYE PRUEBAS BGA-PH-PO2-	Kit	GASES ARTERIALES (INCLUYE PRUEBAS BGA-PH-PO2-	60	Dos entregas del 50% c/u
72	35251	GELOSA SANGRE BASE CASMAN FOC 500 G	Frasco	GELOSA SANGRE BASE CASMAN FOC 500 G	5	30 Días después de la firma del contrato
73	35251	GLUCOSA MINDRAY	Kit	GLUCOSA MINDRAY	15	Dos entregas del 50% c/u
74	35251	HELICOBACTER PILORY(ANTIGENS HECES(25 PRUEBAS)	Kit	HELICOBACTER PILORY(ANTIGENS HECES(25 PRUEBAS)	70	Dos entregas del 50% c/u
75	35251	HEMOCULTIVO NEONATALES	Frasco	HEMOCULTIVO NEONATALES	500	Dos entregas del 50% c/u
76	35251	HEMOCULTIVO PARA ADULTO	Frasco	HEMOCULTIVO PARA ADULTO	250	Dos entregas del 50% c/u
77	35251	HEMOGLOBINA GLICOSILADA INCLU. CONCONTROL Y C	Kit	HEMOGLOBINA GLICOSILADA INCLU. CONCONTROL Y C	70	Dos entregas del 50% c/u
78	35251	HEPATITIS A PRUEBA RAPIDA SET DE 20	Kit	HEPATITIS A PRUEBA RAPIDA SET DE 20	8	30 Días después de la firma del contrato

79	35251	HS -CRP (PCR -US) SET DE 50	Frasco	HS -CRP (PCR -US) SET DE 50	1	30 Días después de la firma del contrato
80	35251	LDH	Kit	LDH	12	Dos entregas del 50% c/u
81	35251	LDL COLESTEROL	Kit	LDL COLESTEROL	20	Dos entregas del 50% c/u
82	35251	LH LISE -M-52 100ML	Frasco	LH LISE -M-52 100ML	50	Dos entregas del 50% c/u
83	35251	LIMPIADOR DE Sonda PRUEBAS ESPECIALES	Frasco	LIMPIADOR DE Sonda PRUEBAS ESPECIALES	5	30 Días después de la firma del contrato
84	35251	LISANTE LD BC-6000 1 LITRO	Frasco	LISANTE LD BC-6000 1 LITRO	50	Dos entregas del 50% c/u
85	35251	LISANTE LH BC-6000 1 LITRO	Frasco	LISANTE LH BC-6000 1 LITRO	50	Dos entregas del 50% c/u
86	35251	LISANTE LN BC-6000 1LITRO	Frasco	LISANTE LN BC-6000 1LITRO	50	Dos entregas del 50% c/u
87	35251	LUGOL SOLUCIONES TOCK 1000 ML	Frasco	LUGOL SOLUCIONES TOCK 1000 ML	50	Dos entregas del 50% c/u
88	35251	MAGNESIO	Kit	MAGNESIO	5	30 Días después de la firma del contrato
89	35251	MEDIO AGAR COLUMBIA	Frasco	MEDIO AGAR COLUMBIA	5	30 Días después de la firma del

							contrato
90	35251		Frasco				30 Días después de la firma del contrato
		MEDIO AGAR SS		MEDIO AGAR SS		3	
91	35251		Frasco				30 Días después de la firma del contrato
		MEDIO MC KONKEY		MEDIO MC KONKEY		5	
92	35251		Frasco				30 Días después de la firma del contrato
		MULTISERA CALIBRADOR		MULTISERA CALIBRADOR		3	
93	35251	NO FERMENTADORES DL D2 MINI 10 PBS	Pruebas	NO FERMENTADORES DL D2 MINI 10 PBS		14	Dos entregas del 50% c/u
94	35251		Kit				30 Días después de la firma del contrato
		PACK DE ELECTROLITOS DIESTRO		PACK DE ELECTROLITOS DIESTRO		6	
95	35251		Frasco				30 Días después de la firma del contrato
		PANOPTICO 3 FCO 250ML		PANOPTICO 3 FCO 250ML		3	
96	35251		Kit				Dos entregas del 50% c/u
		PC R LATEX		PC R LATEX		180	
97	35251	PROBE CLEANSER 500 ML	FRASCO	PROBE CLEANSER 500 ML		15	Dos entregas del 50% c/u
98	35251		KIT				Dos entregas del 50% c/u
		PROCALCITONINA		PROCALCITONINA		25	
99	35251		KIT				30 Días después de la
		PROTEINAS TOTALES		PROTEINAS TOTALES		5	

						firma del contrato
100	35251	PROTEINURIA 24h / Líquidos	KIT	PROTEINURIA 24h / Líquidos	5	30 Días después de la firma del contrato
101	35251	PROTEINAS PARA LIQUIDOS SEROSOS	KIT	PROTEINAS PARA LIQUIDOS SEROSOS	5	30 Días después de la firma del contrato
102	35251	PRUEBAS DE EMBARAZO (CORE SET 25 PBS)	KIT	PRUEBAS DE EMBARAZO (CORE SET 25 PBS)	60	Dos entregas del 50% c/u
103	35251	PSA DE 50	KIT	PSA DE 50	4	30 Días después de la firma del contrato
104	35251	PT A.T.T.P TP BIOMEDICA PT-HS	KIT	PT A.T.T.P TP BIOMEDICA PT-HS	25	Dos entregas del 50% c/u
105	35251	PTH	KIT	PTH	4	30 Días después de la firma del contrato
106	35251	R P R SET (500 PBS)	KIT	R P R SET (500 PBS)	30	Dos entregas del 50% c/u
107	35251	REACTIVO DE FEHELING DE 100 ML SOL 1 Y 2	FRASCO	REACTIVO DE FEHELING DE 100 ML SOL 1 Y 2	8	Dos entregas del 50% c/u
108	35251	SANGRE OCULTA EN HECES SET DE 25	KIT	SANGRE OCULTA EN HECES SET DE 25	10	Dos entregas del 50% c/u
109	35251	STAPHYLOCOCCUS DL D2 MINI10 PBS	KIT	STAPHYLOCOCCUS DL D2 MINI10 PBS	5	30 Días después de la

						firma del contrato
110	35251	STREPTOCOCCUS DL D2 MINI 10 PBS	KIT	STREPTOCOCCUS DL D2 MINI 10 PBS	5	30 Días después de la firma del contrato
111	35251	SUERO DE COOMBS	FRASCO	SUERO DE COOMBS	180	Dos entregas del 50% c/u
112	35251	TGO/AST	KIT	TGO/AST	8	Dos entregas del 50% c/u
113	35251	TGP/ALT	KIT	TGP/ALT	8	Dos entregas del 50% c/u
114	35251	TOXOPLASMOSIS 1GM 1GG SET DE 25	KIT	TOXOPLASMOSIS 1GM 1GG SET DE 25	15	Dos entregas del 50% c/u
115	35251	TRIGLICERIDOS	KIT	TRIGLICERIDOS	10	Dos entregas del 50% c/u
116	35251	TROPONINA T ULTRASENSIBLE	KIT	TROPONINA T ULTRASENSIBLE	25	Dos entregas del 50% c/u
117	35251	TROPONINA I ULTRASENSIBLE	KIT	TROPONINA I ULTRASENSIBLE	25	Dos entregas del 50% c/u
118	35251	UREA MINDRAY	KIT	UREA MINDRAY	12	Dos entregas del 50% c/u
119	35251	VITAMINA B12 (VB12) kit 50 PBS	KIT	VITAMINA B12 (VB12) kit 50 PBS	3	30 Días después de la firma del contrato
120	35251	AZUL DE CRESIL BRILLANTE	FRASCO	AZUL DE CRESIL BRILLANTE	3	30 Días después de la firma del

							contrato
121	35251	AGAR SABOURAUD	FRASCO	AGAR SABOURAUD		4	30 Días después de la firma del contrato
122	35251	PRO-BNP	KIT	PRO-BNP		8	Dos entregas del 50% c/u
123	35251	SATURACION DE FERRITINA	KIT	SATURACION DE FERRITINA		1	30 Días después de la firma del contrato
124	35251	NIVELES DE ACIDO FOLICO	KIT	NIVELES DE ACIDO FOLICO		5	Dos entregas del 50% c/u
125	35251	25 HIDROXI VITAMINA D	KIT	25 HIDROXI VITAMINA D		5	Dos entregas del 50% c/u
126	35251	CONCENTRADO WASHIN BUFFER	FRASCO	CONCENTRADO WASHIN BUFFER		1	30 Días después de la firma del contrato
127	35251	FIBRINOGENO	FRASCO	FIBRINOGENO		4	30 Días después de la firma del contrato
128	35251	ANTIGENOS FEBRILES	FRASCO	ANTIGENOS FEBRILES		3	30 Días después de la firma del contrato
129	35251	OXALATO DE AMONIO 1%	FRASCO	OXALATO DE AMONIO 1%		2	30 Días después de la firma del contrato

130	35251	ACIDO ACETICO 3%	FRASC O	ACIDO ACETICO 3%		5	30 Días después de la firma del contrato
131	35251	TUTROL 50 gr	FRASC O	TUTROL 50 gr		12	Dos entregas del 50% c/u
132	35251	TUTROL 75 gr	FRASC O	TUTROL 75 gr		12	Dos entregas del 50% c/u
133	35251	Clostridium difficile GDH + Toxina A + Toxina B	KIT	Clostridium difficile GDH + Toxina A + Toxina B		2	30 Días después de la firma del contrato

- a. Para los requisitos de idioma (español) y leyendas especiales ("Propiedad del Estado de Honduras"), se considerarán casos excepcionales a dichos requisitos: las adquisiciones realizadas por el país en caso de emergencia nacional, donaciones y/o compras realizadas a través de agencias de cooperación y/o convenios internacionales.
- b. Los materiales adquiridos a través de convenios internacionales y agencias de cooperación internacional deberán proporcionar la información necesaria para solicitar la autorización sanitaria ante la Agencia Regulatoria.

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

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

ASPECTO VERIFICABLE		CUMPLE	NO CUMPLE
Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ..." (En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar lo solicitado en el numeral 2.01 de las IAO números 1,2,3,4, 5 y 6). De las			
La sociedad ofertante se encuentra legalmente constituida			
Quien firma la oferta tiene la atribución legal para hacerlo			
Copia Autenticada del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal			
Copia autenticada de RTN del oferente y del Representante Legal			
Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado (Autenticada)			
La Declaración Jurada de la empresa y de su representante legal de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37,38,39,40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos			
Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente, vigente.			
Fotocopia debidamente autenticada del Registro Sanitario vigente del producto solicitado. En caso de adjudicarse deberá presentar el Registro Sanitario para firmar contrato.			
Fotocopia debidamente autenticada del Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas (BPM) para la forma farmacéutica ofertada para todos los fabricantes que intervenga en el proceso de fabricación vigente o en su defecto, presentar Fotocopia debidamente autenticada del Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) vigente tipo OMS del Medicamento Ofertado, la documentación referida anteriormente, deberá ser emitida por una de las Autoridades Reguladoras Estrictas, acreditada por la OMS, tales como: Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o Autoridades competentes de los estados miembros de la Unión Europea, Health Canadá, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (MHLW), Administración de Productos Terapéuticos de Australia (TGA), Agencia Suiza			

de Medicamentos (Swissmedic), Agencia de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido (MHRA). Autoridades Reguladoras de Islandia, Noruega y Liechtenstein		
Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (o Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).		

10.02 Evaluación Financiera:

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

ASPECTO VERIFICABLE		CUMPLE	NO CUMPLE
Constancia de líneas de créditos.			
Copia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediatoanterior, sellado y timbrado por el contador general.			
Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscalinmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.			

10.03 Evaluación Económica:

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

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

10.03 Evaluación Técnica:

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

ASPECTO VERIFICABLE		CUMPLE	NO CUMPLE
Agregar especificaciones técnicas.			

VI.- FORMULARIOS Y FORMATOS DE LA OFERTA

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

El PROVEEDOR deberá presentar los Formularios siguientes:

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

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

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

FORMULARIO PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Tegucigalpa M.D.C.

Señores:

Hospital Santa Bárbara Integrado**ATENCIÓN:****REF:** Contratación Directa No. CD-01-2025-HSBI
"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LABORATORIO"

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

Señores: HOSPITAL SANTA BARBARA INTEGRADO:

Actuando en mi condición de Representante Legal de la Sociedad Mercantil denominada _____ por este medio DECLARO: haber obtenido y examinado los pliegos de condiciones, y especificaciones técnicas de la CONTRATACIÓN DIRECTA No. CD -01-2025-HSBI, de conformidad con la misma, ofrezco suministrar el ítem o el bloque siguientes: _____

Oferta que asciende a un monto total de Lempiras _____
(Letras y Números).

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

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

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

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

La presente oferta consta de _____ folios útiles.

En fe de lo cual y para seguridad de la Secretaría de Salud, firmo la presente a los _____ días del mes de _____ del.

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

FORMULARIO DE OFERTA POR ITEM O BLOQUE
Contratación Directa CD-01-2025-HSBI

NOMBRE DE EL PROVEEDOR:
LABORATORIO FABRICANTE DEL PRODUCTO:
PAÍS DE ORIGEN DEL PRODUCTO:
DESCRIPCIÓN DE EMPAQUES Y ETIQUETADOS: (PRIMARIO Y SECUNDARIO)

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

OBSERVACIONES:
LUGAR DE ENTREGA DEL PRODUCTO:
LUGAR Y FECHA:
FIRMA/SELLO:
CARGO:

FORMULARIO DE LISTA DE PRECIOS

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

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

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD

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

- 1.- A practicar las más elevadas normas éticas durante el presente proceso de contratación.
- 2.- Abstenernos de adoptar conductas orientas a que los funcionarios o empleados involucrados en el presente proceso de contratación induzcan a alterar el resultado del proceso u otros aspectos que pudieran otorgar condiciones más ventajosas en relación a los demás participantes.

3.- A no formular acuerdos con otros proveedores participantes o a la ejecución de acciones que sean constitutivas de:

PRACTICA CORRUPTA: Que consiste en ofrecer, dar, recibir, o solicitar, directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar indebidamente las acciones de otra parte.

PRACTICA DE FRAUDE: Que es cualquier acto u omisión, incluida la tergiversación de hechos y circunstancias, que deliberada o imprudentemente engañen, o intenten engañar, a alguna parte para obtener un beneficio financiero o de otra naturaleza o para evadir una obligación.

PRACTICA DE COERCIÓN: Que consiste en perjudicar o causar daño, o amenazar con perjudicar o causar daño, directa o indirectamente, a cualquier parte o a sus bienes para influenciar indebidamente las acciones de una parte.

PRACTICA DE COLUSIÓN: Que es un acuerdo entre dos o más partes realizado con la intención de alcanzar un propósito inapropiado lo que incluye influenciar en forma inapropiada las acciones de otra parte.

PRACTICA DE OBSTRUCCIÓN: Que consiste en a) destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia significativa para la investigación o realizar declaraciones falsas ante los investigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una práctica corrupta, fraudulenta, coercitiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte para impedir que divulgue su conocimiento de asuntos que son importantes para la investigación o que prosiga la investigación, o b) todo acto dirigido a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.

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

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

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

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

En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudadmunicipio de

_____, Departamento dea los____,
días del mes de_____ del año_____.

FIRMA Y SELLO

(en caso de persona Natural solo Firma)

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

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL
OFERENTE**

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

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

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

Página

de páginas

1. Nombre jurídico del Oferente:

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

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

4. Año de constitución o incorporación del Oferente:

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

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

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

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

7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: *[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]*
- ☐ Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09.
 - ☐ Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio, de conformidad con la cláusula 5.1 de la IO-05.
 - ☐ Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

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

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

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

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

Página

de páginas

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

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

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

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

FORMATO ACTA DE COMPROMISO DE REEMPLAZOActa de Compromiso de Reemplazo

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

Tipo o Numero de Contrato:

Proceso:

Descripción del Producto con sus especificaciones:

Monto (L):

Lote No.:

No. Ítem:

Fecha de Recepción:

Fecha de Expiración:

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

Ante el cual firmo y acepto la presente en Lugar _____ el día _____ del mes _____ de _____

Firma del Representante Legal de la Empresa

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O INHABILIDADES

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

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

Firma: _____

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

FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO**ASEGURADORA / BANCO****GARANTÍA / FIANZA DE CUMPLIMIENTO N°:** _____**FECHA DE EMISION:** _____**AFIANZADO/GARANTIZADO:** _____**DIRECCION Y TELEFONO:** _____

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

SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA: _____**VIGENCIA:** _____**BENEFICIARIO:** _____

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

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

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

FIRMA AUTORIZADA**AFIANZADO**

FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CALIDAD**ASEGURADORA / BANCO**

GARANTÍA / FIANZA DE CALIDAD N°: _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

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

SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA: _____

VIGENCIA: _____

BENEFICIARIO: _____

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

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

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

FIRMA AUTORIZADA**AFIANZADO**

