

HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES DIRECCION EJECUTIVA

Trujillo, Colón 07 de febrero del 2025.

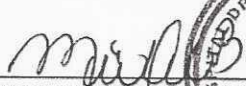
**ABOG. KAREN MELISSA CRUZ.
COMPRADOR PUBLICO CERTIFICADO.
SU OFICINA.**

Estimada Abog. Cruz;

La presente es para saludarle de manera muy especial y a la vez deseándole éxitos en sus labores diarias.

Por medio de la presente se le solicita visto bueno de los pliegos de la Contratación directa No. **CD-002-2025** por concepto de **"Adquisición de Reactivos"**
El cual dicha adquisición se encuentra en la línea No. 7 del pacc.

Atentamente;



**DRA. EVELIN DARIELA BACA GARRIDO.
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL DR SALVADOR PAREDES**

C. c. Archivo

DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES **CONTRATACIÓN DIRECTA** **NUMERO CD-002-2025**

"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"

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-042-2024, publicado en el Diario Oficial la Gaceta en fecha 30 de diciembre de 2024

Trujillo, Colon, Honduras C.A.
Febrero 2025

AVISO

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud cordialmente le invita a participar en el proceso de Contratación Directa No. **CD-002-2024** y presentar Oferta para la **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"** 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 Compras del Hospital Dr. Salvador Paredes**, 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 17 de Febrero del 2025, hasta las 09:00a.m., hora oficial de la República de Honduras en la Oficina de Sub-Dirección Gestión de Recursos ubicada en el Hospital Dr. Salvador Paredes, Barrio El Centro, Contiguo al Centro Penal, Segundo piso, Trujillo, Colon, correo electrónico salvadorparedesadmon@gmail.com, Teléfono 2434-4095.

Si la oferta es presentada tardía se devolverá sin abrir.

Las ofertas se abrirán el día 17 de Febrero del 2025 a las 09:15am en presencia de los representantes de los Oferentes que deseen asistir en la dirección antes indicada.

Trujillo, Municipio del Departamento de Colon, a los 06 días del mes de Febrero del año 2025.

DRA. EVELIN DARIELA BACA G.
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES

ÍNDICE GENERAL

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

I.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES. (IAO)

1.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES (IAO):

1.01 Objeto:

El presente documento contiene los Términos, Definiciones y significados que deben ser aplicados por los oferentes en la presentación de las ofertas para los procesos de Contratación Directa que realiza el **HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES** para la **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"** 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.**

1.03 Tipo de Contrato:

Como resultado de esta Contratación Directa se otorgará un Contrato de Suministro, entre El Hospital Dr. Salvador Paredes 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 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 mancomunadas y solidariamente responsables frente al Comprador por el cumplimiento de las disposiciones del Contrato y deberán designar a una de ellas para que actúe como representante con autoridad para comprometer al Consorcio. La composición o constitución del Consorcio no podrá ser alterada sin el previo consentimiento del Comprador. **(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 acredite 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.

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 DOCUMENTACIÓN 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 la Secretaría de Salud pueda verificar la documentación presentada con los emisores.
5. Adjuntar en su Oferta, la invitación enviada por el Hospital Dr. Salvador Paredes.

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 límite de manera significativa el análisis, comparación o evaluación de las ofertas, será motivo de descalificación de esta, según sea el caso. Si "El Oferente" no presenta el "Formulario de Lista de Precios" se entenderá que no presentó la oferta.

3. El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes al Hospital Dr. Salvador Paredes 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 de forma total, en el almacén general Insumos del Hospital Dr. Salvador Paredes.

3.02 Control de Calidad

El Hospital Dr. Salvador Paredes podrá solicitar que, a los medicamentos recibidos en el Almacén General de Insumos, se les efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el Laboratorios Oficial u otro calificado que decida el Hospital Dr. Salvador Paredes.

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, posterior a la invitación y confirmación de interés de participar en el proceso.

4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:

El Hospital Dr. Salvador Paredes, 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 Dr. Salvador Paredes.
Atención Oficina Sub- dirección Gestión de Recursos,
Hospital Dr. Salvador Paredes,
Segundo Piso, Trujillo, Colon, Honduras, C.A.
Teléfono: 2434-4095
E-Mail. salvadorparedesadmon@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 Gestión de Recursos
17/02/2024 a las 09:00 a.m.

4.05. Apertura de Ofertas

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

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

5. MANEJO DE DOCUMENTOS

5.01. Cuadro descriptivo de Productos y Precios

El Oferente presentará, para cada ítem que compone su oferta, el Cuadro Descriptivo de productos y precios (Formulario de Oferta por Ítem 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 **la oficina de Subdirección Gestión de Recursos**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad de CD o una USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno**

6. INTERPRETACIÓN DE DOCUMENTOS

6.01 Aclaración y Adendum

Aclaraciones: El potencial oferente, podrá solicitar aclaraciones al Pliego de Condiciones por escrito y vía correo a la oficina de Sub dirección Gestión de Recursos, mediante correo electrónico **salvadorparedesadmon@gmail.com**. Hasta Dos (2) días antes de la fecha

Proceso No. CD-002-2025**"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"**

prevista, antes de la recepción de ofertas. **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 despear cualquier duda de los oferentes.

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

7. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LAS OFERTAS**7.01 Aceptación**

El Hospital Dr. Salvador Paredes, 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 04-2023), se tendrá mayor preponderancia en los tiempos de entrega.**

8. ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO**8.01 Evaluación de las Ofertas:**

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

8.02 Mínimo de Ofertas:

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

De igual manera, podrá declarar este proceso de Contratación Directa suspendida o

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

8.03 Carta Propuesta

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

8.04 Adjudicación y Firma del Contrato:

El Hospital Dr. Salvador Paredes, adjudicará el contrato al oferente cuya oferta se ajuste a los requerimientos establecidos en los Pliegos de Condiciones, tomando en cuenta, además, de que el oferente esté calificado para cumplir satisfactoriamente el contrato y que haya presentado dentro de la fecha indicada por **El Hospital Dr. Salvador Paredes**, 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 Dr. Salvador Paredes**, **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.

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:

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

8.07 Documentación previa a la firma del Contrato:

El Hospital Dr. Salvador Paredes, fundamentada en el artículo 30 de La Ley de Contratación del Estado solicitara 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 General de Insumos, ubicado en la parte posterior del Hospital Dr. Salvador Paredes, Trujillo, Colon Honduras.

8.09 Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos

La entrega de los medicamentos se acompañará con una fotocopia del Registro Sanitario

vigente, original o 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 para la forma farmacéutica contratada, tipo OMS, del laboratorio fabricante, vigente o bien el Certificado de Productos Farmacéuticos (CPP) vigente y el dispositivo electrónico empleado durante su almacenamiento y transporte del producto hasta su entrega en el lugar designado por la Secretaría de Salud por el personal responsable de la cadena de frío en el almacén.

8.10 Multa por Incumplimiento de Plazo:

El Proveedor deberá cumplir con el plazo convenido, así como con los plazos parciales que se hubiera previsto para las diferentes entregas de los suministros. Si dichas entregas no se realizan en el plazo pactado, **El Hospital Dr. Salvador Paredes**, 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 a **El Hospital Dr. Salvador Paredes**, 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:

La Secretaría de Salud 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 General de Insumos de **El Hospital Dr. Salvador Paredes**, será el responsable de emitir el Acta de Recepción definitiva, posterior a la recepción de la última entrega parcial o de la entrega total según sea el caso, de los insumos adjudicados.

12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

II.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

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

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

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

1. Fotocopia del registro sanitario vigente del producto solicitado. Prospecto del medicamento y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario
2. Fotocopia del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) para la forma farmacéutica solicitada del fabricante o en su defecto, presentar fotocopia del certificado de producto farmacéutico (CPP) vigente tipo OMS del medicamento solicitado emitido por una Autoridad Reguladora Estricta
3. Se exoneran el análisis de calidad del medicamento solicitado, sin embargo, la Secretaría de Salud podrá solicitar que el medicamento recibido en almacén central de medicamentos, se le efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el laboratorio oficial u otro calificado que decida **El Hospital Dr. Salvador Paredes**, 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**.

"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"

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

No	Nombre del Producto	U. P	Descripción Técnica	Cantidad Solicitada	Plazos de Entrega
1	GLUCOSA	SET	SET DE 4X100ML 1428 PBS.	16	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
2	COLESTEROL TOTAL	SET	SET DE 4X100ML 1702 PBS.	5	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
3	TRIGLICERIDOS	SET	SET DE 4X100ML 1600PBS.	4	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
4	ACIDO URICO	SET	SET 4X100ML 2000 PBS.	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
5	UREA UV	SET	SET 400ML 1600 PBS.	9	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
6	AUTOCREATININA	SET	SET 250ML 1000 PBS.	5	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
7	BILIRRUBINA DIRECTA	SET	SET 300ML 1200 PBS	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
8	BILIRRUBINA TOTAL	SET	SET 300ML 1200 PBS	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
9	TGO HUMAN	SET	SET 100ML 500PBS	19	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
10	TGP HUMAN	SET	SET 100ML 500PBS	6	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
11	AMILASA	SET	SET 120ML 600 PBS.	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
12	FOSFATASA ALKALINA	SET	SET 100ML 500 PBS.	3	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
13	LDH	SET	SET 100ML 500 PBS.	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.

14	PROTEINAS TOTALES	SET	SET 400ML 1600 PBS.	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
15	ALBUMINA	SET	SET 400ML 1600 PBS.	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
16	CK NAC	SET	SET 100ML 400 PBS.	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
17	CK MB	SET	SET 100ML 526 PBS.	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
18	COLESTEROL HDL DIRECTO	SET	SET 80ML 240PBS	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
19	COLESTEROL LDL	SET	SET 80ML 240PBS	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
20	SPECIAL WASH	SET	SET SOLUCTION 12X30ML	4	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
21	WASH ADITIVE	SET	SET DE 25ML	4	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
22	AUTOCAL	SET	SET COMPLETO	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
23	FOSFOMYCIN	SET	SET DE 100 DISCOS	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
24	NITROFURANTOINA	SET	SET DE 50 DISCOS	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
25	GENTAMICINA	SET	SET DE 50 DISCOS	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
26	CEFTRIAZONE	SET	SET DE 100 DISCOS	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
27	PBA DE EMBARAZO FERTITEX MONO	SET	SET COMPLETO	6	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
28	TOXO IGG/IGM	SET	SET COMPLETO	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
29	CREATININA	SET	SET COMPLETO	8	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
30	ANTIGENOS FEBRILES	SET	SET COMPLETO	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
31	COLORACION GRAM	SET	SET DE 4X250ML	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.

32	CLEP - P CLEANSE	SET	SET COMPLETO 50ML	6	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
33	COLORANTE PANOPTICO	SET	SET DE 3X250ML 3 PASOS	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
34	COLORANTE GIEMSA	SET	SET DE 500ML	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
35	METANOL	SET	SET	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
36	LYSE	SET	SET	3	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
37	HEMOCULTIVO PEDIATRICO	SET	SET	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
38	HEMOCULTIVO ADULTO	SET	SET	5	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
39	SERODOS HUMAN	SET	SET DE 6X5ML	4	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
40	TP HUMAN	SET	SET DE 6X2ML	24	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
41	TPT HUMAN	SET	SET DE 6X4ML	14	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
42	CONTROL PLASMA NORMAL	SET	SET DE 6X1ML	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
43	CONTROL HEMATOLOGIA	SET	SET DE 3X3.0ML	1	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
44	RPR	SET	SET DE 500 PBS	18	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
45	PCR	SET	SET DE 100 PBS	25	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
46	ASO	SET	SET 100 PBS	5	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
47	RF	SET	SET 100 PBS.	6	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
48	ANTI A	SET	SET DE 10ML	22	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
49	ANTI B	SET	SET DE 10ML	22	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.

50	ANTI D	SET	SET DE 10ML	34	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
51	DILUENTE DYMINO 20 LITROS	SET	SET DE 20 LITROS	19	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
52	CLEP-P CLEANSE	SET	SET DE 50ML	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
53	REACTIVO LYA 1	SET	SET COMPLETO	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
54	REACTIVO LYA 2	SET	SET COMPLETO	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
55	REACTIVO LYA 3	SET	SET COMPLETO	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
56	TIRAS DE ORINA	SET	SET DE 100 PBS.	15	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
57	PRUEBA DE EMBARAZO	SET	SET DE 25PBS	6	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
58	ANTIGLOBULINA HUMANA	SET	SET DE 10ML	9	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
59	ALBUMINA BOVINA AL 22%	SET	SET DE 10ML	22	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
60	AGUA DESTILADA	GALON	FINLAY	19	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
61	GLICOHEMOGLOBINA A1C P/HUMAMETER	SET	SET DE 50PBS.CON EQUIPO	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
62	HEPATITIS A	SET	SET DE 25PBS	3	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
63	HEPATITIS B	SET	SET DE 25PBS	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
64	HEPATITIS C	SET	SET DE 25PBS	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
65	CHAGAS 40PBS	SET	SET DE 40PBS	4	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
66	SENSIPROT	SET	SET DE 50PBS.	6	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
67	REACTIVO DE KOVAC	FRASCO	SET COMPLETO	10	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.

68	COLORACION TUBERCULOSIS (ZEEL- NEELSEN)	SET	SET COMPLETO	3	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.
69	GUAYACO	SET	SET COMPLETO	2	ENTREGAS PARCIALES, SEGUN NECESIDADES.

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.			
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:

SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD**ATENCIÓN:****REF:** Contratación Directa No. CD-002-2025**"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"**

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

Señores: SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD:

Actuando en mi condición de Representante Legal de la Sociedad Mercantil denominada____ por este medio DECLARO: haber obtenido y examinado los pliegos de condiciones, y especificaciones técnicas de la CONTRATACIÓN DIRECTA No. CD-002-2025, 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 Secretaria 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-002-2025

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 a ofertados

OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA DEL PRODUCTO:

LUGAR Y FECHA:

FIRMA/SELLO:

CARGO:

FORMULARIO DE LISTA DE PRECIOS

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

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

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____, Departamento de 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)

**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 DE CONTRATO

CONTRATO DE "ADQUISICIÓN DE REACTIVOS" CONTRATACION DIRECTA No. CD-004-2024 PARA LA SECRETARIA DE SALUD No. CD-002-2025

Nosotros, **JOSE MANUEL MATHEU AMAYA**, mayor de edad, casado, hondureño, Médico Especialista, con Documento Nacional de Identificación número 0801-1960-05036, y de este domicilio, actuando en mi condición de **SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD "SESAL"**; nombrado mediante Acuerdo Ejecutivo No. 58-2022 de fecha 02 febrero de 2022; quien en lo sucesivo se denominará **LA SECRETARIA DE SALUD y XXXXXXXXXX**. Con **DNI XXXXXXXXXX**, (*Profesion*), (*estado civil*), mayor de edad, hondureño, (*domicilio*); actuando como Representante Legal de la Empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, quien para los efectos de este Contrato se denominará **EL PROVEEDOR**; por medio del presente documento hemos convenido celebrar, como al efecto celebramos, el presente **CONTRATO DE SUMINISTRO PARA LA COMPRA DIRECTA DE XXXXXXXXXX PARA LA SECRETARÍA DE SALUD** mediante Decreto Ejecutivo aprobado en Consejo de Secretarios de Estado PCM Número 04-2023 de fecha dieciséis (16) de enero de 2023 publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" No. 336,130 del 16 de enero de 2023 el cual, se regirá conforme a las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRELIMINAR: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES: En cumplimiento a las funciones y atribuciones que le confiere la Ley de Contratación del Estado, en sus artículos 9 y 63 numeral 1; artículos 169 y 170 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud a través del Decreto de Emergencia No. PCM Número 04-2023 de fecha dieciséis (16) de enero de 2023 publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" No. 336,130 del 16 de enero de 2023, ha procedido a realizar la contratación directa de Medicamentos, para asegurar que los establecimientos de salud que proveen servicio faciliten el acceso a diagnóstico y tratamiento para la población que lo requiere.

CLAUSULA PRIMERA. EL COMPRADOR: es la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud "SESAL", quien sometió la compra de Medicamentos al proceso de compra denominado Contratación Directa No. CD-01-2024-SESAL sometió la **"ADQUISICIÓN DE VENDAJE PARA FRACTURA Y OTROS" EL PROVEEDOR** es la Sociedad Mercantil **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** que tiene por objeto la **ENTREGA DE MEDICAMENTOS (PRODUCTOS FARMACEUTICOS)**, según se estableció en los Pliegos de Condiciones de la COMPRA DIRECTA No. CD-01-2043-SESAL; y dichos medicamentos (Productos Farmacéuticos) deben ser entregados en las mismas condiciones descritas en el presente contrato, Pliego de Condiciones y de acuerdo a las normas legales vigentes. El presente contrato se rige por la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento vigente, Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, ejercicio fiscal año 2023 y de manera supletoria por las demás normas aplicables.

CLAUSULA SEGUNDA. - OBJETO DEL CONTRATO: El presente contrato tiene por objeto el suministro por parte de EL PROVEEDOR, de los medicamentos y productos farmacéuticos objeto de este suministro a favor de la SECRETARIA DE SALUD de forma adecuada, oportuna, con la calidad convenida y respetando las especificaciones técnicas establecidas en el Pliego de Condiciones y ratificadas en la Notificación de Compra. Dicho suministro deberá realizarse de acuerdo con la descripción, cantidad, precio unitario en Lempiras (L), plazos de entrega (los cuales comenzaran a partir de la firma del contrato y se entenderá que la segunda y tercera entrega correrá el término a partir de la entrega anterior a menos que se hubiera expresado de otra forma en su oferta), laboratorio fabricante y vida útil que se detallan en el cuadro que acá se describe a continuación

CLAUSULA TERCERA: MONTO DEL CONTRATO: El presente Contrato se suscribe por un monto total de XXXXXXXXXXXX (L XXXXXXXXXXXXXXXX), afectando la estructura presupuestaria siguiente: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

CLAUSULA CUARTA. - MONEDA DE PAGO: El pago del Contrato se realizará en **Lempiras (L)**; la moneda de curso legal en Honduras.

CLAUSULA QUINTA - DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Forma parte del Contrato los documentos siguientes: a) Pliego de Condiciones de la Contratación Directa No.CD-01-2023 SESAL; b) La oferta presentada por **EL PROVEEDOR**; c) Garantía de Cumplimiento del contrato presentada por **EL PROVEEDOR**; d) Resolución de adjudicación No.xxxxx-2023-SS; e) Otros documentos suscritos por las partes contratantes en relación directa con las obligaciones de este Contrato.

CLAUSULA SEXTA: LUGAR DE ENTREGA DE LOS PRODUCTOS: EL PROVEEDOR. Se compromete a entregar los productos en las instalaciones del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI) de la SESAL, Colonia Villa Delmy, contiguo al Escuadrón Cobra de la Policía Nacional, Tegucigalpa, M.D.C.; o en cualquier otra instalación ubicada en el municipio del Distrito Central que la Secretaria de Salud designe, previa comunicación con el proveedor. En el caso de las soluciones Hidroelectrolíticas y Antisépticas, se distribuirán directamente a los hospitales y regiones departamentales de acuerdo a programación de necesidades de los mismos, que será incluida en el correspondiente contrato-

CLAUSULA SEPTIMA. - FORMA DE ENTREGA: EL PROVEEDOR manifiesta que la entrega de los productos se realizará según las especificaciones detalladas en el cuadro inserto en la Cláusula **SEGUNDA** que antecede. -

CLAUSULA OCTAVA. - PLAZO DE ENTREGA: La entrega de los productos objeto de este contrato, se deberá hacer dentro de los plazos indicados en el cuadro que aparece en esa misma Cláusula Segunda precitada, pudiendo hacer entregas totales y parciales, de conformidad a las indicaciones de la SECRETARIA DE SALUD, previo acuerdo con EL PROVEEDOR. En caso de que la entrega se efectuó de manera parcial la factura deberá elaborarse sobre el valor y cantidad del producto que se estará entregando. -

CLAUSULA NOVENA.- REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PREVIOS A LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS: EL PROVEEDOR se obliga a gestionar por escrito con SECRETARIA DE SALUD, con dos (2) o más días de anticipación cada cita para realizar la entrega de productos; y, acompañará a cada entrega, fotocopia del Registro Sanitario Vigente, fotocopia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente o Certificado de Productos Farmacéutico tipo OMS del Laboratorio Fabricante, el original o fotocopia del Certificado de Análisis de Calidad del producto terminado debidamente aprobado, firmado por el responsable del laboratorio del fabricante para cada uno de los lotes del producto que entreguen.

CLAUSULA DECIMA. - EMPAQUE Y ETIQUETADO. - EL PROVEEDOR pudo haber presentado en la oferta de los productos que cuenta en existencias una entrega en donde el Empaque y Etiquetado presenta una desviación, a lo establecido en los pliegos de condiciones; LA SECRETARIA DE SALUD deberá incluir en el cuadro de la CLAUSULA SEGUNDA de este contrato de suministros las variaciones aceptadas.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA. - F O R M A Y TIEMPO DE PAGO: LA SECRETARIA DE SALUD pagará a EL PROVEEDOR, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la Recepción satisfactoria de los medicamentos y a la presentación de los documentos relativos al cobro a través de la

Gerencia administrativa, siendo estos: 1) Acta de Recepción 2) Factura Comercial Original, y 3) La respectiva Garantía de Calidad, que esta se presentará en la última entrega. El pago se hará por cada entrega parcial (*cuando apliquen*) aceptada por la SECRETARÍA DE SALUD en moneda nacional (Lempira). **LA SECRETARIA DE SALUD** podrá pagar a **EL PROVEEDOR** cuando no se hubiere levantado el Acta de Recepción por la Bodega de Recepción del ANMI o del Establecimiento de Salud Receptor, por causas imputables a **LA SECRETARIA DE SALUD** y no a **EL PROVEEDOR**; **EL PROVEEDOR** podrá solicitar por escrito a la **SECRETARÍA DE SALUD** el pago a su favor, siempre y cuando cuente con: 1) Factura comercial original, y 2) La presentación de la constancia en Bulto de los productos entregados, emitida por la bodega de recepción del ANMI o Establecimiento de Salud Receptor.-

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: INSPECCIONES Y PRUEBAS: durante el plazo de dos (2) años a partir de la fecha de entrega, a **LA SECRETARIA DE SALUD** podrá efectuar pruebas de calidad durante la vida útil de los medicamentos a fin de garantizar que estos mantendrán la calidad en igual condición que al momento de la entrega. **LA SECRETARIA DE SALUD** o sus representantes tendrán derecho a inspeccionar los medicamentos y/o someterlos a prueba a fin de verificar su conformidad con las especificaciones del presente contrato. **LA SECRETARIA DE SALUD** notificará oportunamente y por escrito AL **PROVEEDOR** la identidad de todo representante designado para estos fines.

Lo anterior se cumplirá en base a las siguientes condiciones: 1) **LA SECRETARIA DE SALUD**, hará un muestreo técnico al azar entre los lotes de los productos recibidos que considere pertinentes y se reserva el derecho de realizar pruebas en cualquier periodo de tiempo comprendido en la duración de vida útil del producto en caso de que la inspección visual del mismo se identificara cambios fisicoquímicos, indicios de falla terapéutica o efectos adversos graves documentados por los comités de farmacia y terapéutica o en caso de inexistencia de dichos comités por los respectivos servicios médicos de los hospitales a nivel nacional o programas nacionales, en cuyo caso los costos correrán siempre por cuenta del **PROVEEDOR** 2) el costo de las pruebas de control de calidad correrá por cuenta del **PROVEEDOR** 3) estas pruebas de control de calidad se harán en el laboratorio oficial, reservándose, siempre **LA SECRETARIA DE SALUD** el derecho de indicar otro laboratorio nacional o internacional con capacidad para realizar las mismas, cumpliendo el proveedor los requisitos determinados por el laboratorio. **EL PROVEEDOR** deberá también reponer las muestras utilizadas para dichas pruebas.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. - REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS: **EL PROVEEDOR** garantiza que los productos ofrecidos son de producción con fecha de expiración no menor a la descrita en la Cláusula SEGUNDA, que son de materia prima de calidad, y se compromete a reponer los productos sin costo alguno, si antes de la fecha de expiración sobrevienen fallas de calidad imputables al laboratorio fabricante. Esto incluye el cumplimiento de las especificaciones técnicas de etiquetado de los embalajes primario y secundario, o cualquier otra especificación técnica de los Pliegos de Condiciones, y de la propia oferta de **EL PROVEEDOR**.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA.- ACTA DE COMPROMISO: En el caso que se haya adjudicado productos ofertados con vida útil menor a los establecidos en los pliegos de condiciones, **EL PROVEEDOR** se compromete a reemplazar dichos medicamentos si vencieran dentro del periodo establecido con otro lote que cumpla con un periodo de vencimiento igual o superior al pactado sin costo alguno para la **SECRETARIA DE SALUD**, a través de un acta de compromiso de reemplazo, misma que deberá ser entregada con el producto. El plazo de la vida útil de los medicamentos es contado a partir de la fecha de recepción del producto.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA.- PLAZO PARA LA REPOSICIÓN DE PRODUCTOS: En caso que del resultado de los controles de calidad descritos en la cláusula décima tercera sean desfavorable, **EL PROVEEDOR** deberá reponer a **LA SECRETARIA DE SALUD** el (100%) del lote que resultare con falla de calidad, dentro de los (xxxx) días calendarios posteriores a la fecha en que la **SECRETARIA DE SALUD** comunique por escrito AL **PROVEEDOR** el incumplimiento respectivo.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. - GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y CALIDAD DE EL CONTRATO: EL **PROVEEDOR**, rendirá en un plazo de (5) días hábiles de la suscripción del contrato una Garantía de Cumplimiento de Contrato equivalente al Quince (15%) del valor del mismo, con una vigencia igual al plazo máximo de la última entrega de los productos según lo establecido en cláusula segunda más tres meses adicionales, contados a partir de la firma del Contrato; dicha garantía llevará una leyenda que dice: "Esta Garantía será ejecutada a simple requerimiento de la Secretaria de Salud, sin más trámite que la presentación del documento de incumplimiento", sin perjuicio de cualquier otra sanción que hubiere que aplicar. LA SECRETARIA DE SALUD solicitará a EL PROVEEDOR la garantía de Calidad misma que llevara la leyenda antes mencionada, la cual sustituirá la garantía de Cumplimiento del Contrato después de emitir el Acta de Recepción Final, para garantizar a LA SECRETARIA DE SALUD que el insumo sea recibido en su totalidad y a su entera satisfacción, dicha garantía tendrá una vigencia por un periodo de Doce (12) meses, cuyo monto será equivalente al Cinco (5%) por ciento del monto del Contrato.

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA. - DISPOSICIONES APLICABLES: El presente contrato de suministro de productos se regulará por las disposiciones contenidas en este documento y en el documento de los Pliegos de Condiciones de la Contratación Directa **"ADQUISICIÓN DE VENDAJE PARA FRACTURA Y OTROS"** por el cual, se seleccionó la oferta presentada por **EL PROVEEDOR**, y, en general, por las disposiciones contenidas en nuestro ordenamiento jurídico, aplicables conforme su especialidad.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. - SOLUCION DE CONTROVERSIAS Y AMBITO JURISDICCIONAL: Cualquier controversia, diferencia, conflicto de orden técnico, o de cualquier otro tipo de efectividad de los servicios que surgiesen entre **"EL PROVEEDOR"** y **LA SECRETARIA DE SALUD**, deberán ser resueltas en forma conciliatoria entre ambas partes, de no existir acuerdo las parte podrán acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

CLAUSULA DECIMA NOVENA: Serán válidos y tendrán efecto legal, todas las notificaciones que se hagan las partes contratantes, siempre y cuando consten por escrito, por fax o correo certificado, a las direcciones siguientes: a) **"EL COMPRADOR"** Avenida Cervantes, casa No 1001 calle del correo, Tegucigalpa, M. D. C. Honduras, C. A. Teléfono 2237-9693 b) **"EL PROVEEDOR"** XXXXXXXXXXXX (Dirección y correo)

CLAUSULA VIGÉSIMA: CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR. Es expresamente convenido que ninguna de las partes estará obligada a indemnización alguna si el incumplimiento del contrato se atribuye a caso fortuito o de fuerza mayor debidamente justificado, entendiendo como Fuerza mayor, accidentes, huelgas, revoluciones, insurrecciones, naufragios, motines y Caso Fortuito entendiéndose como tal, situaciones como catástrofes naturales o provocadas.

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: ENMIENDAS Y MODIFICACIONES Toda enmienda o modificación del presente contrato en cuanto a su monto, bienes, condiciones, especificaciones y demás circunstancias deberán constar por escrito y se suscribirán siguiendo el mismo procedimiento empleado en la obligación principal.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: MULTAS POR INCUMPLIMIENTO. EL **COMPRADOR**, podrá aplicar una multa correspondiente a un cero punto treinta y seis por cientos (0.36%), dicha multa se aplicará por cada día de retraso, la cual se calculará con base al 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 o tomas de carreteras. Quedando el proveedor obligado a presentar evidencias de los mismos. Teniendo un plazo de tres (3) días hábiles para realizar los descargos o aclaraciones en caso de ser aplicable.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO: se podrá rescindir el contrato, sin responsabilidad de cualquiera de las partes en los casos siguientes: a) Que el incumplimiento del Contrato por las partes se produzca en virtud de caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditado, b) en caso de recorte presupuestario de fondos nacionales que se efectuó 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, podrá dar lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que al pago correspondiente a los bienes y servicios ya ejecutados a la fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato, c) Mutuo acuerdo entre las partes y; d) por incumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato.

CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA: ACEPTACIÓN DE PARTES: Ambas partes declaran que es cierto el contenido del presente Contrato y aceptan cada una de sus Cláusulas obligándose a su fiel cumplimiento, en fe de lo cual firmamos el presente contrato a los XXX días del mes de XXXX del año dos mil veintitrés (2023).

**DR. JOSE MANUEL MATHEU AMAYA
SECRETARIO DE ESTADO
EN EL DESPACHO DE SALUD
"EL COMPRADOR"**

**XXXXXX
REPRESENTANTE LEGAL
XXXXXXX
"EL PROVEEDOR"**

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**

HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES
DIRECCION EJECUTIVA

Trujillo, Colón 06 de febrero del 2024.

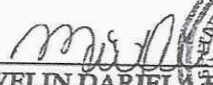
ABOG. ITZEL ANAI PALACIOS SIWADY.
MAGISTRADA PRESIDENTE
TRIBUNAL SUPERIOR DE CUENTAS.
SU OFICINA.

Estimada Abog. Palacios;

La presente es para saludarle de manera muy especial y a la vez deseándole éxitos en sus labores diarias.

Me es grato dirigirme a usted, para garantizar el abastecimiento del Hospital Salvador Paredes y pensando siempre en beneficiar a los pacientes que visitan este centro hospitalario en base a la ley por este medio hago de su conocimiento el inicio del proceso de contratación directa No. CD-002-2025, imputando en el objeto de gasto 35251, según acuerdo ministerial No. **019-2025** en el cual delega a los jefes de las regiones sanitarias y directores de Hospitales a nivel nacional dependientes de la secretaria de Salud y así poder llevar a cabo el proceso de contratación directa amparados en la ley de contrataciones del estado, artículo 9 y 63 numeral 1 y al decreto ejecutivo número **PCM-042-2024**, mediante el cual se prorroga la declaratoria del **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA**.

Atentamente;


DRA. EVELIN DARIANA BACA GARRIDO.
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES

ANEXOS

1. Acuerdo Ministerial No. 029-2025
2. PCM-042-2024

C. c. Archivo

Trujillo, Colón Bo. El Centro contiguo al Centro Penal 
Email : hsptrujillo@yahoo.es Teléfono : 2434-4095 Fax : 2434-4094

HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES
DIRECCION EJECUTIVA

Trujillo, Colón 06 de febrero del 2024.

ABOG. ITZEL ANAI PALACIOS SIWADY.
MAGISTRADA PRESIDENTE
TRIBUNAL SUPERIOR DE CUENTAS.
SU OFICINA.



Estimada Abog. Palacios;

La presente es para saludarle de manera muy especial y a la vez deseándole éxitos en sus labores diarias.

Me es grato dirigirme a usted, para garantizar el abastecimiento del Hospital Salvador Paredes y pensando siempre en beneficiar a los pacientes que visitan este centro hospitalario en base a la ley por este medio hago de su conocimiento el inicio del proceso de contratación directa No. CD-003-2025, imputando en el objeto de gasto 35260, según acuerdo ministerial No. **019-2025** en el cual delega a los jefes de las regiones sanitarias y directores de Hospitales a nivel nacional dependientes de la secretaria de Salud y así poder llevar a cabo el proceso de contratación directa amparados en la ley de contrataciones del estado, artículo 9 y 63 numeral 1 y al decreto ejecutivo número **PCM-042-2024**, mediante el cual se prorroga la declaratoria del **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA**.

Atentamente;


DRA. EVELIN DARIANA BACA GARRIDO.
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES

- ANEXOS**
1. Acuerdo Ministerial No. 029-2025
2. PCM-042-2024

C. c. Archivo

HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES
DIRECCION EJECUTIVA

Trujillo, Colón 06 de febrero del 2024.

ABOG. ITZEL ANAI PALACIOS SIWADY.
MAGISTRADA PRESIDENTE
TRIBUNAL SUPERIOR DE CUENTAS.
SU OFICINA.

Estimada Abog. Palacios;

La presente es para saludarle de manera muy especial y a la vez deseándole éxitos en sus labores diarias.

Me es grato dirigirme a usted, para garantizar el abastecimiento del Hospital Salvador Paredes y pensando siempre en beneficiar a los pacientes que visitan este centro hospitalario en base a la ley por este medio hago de su conocimiento el inicio del proceso de contratación directa No. CD-004-2025, imputando en el objeto de gasto 39540, según acuerdo ministerial No. **019-2025** en el cual delega a los jefes de las regiones sanitarias y directores de Hospitales a nivel nacional dependientes de la secretaria de Salud y así poder llevar a cabo el proceso de contratación directa amparados en la ley de contrataciones del estado, artículo 9 y 63 numeral 1 y al decreto ejecutivo número **PCM-042-2024**, mediante el cual se prorroga la declaratoria del **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA**.

Atentamente;



DRA. EVELIN DARIANA BACA GARRIDO.
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES



ANEXOS

1. Acuerdo Ministerial No. 029-2025
2. PCM-042-2024

C. c. Archivo

HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES
SUB-DIRECCION GESTION DE RECURSOS

Trujillo, Colón 27 de enero del 2025.

TEC. RIGOBERTO ALVARENGA VARGAS.
SUB-DIRECTOR GESTION DE RECURSOS.
HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES.
SU OFICINA.

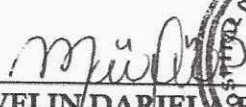
Estimado Tec. Vargas;

La presente es para saludarle de manera muy especial y a la vez deseándole éxitos en sus labores diarias.

Por medio de la presente y con el objeto de garantizar el abastecimiento del Hospital Dr. Salvador Paredes, en beneficio de los pacientes y en apego a la ley, según acuerdo ministerial No. 029-2025 en el cual delega a los jefes de regiones sanitarias y directores de los Hospitales a nivel nacional dependientes de la secretaria de salud para llevar a cabo el proceso de Contratación Directa No. CD-002-2025, amparados en la ley de contratación del estado artículo 9 y 63, numeral 1 al decreto ejecutivo No. PCM-042-2024, mediante prorroga la declaratoria de estado de emergencia sanitaria, se establece resolución tomando en cuenta los siguientes puntos:

1. Dar inicio a las gestiones correspondientes para el proceso de licitación privada de **Reactivos afectando en el presupuesto el objeto de gasto 35251.**
2. Que dicha adquisición deberá realizarse bajo las leyes y reglamentos vigentes en la constitución de la república y específicamente en lo comprendido en los artículos 9 y 63 de la ley de contratación del estado.

Atentamente;



DRA. EVELIN DANIEL BACA GARRIDO.
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES

C. c. Archivo

SOLICITUD DE PEDIDO

Formato 003- 2023- Solicitud de Pedido

Nombre Unidad Ejecutora: HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES

Oficio: CD-002-2024
Pedido: CD-002-2024
Fecha: 31/1/2025

Justificación de la Compra: SE REALIZA COMPRA DE REACTIVOS A USARSE EN ATENCION DE PACIENTES EN LAS DIFERENTES SALAS DEL HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES.

Estimación del Costo de los bienes o servicios requeridos : SEGUN COSTOS SE ESTIMA COMPRAR UN MONTO DE Lps.2,854,893.00

Plazo de Entrega Requerido: INMEDIATAMENTE DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA Y F01 APROBADO.

Objeto de Gasto : 35251 - REACTIVOS

No.	Descripción Completa del Producto	Unidad de Medida	Cantidad	Costo Estimado	TOTAL
1	GLUCOSA	SET	25	L 2,530.00	L 63,250.00
2	COLESTEROL	SET	35	L 3,048.00	L 106,680.00
3	TRIGLICERIDOS	SET	30	L 6,210.00	L 186,300.00
4	ACIDO URICO	SET	25	L 3,795.00	L 94,875.00
5	UREA	SET	28	L 3,220.00	L 90,160.00
6	CREATININA	SET	12	L 5,290.00	L 63,480.00
7	TGO	SET	14	L 2,340.00	L 32,760.00
8	TGP	SET	14	L 2,340.00	L 32,760.00
9	AMILASA	SET	8	L 4,117.00	L 32,936.00
10	LDH	SET	7	L 4,428.00	L 30,996.00
11	HEMOGLOBINA GLICOSILADA CON CONTROL Y CALIBRADOR	SET	9	L 24,900.00	L 224,100.00
12	PROTEINURIA 24 HORAS, CON CONTROL Y CALIBRADOR	SET	13	L 6,210.00	L 80,730.00
13	BILIRRUBINA TOTAL	SET	17	L 2,747.00	L 46,699.00
14	BILIRRUBINA DIRECTA	SET	17	L 2,747.00	L 46,699.00
15	PROTEINAS TOTALES	SET	18	L 1,886.00	L 33,948.00
16	ALBUMINA	SET	18	L 2,760.00	L 49,680.00
17	ANTI A	FRASCO	55	L 322.00	L 17,710.00
18	ANTI B	FRASCO	64	L 322.00	L 20,608.00
19	ANTI D	FRASCO	65	L 437.00	L 28,405.00
20	ALBUMINA BOVINA AL 22%	FRASCO	39	L 598.00	L 23,322.00
21	ANTIGLOBULINA SUERO	FRASCO	25	L 828.00	L 20,700.00
22	PRUEBAS DE EMBARAZO	SET	25	L 863.00	L 21,575.00
23	HELICOBACTER PILORY EN HECES	SET	18	L 8,740.00	L 157,320.00
24	MULTI CONTROL CLINCHEM	FRASCO	16	L 3,450.00	L 55,200.00
25	MULTISERA CALIBRADOR 3ML	FRASCO	80	L 1,725.00	L 138,000.00
26	ELECTROLITOS	PACK	34	L 23,000.00	L 782,000.00
27	CONTROLES	SET	85	L 4,400.00	L 374,000.00
TOTAL					L 2,854,893.00



HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES
ALMACEN
Jefe de Almacén
Hospital Dr. Salvador Paredes



HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES
TEC. RIGOBERTO VARENGA VARGAS
No. Identidad 1702-1720-00103
Sub-Director Gestión de Recursos
Hospital Dr. Salvador Paredes

Fecha: 31/1/2025



REGIONAL SANITARIA DEPTAL DE COLON DEPTO. DE ASESORIA LEGAL



Trujillo, Colón 06 de febrero del 2025.

DRA. EVELIN DARIELA BACA GARRIDO.
DIRECTORA EJECUTIVA.
HOSPITAL DR. SALVADOR PAREDES
SU OFICINA.

Estimada Dra. Baca;

Por medio de la presente saludo respetuosamente, en atención al oficio de fecha del 03/02/2025 en donde se me solicita se le dé la correspondiente **DICTAMEN LEGAL** del pliego de la Contratación Directa siguiente:

- **CD-002-2025 "Adquisición de Reactivos"**

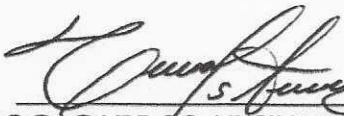
Por lo que esta asesoría legal considera lo siguiente:

- Considerando que el artículo 99 del Reglamento de La Ley de Contratación del Estado donde establece que la Asesoría Legal deberá examinar la congruencia de los documentos del pliego de condiciones con la Ley y el presente Reglamento, así como con cualquier otra norma legal o reglamentaria aplicable; si fuere necesario, deberán introducirse las modificaciones correspondientes.
- Considerando que acuerdo al artículo 100 del Reglamento de La Ley de Contratación del Estado establece el contenido específico en las licitaciones de pliegos de condiciones para el suministro de bienes o servicios.
- Considerando que el Pliego de Condiciones presentado cumple con el contenido específico que enmarca la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento.

Y una vez revisada la documentación presentada, esta Asesoría Legal, es de la OPINION 1.- Que es procedente que se CONTINUE EL PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA el cual deberá ser remitido al comprador publico Certificado de la secretaria de Salud para su visto bueno.

Agradeciendo su atención a la presente me suscribo de Ud.

Atentamente;


ABOG. CARLOS ALEJANDRO MEMBREÑO
ASESOR LEGAL
REGION DEPTAL No. 2 DE COLON



C. c. Archivo

Aldea Moradel a la Par del Cuerpo de Bomberos, Trujillo, Colón





República de Honduras

Secretaría de Salud

EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS POR GRUPO Y OBJETO DEL GASTO

TODAS LAS FUENTES

FUENTE DESDE: 11

HASTA: 11

11

FECHA

DESDE : 01/01/2025

HASTA: 07/02/2025

MOMENTO :

PRECOMPROMISO

ESTADO :

ELABORADO



07/02/2025 09:29:51

Gestión: 2025

R_EGA_03_GRP0BJ

Página 1 de 3

GRUPO GASTO	NOMBRE	PRESUPUESTO APROBADO	PRESUPUESTO VIGENTE	PRECOMPROMISO	CREDITO DISPONIBLE
100	SERVICIOS PERSONALES				
110	PERSONAL PERMANENTE				
11100	Sueldos Básicos	103,636,874.00	103,636,874.00	7,089,127.67	96,547,746.33
11400	Adicionales	4,928,517.00	4,928,517.00	24,302.02	4,904,214.98
11510	Decimotercer Mes	8,636,418.00	8,636,418.00	0.00	8,636,418.00
11520	Decimocuarto Mes	8,636,418.00	8,636,418.00	0.00	8,636,418.00
11600	Complementos	7,651,047.00	7,651,047.00	2,192,869.82	5,458,177.18
11710	Contribuciones al Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo	15,027,361.00	15,027,361.00	0.00	15,027,361.00
11750	Contribuciones para Seguro Social	2,808,996.00	2,808,996.00	0.00	2,808,996.00
	SUBTOTAL	151,325,631.00	151,325,631.00	9,306,299.51	142,019,331.49
	SUBTOTAL	151,325,631.00	151,325,631.00	9,306,299.51	142,019,331.49
200	SERVICIOS NO PERSONALES				
210	SERVICIOS BASICOS				
21110	Suministro De Energía Eléctrica	2,885,945.00	2,885,945.00	0.00	2,885,945.00
21420	Telefonía Fija	10,000.00	10,000.00	0.00	10,000.00
240	SERVICIOS PROFESIONALES				
	SUBTOTAL	2,895,945.00	2,895,945.00	0.00	2,895,945.00
24110	Sangres y Componentes	2,014,475.00	2,014,475.00	0.00	2,014,475.00
260	PASAJES Y VIATICOS				
	SUBTOTAL	2,014,475.00	2,014,475.00	0.00	2,014,475.00
26210	Viáticos Nacionales	213,050.00	213,050.00	0.00	213,050.00
	SUBTOTAL	213,050.00	213,050.00	0.00	213,050.00
300	MATERIALES Y SUMINISTROS				
	SUBTOTAL	5,123,470.00	5,123,470.00	0.00	5,123,470.00
310	ALIMENTOS, PRODUCTOS AGROPECUARIOS Y FORESTALES				



República de Honduras

Secretaría de Salud

EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS POR GRUPO Y OBJETO DEL GASTO

TODAS LAS FUENTES FUENTE DESDE: 11 HASTA: 11

FECHA DESDE: 01/01/2025 HASTA: 07/02/2025

MOMENTO: PRECOMPROMISO ESTADO: ELABORADO



07/02/2025 09:29:51

Gestión: 2025

R_EGA_03_GRPBU

Página 2 de 3

GRUPO GASTO	NOMBRE	PRESUPUESTO APROBADO	PRESUPUESTO VIGENTE	PRECOMPROMISO	CREDITO DISPONIBLE
31110	Productos Alimenticios Y Bebidas	3,154,174.00	3,154,174.00	0.00	3,154,174.00
320	TEXTILES Y VESTUARIO	3,154,174.00	3,154,174.00	0.00	3,154,174.00
32100	Hilados y Telas	70,000.00	70,000.00	0.00	70,000.00
32310	Prendas de Vestir	275,000.00	275,000.00	0.00	275,000.00
330	PRODUCTOS DE PAPEL, CARTÓN E IMPRESOS	345,000.00	345,000.00	0.00	345,000.00
33100	Productos De Papel Y Cartón	185,000.00	185,000.00	0.00	185,000.00
33300	Productos de Artes Gráficas	156,113.00	156,113.00	0.00	156,113.00
350	PRODUCTOS QUIMICOS, FARMACEUTICOS, COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	341,113.00	341,113.00	0.00	341,113.00
35210	Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios	794,081.00	794,081.00	0.00	794,081.00
35230	Antirretrovirales	1,148,535.00	1,148,535.00	0.00	1,148,535.00
35251	Reactivos	2,855,000.00	2,855,000.00	0.00	2,855,000.00
35252	Reactivos VIH/SIDA	280,323.00	280,323.00	0.00	280,323.00
35260	Oxigeno Médico	1,100,000.00	1,100,000.00	0.00	1,100,000.00
35270	Vendaje para Fracturas y Otros	290,000.00	290,000.00	0.00	290,000.00
35610	Gasolina	242,500.00	242,500.00	0.00	242,500.00
35620	Diesel	575,800.00	575,800.00	0.00	575,800.00
35640	Gas LPG	154,064.00	154,064.00	0.00	154,064.00
35800	Productos de Material Plástico	221,476.00	221,476.00	0.00	221,476.00
35920	Productos Fotoquímicos	118,668.00	118,668.00	0.00	118,668.00
390	SUBTOTAL OTROS MATERIALES Y SUMINISTROS	7,780,447.00	7,780,447.00	0.00	7,780,447.00



República de Honduras

Secretaría de Salud

EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS POR GRUPO Y OBJETO DEL GASTO

TODAS LAS FUENTES
FECHA DESE : 01/01/2025 HASTA: 07/02/2025
MOMENTO: PRECOMPROMISO ESTADO: ELABORADO

GRUPO GASTO	NOMBRE	PRESUPUESTO APROBADO	PRESUPUESTO VIGENTE	PRECOMPROMISO	CREDITO DISPONIBLE
39100	Elementos de Limpieza y Aseo Personal	249,077.00	249,077.00	0.00	249,077.00
39510	Instrumental Médico Quirúrgico Menor	150,000.00	150,000.00	0.00	150,000.00
39520	Instrumental y Material para Laboratorio	559,974.00	559,974.00	0.00	559,974.00
39530	Material Médico Quirúrgico Menor	2,357,000.00	2,357,000.00	0.00	2,357,000.00
39540	Otro Instrumental, Accesorios y Material Médico	2,371,000.00	2,371,000.00	0.00	2,371,000.00
39550	Instrumental Médico Odontológico	100,000.00	100,000.00	0.00	100,000.00
39560	Materiales y Suministros Odontológicos	150,000.00	150,000.00	0.00	150,000.00
39600	Repuestos y Accesorios	65,624.00	65,624.00	0.00	65,624.00
SUBTOTAL		6,002,675.00	6,002,675.00	0.00	6,002,675.00
SUBTOTAL		17,623,409.00	17,623,409.00	0.00	17,623,409.00
400	BIENES CAPITALIZABLES				
420	MAQUINARIA Y EQUIPO				
42410	Equipo Médico, Sanitario, Hospitalario e Instrumental	1,569,992.00	1,569,992.00	0.00	1,569,992.00
42600	Equipos para Computación	150,000.00	150,000.00	0.00	150,000.00
SUBTOTAL		1,719,992.00	1,719,992.00	0.00	1,719,992.00
SUBTOTAL		1,719,992.00	1,719,992.00	0.00	1,719,992.00
500	TRANSFERENCIAS Y DONACIONES				
510	TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES AL SECTOR PRIVADO				
51240	Beneficios Especiales	61,067.00	61,067.00	0.00	61,067.00
SUBTOTAL		61,067.00	61,067.00	0.00	61,067.00
SUBTOTAL		61,067.00	61,067.00	0.00	61,067.00
TOTAL GENERAL:		175,853,569.00	175,853,569.00	9,306,299.51	166,547,269.49