

San Pedro Sula, Cortes
13 de febrero de 2025

Oficio N° 041-2025-AL-HNMCR

Señor Yefrin Castellanos
Jefe de Compras
HNMCR

Señor Castellanos, reciba de mi parte un cordial saludo.

En atención a su solicitud a través de correo electrónico de fecha doce de febrero del año 2025, en donde me solicitan verificar si los pliegos de condiciones para **"CONTRATACION DE SERVICIO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y BEBIDAS PARA EL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS PARA EL AÑO 2025"**, de la CD-001-2025-HNMCR, son congruentes con la Ley de Contratación del Estado y Su reglamento, al respecto esta unidad de asesoría legal emite el siguiente dictamen:

PRIMERO: la Dirección Ejecutiva solicita que se verifiquen los pliegos de condiciones para **"CONTRATACION DE SERVICIO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y BEBIDAS PARA EL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS PARA EL AÑO 2025"**, en este proceso se pretende realizar dicho servicio al Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, para cubrir las necesidades de este centro asistencial.

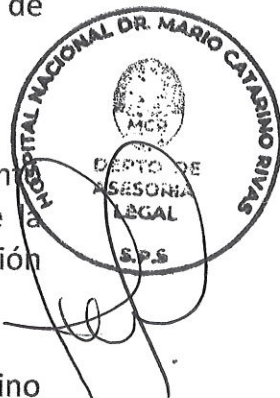
SEGUNDO: se adjunta a la presente solicitud la siguiente documentación: 1.- decreto ejecutivo **PCM 42-2024**, 2.- **ACUERDO No 029-2025**, 3.-solicitud del pedido, 4.- disponibilidad presupuestaria para el **objeto de gasto 31100, fuente 11**, 5.- **Visto bueno del Plan Anual de Compras y Contrataciones**, emitido en fecha 06 de febrero del 2025.

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, 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 dicho proceso, sin embargo este departamento recomienda que las empresas a participar en el proceso sean de preferencia las precalificadas por la ONCAE.

FUNDAMENTACION JURIDICA

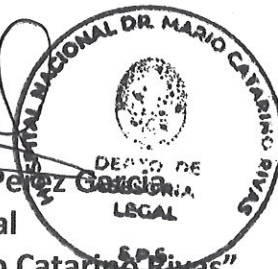
Artículos 72 de la Ley de Procedimiento Administrativo, artículo 40 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, 80 de Constitución de la República, artículos 99 del reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

RESOLUCION: Esta Unidad de Asesoría Legal del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, emite el siguiente **DICTAMEN LEGAL; PRIMERO:** Una vez revisado el pliego de condiciones para **"CONTRATACION DE SERVICIO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y BEBIDAS PARA EL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS PARA EL AÑO 2025"**, de la Contratación Directa N° CD-001-2025-HNMCR, se concluye que reúne todos los requisitos legales en tal sentido los mismos son congruentes con la Ley de



Contratación del Estado y su Reglamento, y con los formatos que para ello maneja la **ONCAE**; **SEGUNDO**: en cuanto las especificaciones técnicas y financieras esta unidad de asesoría legal se abstiene de emitir opinión legal por no ser expertos en la ejecución de la obra solicitada y es del criterio que la persona que elaboro las mismas es la garante de que las mismas correspondan a las necesidades y la ejecución de las mismas.

No habiendo más que agregar.


Abog. Iveth Alejandra Perez Garcia
Asesoría Legal
Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas"


copía: archivo
IAPG



DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



SECRETARIA DE SALUD **CONTRATACIÓN DIRECTA** NUMERO CD-001-2025-HNMCR

**“CONTRATACION DE SERVICIO DE PRODUCTOS
ALIMENTICIOS Y BEBIDAS PARA EL HOSPITAL DR. MARIO
CATARINO PARA EL AÑO 2025.”**

Fuente de Financiamiento
Fuente 11 Tesoro Nacional

 **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.

San Pedro Sula, Honduras C.A.

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 Nacional Dr. Mario Catarino Rivas para la “**CONTRATACION DE SERVICIO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y BEBIDAS PARA EL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS PARA EL AÑO 2025**” 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 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 servicios de Alimentación ofertados; el Precio Unitario detallado en el Formulario de Oferta por ÍTEM o Bloque, debe ser EL PRECIO UNITARIO DESGLOZADO. 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 del Servicio de Alimentación, entre el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas 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 noventa (90) 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.

2.- DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA OFERTA:

2.01 DOCUMENTACIÓN LEGAL

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta

1. Mantenimiento de la Oferta 2%
2. Fotocopia de la Escritura de Constitución de la Sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
3. 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 ...”

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. 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).

11. Documento Base (Pliego de Condiciones), debidamente firmado y sellado por el Representante legal de la Empresa.

12. Fotocopia del Registro Beneficiarios del Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI) de la secretaria de Finanzas.

13. Constancia de Solvencia Extendida por Cámara de Comercio de su localidad.

14. Fotocopia de la licencia Sanitaria emitida por la Agencia de Regulación Sanitaria “ARSA” Vigente.

15. Constancias de recomendación de contratación de los servicios de alimentos en otras instituciones no más de 3 años.

16. Constancia de proveedores que garanticen el abastecimiento de los insumos alimenticios para poder cumplir con el servicio de alimentación adjuntando historiales de compras.

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 Mario Catarino Rivas o presentar el Aviso de Prensa.

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. Firmado y sellado por la persona legalmente responsable de todo acto relacionado con la Oferta.
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. Lista de precio por partida Individual, firmado y sellado por el Representante Legal de la Empresa.
4. El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes a la secretaria de Salud en el lugar y fecha especificados en estas bases.
5. Presentar Cuadro de Las especificaciones Técnicas de los Servicios Ofrecidos
6. Detallar ISV cuando aplique
7. Stock de disponibilidad de Equipo y materiales que utilizara en la presentación de los servicios.

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 Costo de la Oferta

El Oferente financiera todos los costos relacionados con la preparación y presentación de su oferta, y el Comprador no estará sujeto ni será responsable en ningún caso por dichos costos, independientemente de la modalidad o del resultado del proceso de la Compra Directa.

3.02 Control de Calidad

En todo tiempo el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas podrá realizar inspecciones periódicas con personal Calificado, para determinar si el proveedor está ejecutando y cumpliendo el servicio que alude el presente **CONTRATO** en forma eficiente para el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, y en cualquier momento que lo consideren conveniente, en caso de ser necesario, la supervisión será acompañada por personal de la empresa contratada y al concluir la supervisión ambas partes deberá firmar el reporte final.

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.

3.04 Motivos de Descalificación de Oferta

1. No presentar las especificaciones técnicas de acuerdo a lo solicitado
2. Por no Haber subsanado los defectos, omisiones o cualquier otra subsanación requerida
3. Conforme se solicita en el tiempo indicado en el presente Pliego de Condiciones.
4. Establecer condicionamientos que no fueran requeridos.
5. No estar firmada por el oferente o su representante legal la carta propuesta
6. Cualquier otro motivo establecido en la ley de contratación del Estado y su Reglamento.

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 Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, 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, Garantía de Mantenimiento 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 tomarán 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 Físico (Obligatorio), **y presentar en versión digital en 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 Nacional Mario Catarino Rivas
Atención Oficina Depto. de Compras y Licitaciones
Barrio El Playón, contiguo a Plaza Pedregal, San Pedro
Sula, Honduras, C.A.
E-Mail. compras@hospitalmcr.hn**

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:
PROCESO N. CD-001-2025-HNMCR- CONTRATACION DE
SERVICIO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y DE BEBIDAS PARA
EL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS.**

Esquina Superior Derecha:

**San Pedro Sula, Martes 25 de Febrero del 2025 a las
10:00 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. El acto público de apertura de ofertas se realizará en Sala de conferencia, Primer piso del edificio Administrativo del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Barrio El Playón, Continuo a plaza Pedregal, **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 el **Departamento de Compras correo compras@hospitalmcr.hn**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar 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 Compras, mediante correo compras@hospitalmcr.hn o en su defecto por escrito a la Gerencia Administrativa adjuntando electrónicamente la solicitud al contacto administracion@hospitalmcr.hn con el Licenciado Manuel Melgar Orellana, Para efectos de aclaraciones las mismas serán emitidas antes del día **19/Febrero/2025** toda aclaración recibida después de la fecha límite no se tomará en cuenta, 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 Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, 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 República (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 a el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. En este proceso de Contratación Directa, la evaluación de las ofertas se iniciará con las de precio más bajo se considere la más económica o ventajosa y por ello mejor calificada, de acuerdo con criterios objetivos establecidos, quedando a criterio de la Comisión Evaluadora el número de ofertas a Evaluar.

8.02 Mínimo de Ofertas:

El Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, se reserva el derecho a continuar con el proceso cuando solo se presente **una (1) sola Oferta**, ya sea por ítem, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos establecidos continuando con el debido procedimiento.

De igual manera, podrá declarar este proceso de Contratación Directa suspendida o cancelada, cuando concurran 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 Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, la Adjudicación del contrato SE HARÁ POR ÍTEM al oferente que, cumpliendo las condiciones de participación, incluyendo su solvencia e idoneidad para ejecutar el contrato, 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 NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS y a satisfacción de éste, la documentación solicitada en los Pliegos de Condiciones. El proveedor deberá traer su garantía de Cumplimiento al momento de la Formalización del Contrato.

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. Los precios cotizados por el Oferente serán fijos durante la ejecución del Contrato y no estarán sujetos a ninguna variación por ningún motivo.

El oferente seleccionado deberá firmar el contrato dentro de los DIEZ (10) días hábiles subsiguientes a la notificación de adjudicación y presentar las Garantías Bancarias o Fianzas requeridas por el **HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS**, Sí por causas imputables a él no se cumple este requisito, quedará sin valor ni efecto la adjudicación, Se hará la efectividad a partir de la Formalización del Contrato.

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 Nacional Dr. Mario Catarino Rivas 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 Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, 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 República (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 Contratación del Servicio:

El Servicio de Alimentos se realizará en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas localizado en la Barrio El Playón, contiguo a Plaza Pedregal, San Pedro Sula, Honduras.

8.09 Requerimientos previos del Servicio:

La empresa contratada será responsable de suministrar los alimentos de acuerdo a lo solicitado En las especificaciones Técnicas. La Empresa contratada será responsable de hacer la entrega de los alimentos en los días, horas y lugar convenido. La Empresa contratada será

la responsable de utilizar materiales de alta calidad para la elaboración de los alimentos. La empresa contratada será responsable de que los alimentos serán frescos y que cumplan los requerimientos de Higiene en su elaboración, así como en el manejo. La empresa contratada será responsable de entregar dietas o raciones y deberán ser transportadas en un carro hermético que garantice que los alimentos no se contaminen durante su dispensación.

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 los diferentes servicios. Si dichas entregas no se realizan en el plazo pactado, **EL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS** 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 en el art. 113 del decreto 062-2023 de las Disposiciones Generales.

9. GARANTÍAS

9.01 Garantía de Mantenimiento

El Oferente deberá presentar como parte de su Oferta, una Garantía de Mantenimiento de la Oferta. 1. La Garantía de Mantenimiento de la Oferta será por el porcentaje estipulado en los DDL y denominada en Lempiras. En caso de que la oferta se presente en moneda diferente, a los fines del cálculo de la Garantía de Mantenimiento de la Oferta. 2. La Garantía de Mantenimiento de la Oferta deberá: (a) ser presentada en original (no se aceptarán copias); (b) permanecer válida por un período que expire 90 días después de la fecha límite de la validez de las Ofertas, o del período prorrogado, si corresponde. 3. La Garantía de Mantenimiento de la Oferta podrá ser: (a) garantía bancaria emitida por una institución debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; (b) fianza emitida por una institución de seguros debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; (c) Cheque certificado; Bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público. 4. Todas las Ofertas que no estén acompañadas por una Garantía de Mantenimiento de la oferta que sustancialmente responda a lo requerido en la cláusula mencionada, serán rechazadas por el Comprador por incumplimiento. 5. La Garantía de Mantenimiento de Oferta de los Oferentes cuyas Ofertas no fueron seleccionadas serán devueltas inmediatamente después de que el Oferente seleccionado suministre su Garantía de Cumplimiento. 6. La Garantía de Mantenimiento de la Oferta se podrá hacer efectiva si: (a) el Oferente retira su Oferta durante el período de validez de la Oferta especificado por el Oferente en la Oferta.

9.02 Garantías de Cumplimiento:

Una vez notificado el Oferente de la Resolución de Adjudicación, presentará al momento de la firma del contrato, una **Garantía Bancaria (Cheque Certificado= 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, El proveedor deberá traer su garantía de Cumplimiento al momento de la Formalización del Contrato

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

9.03 Garantía de Calidad:

Una vez extendida el Acta de Recepción final de los insumos adjudicados, El Contratista, otorgará a **el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas**, 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. Presentar una Garantía Bancaria a Favor del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas (**No se aceptarán cheques certificados**)

10. PAGOS

10.01 Forma de Pago:

El Hospital Nacional Mario Catarino Rivas pagará el servicio en conformidad con las siguientes condiciones: 1) El pago se hará en Lempiras, en la proporción que corresponda, para tal efecto se emitirán las respectivas órdenes de pago afectando la estructura la presupuestaria para este tipo de servicios, debiendo presentar El Proveedor para el mismo los siguientes documentados: -Factura Comercial a nombre de la unidad Ejecutora, 2) Recibo a nombre de la Tesorería General de la Republica 3)Acta de recepción mensual del servicio realizado ,debidamente aprobado por la autoridad superior.

11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA

Se realizara un Acta de Recepcion Mensual del Servicio realizado, Debidamente aprobado por la Autoridad Superior, Estos documentos debera presentarse en original y (3) copias .

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 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.

1.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

1.- REQUISITOS DEL SERVICIO Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

“CONTRATACION DE SERVICIO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y BEBIDAS”

No-	DETALLE	CANTIDAD PROMEDIO MENSUAL	CANTIDAD PROMEDIO POR 10 MESES
1.	PACIENTES ADULTOS		
	• DESAYUNO	736,478	
	• ALMUERZO	899,395	
	• CENA	844,503	24,812,190
	• DIETA (LIQUIDO CLAROS)	777	
	• FORMULAS POLIMERICAS	66	
	PACIENTES NIÑOS		
	• DESAYUNO	127,446	
	• ALMUERZO	146,171	3,958,360
	• CENA	121,992	
	• DIETA (LIQUIDOS CLAROS)	156	
	• FORMULAS POLIMERICAS	71	
	EMPLEADOS		
	• DESAYUNO	200,912	
	• ALMUERZO	1,136,561	
	• CENA	311,091	20,137,180
	• MERIENDAS	365,154	
TOTAL, PLATOS		48,907,730	

HORARIOS:

- DESAYUNO DE 6:30 AM A 8:00 AM
- ALMUERZO DE 11:30 AM A 2:00 PM
- CENA DE 4:30 PM A 6:00 PM
- MERIENDAS DE 9:00 AM A 10:00 AM y de 10:30 P.M 11:00 P.M

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

El presente pliego de condiciones técnicas tiene por objeto la prestación del Servicio de Alimentación a pacientes y empleados del Hospital Nacional “Dr. Mario Catarino Rivas” donde se definirán las directrices, lineamientos generales y las condiciones técnicas que han de regir durante el tiempo de vigencia del contrato y que se describen a continuación:

El presente pliego será de aplicación en el proceso de Contratación para la Adjudicación del Servicio de Alimentación de pacientes y empleados del Hospital Mario Catarino Rivas en San Pedro Sula, Cortés. HORARIO DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN → Desayuno de 6:30 a.m. a 8:00 a.m. → Almuerzo de 11:30 a.m. a 2:00 p.m. → Cena de 6:00 p.m. a 7:30 p.m. → Merienda de 09:00 a 10:00 am y de 10:30 p.m. a 11:00 p.m. ALCANCE DEL SERVICIO Sección VI. Lista de Requisitos:

- Elaborar o preparar las raciones de alimentos especiales y corrientes correspondientes a Pacientes y/o empleados, merienda (solo para Áreas Críticas, como ser UCI, Cuidados Intensivos Neonatales, Neonatos B, Adultos, Sala de Operaciones, Sala de Recuperación, Labor y Parto, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, y en casos sea necesarios). conforme al censo autorizado por la jefa de servicios externalizados.
- Elaborar o preparar las raciones de alimentos correspondientes a los pacientes hospitalizados De acuerdo a las dietas programadas por el Departamento o sala correspondiente.
- Elaborar o preparar merienda a los empleados de las Áreas Críticas, conforme a los roles turno C programados por los jefes de los Departamentos respectivos, revisados por la Jefatura de Talento Humano y autorizados por el Sub Director de Gestión de Recursos.
- Elaborar o preparar las raciones de alimentos consistentes en desayunos, almuerzos y cenas debidamente preparados a fin de conseguir una dieta completa, equilibrada, terapéutica y variada.
- Acatar las recomendaciones precisas para cada ración alimenticia y dietas según prescripción médica y contar para ello con una dietista o nutricionista especializada en alimentos y nutrición la cual será validada por el HNMCR.
- Cualquier situación que se presente y que no esté contemplada en las normas de servicio de alimentación y en el contrato, será la Subdirección de Gestión de Recursos del HNMCR la que dictará las medidas a seguir con o sin la participación del proveedor según se requiera.
- Las dietas Especiales, no modificaran su precio, por aumento de sus componentes, uso de alimentos dietéticos Especiales y servicio de merienda, no aplica para dietas líquidos claros.
- Las dietas de líquidos claros, se disminuirá el precio en comparación a la dieta normal, considerando la composición y la porción de este tipo de dietas.

Las dietas enterales que requieran formulas poliméricas cumpliendo con el requerimiento calórico necesario estará Basado en 300 kcal por toma (porción) en 6 onzas de agua o el requerimiento que el paciente necesite, Fórmulas poliméricas completa; Requerimientos nutricionales completos en macro y micro nutrientes. Formulas poliméricas especiales; Con requerimientos específicos modificados en nutrientes según patología o situación de salud. La elaboración de esta dieta deberá ser supervisada por personal de nuestro Hospital y autorizada por la Jefa de Servicios Externalizados

- El Jefa de Servicios Externalizados del Hospital o su delegado, será la única persona que tendrá autoridad para decidir el cambio de un menú y su sustitución por otro de igual o similar valor nutricional y económico según interés de la Institución o cuando el contratista exprese causa justificada que haga imposible su cumplimiento, siempre que se acuerde con la debida anticipación.
- Si por alguna razón un alimento no es tolerado por un paciente deberá sustituirlo por otro de similar valor nutritivo sin que aumente el precio por sustitución. LOS ALIMENTOS O NUTRIENTES ESTARÁN CONSTITUIDOS POR: **a) CARNES:** Res y cerdo 98% magro, pollo, gallina, pescado y filete de pescado. (de buena calidad) **b) GRANOS BÁSICOS:** Frijoles, arroz, maíz, café, azúcar, harina, sal, leche (0% grasa, deslactosada al 2% de grasa, entera y para dietas especiales leche de almendra al 30% grasa sin sabor) y sus derivados (queso y mantequilla), Incaparina, pan molde normal, pan con fibra para dietas, margarina, huevos, avena, Hojuelas de maíz, maicena. **c) PASTAS:** Espaguetis, macarrones, coditos, marmaon, etc. **d) ESPECIAS SOLO PARA DIETAS CORRIENTES:** Salsina, soda, comino, pimienta, clavos de olor, canela. Para dietas especiales no usar condimentos artificiales (clavos de olor, canela, laurel, orégano, tomillo, romero etc. **e) TUBÉRCULOS:** Yuca, papa, malanga, camote **f) VEGETALES:** tomates, rábanos, zanahorias, remolacha, repollo, chiles, lechuga, espinaca, habichuelas, patate, ayote, brócoli, coliflor, berenjena, pepino. **g) FRUTA:** Bananos, naranjas, manzanas, toronjas, limones, peras, moras, mangos, sandía, melón, piña o fruta de temporada. — Un menú diferente y diario para cada uno de los tiempos de comida se programará anticipadamente, debiendo ser conocido, analizado y aprobado por las autoridades del hospital. — Las Ollas, sartenes, cucharones, cuchillos, cafeteras, platos secos, platos hondos, tazas, vasos, platillos, tenedores, cucharas, cucharitas, azafates, serán proporcionadas por el suplidor y su control será exclusivamente competencia del mismo. —

Las dietas o raciones deberán ser transportadas en un carro hermético que garantice que los alimentos no se contaminen durante su dispensación y envasadas en bandeja cerrada 7x7 debidamente rotulada según la prescripción dieto terapéutica.

DIETAS DE USO HOSPITALARIO:

TIPO DE DIETA

CÓDIGO TIPO DE DIETA CÓDIGO: D01 CORRIENTES D33 DIETA DIABÉTICO BAJA EN GRASA* D02 NADA POR BOCA D34 DIETA DIABÉTICO ALTA EN GRASA* D03 LÍQUIDOS

CLAROS D35 DIETA DIABÉTICO BAJA EN FIBRA* D04 LÍQUIDOS COMPLETOS D36 DIETA DIABÉTICO ALTA EN FIBRA* D05 MECÁNICAMENTE SUAVE D37 DIETA DIABÉTICO ASTRINGENTE* (papillas, purés, flan) D06 DIETA BLANDA D38 DIETA BAJA EN GRASA HIPERPROTEICA* D07 DIETA/DIABÉTICO* D39 DIETA BAJA EN GRASA HIPOPROTEICA Sección VI. Lista de Requisitos 72 | 72 D08 DIETA HIPOSÓDICA D40 DIETA BAJA EN GRASA ALTA EN FIBRA D09 DIETA/LACTANTES 1 D41 DIETA BAJA EN GRASA BAJA EN FIBRA D10 DIETA/ LACTANTES 2 D42 DIETA BAJA EN GRASA HIPOSÓDICA D11 DIETA ENTERAL FORMULAS POLIMÉRICAS D43 DIETA BAJA EN GRASA ASTRINGENTE D12 DIETA ENTERAL FORMULAS POLIMÉRICAS DIABÉTICO D44 DIETA ALTA EN GRASA D13 DIETA ENTERAL FORMULAS POLIMÉRICAS HIPERPROTEICA D45 DIETA ALTA EN GRASA HIPERPROTEICA* D14 DIETA SUAVE HIPERPROTEICA* D46 DIETA ALTA EN GRASA HIPOPROTEICA D15 DIETA SUAVE HIPOPROTEICA D47 DIETA ALTA EN GRASA ALTA EN FIBRA D16 DIETA SUAVE/DIABÉTICO* D48 DIETA ALTA EN GRASA BAJA EN FIBRA D17 DIETA SUAVE HIPOSÓDICA D49 DIETA ALTA EN GRASA HIPOSÓDICA D18 DIETA SUAVE BAJA EN GRASA D50 DIETA ALTA EN GRASA ASTRINGENTE D19 DIETA SUAVE ALTA EN GRASA D51 DIETA HIPERPROTEICA D20 DIETA SUAVE ALTA EN FIBRA D52 DIETA HIPERPROTEICA HIPOSODICA D21 DIETA SUAVE BAJA EN FIBRA D53 DIETA HIPERPROTEICA ALTA EN FIBRA D22 DIETA SUAVE ASTRINGENTE D54 DIETA HIPERPROTEICA BAJA EN FIBRA D23 DIETA BLANDA HIPERPROTEICA* D55 DIETA HIPERPROTEICA ASTRINGENTE D24 DIETA BLANDA HIPOPROTEICA D56 DIETA HIPOPROTEICA Sección VI. Lista de Requisitos 73 | 73 D25 DIETA BLANDA HIPOSÓDICA D57 DIETA HIPOPROTEICA HIPOSÓDICA D26 DIETA BLANDA/DIABÉTICO D58 DIETA HIPOPROTEICA ALTA EN FIBRA D27 DIETA BLANDA BAJA EN FIBRA D59 DIETA HIPOPROTEICA BAJA EN FIBRA D28 DIETA BLANDA ALTA EN FIBRA D60 DIETA HIPOPROTEICA ASTRINGENTE D29 DIETA BLANDA ASTRINGENTE D61 DIETA ASTRINGENTE D30 DIETA DIABÉTICO HIPOSÓDICA* D62 DIETA HIPOSÓDICA ASTRINGENTE D31 DIETA DIABÉTICO HIPERPROTEICA* D63 DIETA ALTA EN FIBRA D32 DIETA DIABÉTICO HIPOPROTEICA* D64 DIETA BAJA EN FIBRA **OBSERVACIONES:** DISTRIBUIDA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA Y 2 MERIENDAS PARA PACIENTE, SIN INCURRIR EN COSTO EXTRA.

Observaciones: Se tomará como base para preparación de las dietas el menú de alimentación corriente. Basado en dos mil calorías distribuidos en los 3 tiempos de comida: Desayuno, Almuerzo, Cena y meriendas(empleados), Especificar menú de Meriendas.
Componentes de Menús:

- Será obligación del oferente adjudicado, mantener en bodega con 48 horas de anticipación, los componentes necesarios para el cumplimiento del menú diario.
- El contratista debe mantener en bodega o adquirir en forma inmediata complementos alimenticios para adecuar nutricionalmente aquellas dietas que por sí solas no ofrecen o no cumplen con los requisitos nutricionales indispensables, como es el caso de las dietas

liquidas, liquidas sin lácteos, dietas por sondas y demás similares, deben incluir según el caso 2 meriendas diarias sin modificar el precio.

- Se debe estipular un área para el proceso de dietas terapéuticas contando con un manual o guías de dietas Especiales elaboradas por la sección de Dietética del Hospital, el cual será cumplido a cabalidad por la compañía contratada.
- La distribución de los alimentos para pacientes deberá ser efectuada en carros térmicos, debidamente identificada con la etiqueta que corresponda según la dieta prescrita con la fecha y hora de elaboración.
- En caso de no contar con los carros térmicos la empresa a contratar buscara un mecanismo para que el paciente reciba su dieta con la temperatura adecuada (caliente).
- La papelería que corresponda a procedimientos internos del servicio de la alimentación será suministrada por la compañía contratada, de acuerdo con especificaciones establecidas por la Sección de Dietética y/o Sub Dirección de Gestión de Recursos del hospital. Con el fin de unificar criterios, evitar la improvisación y mantener una claridad estándar en las preparaciones, así como la presentación y distribución de los alimentos y asegurar el aporte calórico requerido, el suplidor adjudicado estará obligado a presentar recetas estandarizadas (formulario de cocina), previa verificación por parte de la Sección de Dietética del Hospital a los que éste convenga. —

CANTIDADES MÍNIMAS DE ALIMENTACIÓN POR PORCIÓN EN COCIDO: "EL PROVEEDOR" se obliga a que las porciones alimenticias en cocido, tengan como mínimo las siguientes cantidades de nutrientes: Carne de res con hueso 5 onzas y sin hueso 4 onzas, cerdo con hueso 5 onzas y sin hueso 4 onzas, res sin hueso 4 onzas, cerdo sin hueso 5 onzas, pollo con hueso 5 onzas, pollo deshuesado 4 onzas, pescado con hueso 6 onzas, pescado filete 5 onzas, carne molida 4 onzas, embutidos 3 onzas, productos de leche (cuajo) 3 onzas, mantequilla 1 onza, leche con cereal seco con porción 1/3 litro, leche con cereal cocido por porción 1/4 libra, verduras cocidas 4 onzas, fruta 3 a 5 onzas, jugo puro y natural 8 onzas, PORCIONES COCIDAS: Arroz 3 onzas, fríjol 4 onzas, pastas 3 onzas a este efecto y con el fin de unificar criterios, evitar la improvisación y mantener una calidad estándar de las preparaciones así como la presentación y distribución de las raciones alimenticias y asegurar el porte calórico requerido, "EL PROVEEDOR" estará obligado a presentar recetas estandarizadas (formularios de cocina) los cuales serán verificados por la sección dietética del Hospital y se estará a la decisión que al efecto se tome. Listado de Vajillas, Utensilios, Servicios Pequeños y otros Necesarios para el Servicio a Suministrar por el oferente para Servicios de Pacientes:

PEDIATRÍA: Bandejas desechables N.7x7, Vasos soperos desechables, soperas, vasos térmicos, tacitas, cucharitas

ADULTOS: Bandejas, soperas, vasos térmicos, tasas y juego de cubiertos.

AISLAMIENTO, OBSERVACIÓN Y OTRAS SIMILARES: Platos desechables, vasos desechables con tapadera, Cubiertos desechables.

EMPLEADOS: Azafates, bandejas, plato soperero, plato para postre, vasos, tazas, platillos, juego de cubiertos.

Utensilios para la Preparación y Distribución: \ Ollas de 60 a 70 litros \ Ollas de 5 a 10 litros \ Ollas de 2 litros \ Bandejas de 8 cms. de profundidad \ Bandejas de 60 70 cms. de diámetro \ Freideras de 30 cms. de diámetro Freideras de 20 cms. de diámetro Jarros de 2 litros \ Moldes para hornear de 35 cms. de diámetro. Moldes para hornear de 28 cms. de diámetro. \ Moldes para hornear de 25 cms. de diámetro. Juego de ollas \ Cuchillo para vegetales Sección VI. Lista de Requisitos 75 | 75 \ Cuchillo corriente \ Rayador \ Colador para vegetales y pastas (30 cms. de diámetro) \ Colador fino (10 cms. de diámetro) Colador fino (15 cms. de diámetro) Colador fino (25 cms. de diámetro) Rebanadora de carne \ Licuadora de 5 litros \ Ecurridores \ Coladores de café \ Moldes rectangulares para postres \ Moldes individuales para postres \ Espátula de hule \ Batidora manual \ Espátulas anchas de madera Juego de tasas de medir Juego de cucharas de medir \ Carros herméticos para mantener caliente las raciones de alimentos mientras son dispensadas en las salas.

OBSERVACIÓN: El suplidor se compromete a utilizar (previa aceptación de la Sección de Dietética) únicamente vajilla para uso hospitalario. En el caso de pérdidas o deterioro de estas, está obligado a su reposición a fin de no atrasar el servicio, e informar al hospital para que se tomen las medidas correctivas pertinentes: Inventario de equipo con el que cuenta el Hospital: 1) Escritorio secretarial, plataforma de formica, estructura metálica 3 gavetas. 2)Estante estructura metálica fijo, 3 entrepaños. 3)Papelera estructura metálica 3 depósitos. 4)Silla secretaria sin brazo, plástico giratoria y rodante. 5) Ups marca smarbitt modelo smarbitt. 6) Lavador de trastes estructura metálica, tipo lavamanos de acero inoxidable medias 26x32x110. 7) Lavador de trastes estructura metálica, tipo lavamanos de acero inoxidable medias 36x28x115. 8)Lavaplatos acero inoxidable dos depósitos. 9) Lavador de trastes estructura metálica, tipo lavamanos de acero inoxidable medias 94x34x26. 10)Silla secretaria, con brazos, forro de cuerina. 11)Silla secretarial, con brazos, forro de cuerina. 12) Silla secretarial, con brazos, forro de cuerina. 13) Lavador de trastes estructura metálica, tipo lavamanos de acero inoxidable medias 27x29x30. 14) Lavador de trastes estructura metálica, tipo lavamanos de acero inoxidable medias 27x29x30. 15) Carrito tipo bañera estructura metálica con rodos. 16) Carrito tipo bañera estructura metálica con rodos. 17) Carrito tipo bañera estructura metálica con rodos. 18) Carro medico rodantes entrepaños. 18) Estante estructura metálica 4 entrepaños rodante medidas. 19) Armario estructura metálica rodante 3 puertas plásticas 54x24x632. 20) Congelador cuarto frio marca BHN. 21) Congelador cuarto frio marca BHN. 22) Congelador cuarto frio marca Whisper Aire. 23) 22 unidades de Recipiente de acero inoxidable /24) Silla giratoria, estructura metalica forro de tela, sin brazo. 25) Silla Giratoria y Rodante. 26)Silla Giratoria, Estructura metalica. 27) Silla

Giratoria , Estructura metalica. 28)Escritorio estructura metalica plataforma de formica. 29) Silla Fija estructura plástica. 30) Silla Fija estructura Plástica. 31) Escritorio estructura metálica plataforma de formica. 32) Mesa de noche estructura de Madena 2 gavetas. 33) Casilleros Lockers, estructura metalica, depósitos 4 . 34) Estante Estructura Metalica entrepaños 4. 35)Estante Estructura metalica entrepaños 4 medidas 72x18x48. 35) Mesa de Trabajo Estructura Metalica Plataforma metalica. 36) Mesa de Trabajo Estructura Metalica Plataforma metalica. 37) Pendiente inventario por parte del hospital y lo que tiene q contar el proveedor.

Criterios de Evaluación:

Al evaluar el costo de una oferta, el Comprador deberá considerar, además del precio cotizado, de conformidad con la Cláusula 14.6 de las IAO, uno o más de los siguientes factores estipulados en la Sub cláusula 36.3(d) de las IAO y en los DDL en referencia a la Cláusula IAO 36.3(d), aplicando los métodos y criterios indicados a continuación. (a) Plan de entregas (según el código de Incoterms indicado en los DDL) (N/A) Los Bienes detallados en la Lista de bienes deberán ser entregados dentro del plazo aceptable estipulado en la Sección VI, Plan de Entregas (después de la fecha más temprana y antes de la fecha final, incluyendo ambas fechas). No se otorgará crédito por entregas anteriores a la fecha más temprana, y las ofertas con propuestas de entrega posteriores a la fecha final se considerarán que no cumplen con lo solicitado. Solamente para propósitos de evaluación y según se especifica en los DDL, Sub cláusula 36.3(d), se adicionará un ajuste al precio de las ofertas que ofrezcan entregas después de la “Primera Fecha de Entrega” dentro de este plazo aceptable indicado en la Sección VI, Plan de Entregas.

DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO Y OPERACIÓN DEL EQUIPO

a) El oferente adjudicado dará toda la facilidad a las autoridades del hospital para realizar la supervisión técnica del servicio y atenderá sus recomendaciones para garantizar el buen funcionamiento del servicio y operación del equipo.

b) Todo el personal empleado que fuere contratado por el oferente adjudicado estará en la obligación de acatar las observaciones y reglamentaciones del hospital. Así mismo será responsabilidad exclusiva del oferente adjudicado las obligaciones civiles, mercantiles, laborales y de cualquier otra índole que se produzcan durante la vigencia del contrato en relación con el personal contratado.

c) El oferente adjudicado será responsable de la recolección y manejo de la basura que se origina en la cocina, dispondrá de los medios necesarios y adecuados para el traslado de la misma al lugar indicado por la Alcaldía Municipal.

d) El traslado de la basura debe ser en bolsas o recipiente debidamente cerrados para evitar esparcir los desechos durante el transporte hasta su destino final.

e) Proporcionará a cada empleado un sistema de ticket de supervisión por parte del Hospital, que regulará el número de los servicios de alimentación que tendrá derecho por cada turno, conforme al día, fecha y departamento, controlado y autorizado por el subdirector de Gestión de Recursos. Cuyo codo corresponde al registro de Contabilidad.

- f) Conformará una Comisión de Supervisión y Vigilancia integrada por el subdirector de Gestión de Recursos, Enfermería, Cuerpo Médico y área de nutrición la que supervisará las raciones de comida servidas a los pacientes hospitalizados y empleados de turno para garantizar la calidad de la misma.
- g) Los carros Herméticos deben tener su debida desinfección después de su lavado.
- e) Enviar menús con anticipación cuando sea el caso de un nuevo trimestre para previa revisión y aprobación por parte del Hospital.
- f) Los supervisores por parte del Hospital se encargarán de ir a cada sala para solicitar las ordenes de dietas correspondientes al almuerzo hora 9:30 am y cena 2:30 pm.
- g) Enviar a la programadora del hospital que está en la jefatura de servicios, externalizados los vouchers de las ordenes de dietas servidas en las salas no mas de 2 días de atraso.
- h) Presentar recetas estandarizadas a la jefatura de servicios externalizados. Para verificar que recetas se pueden preparar.
- i) Se pasará diario supervisiones en TODA el área de S.A
- j) Cambiar la Vajilla que utiliza el personal que están en mal estado y tener los suficiente para los servicios (desayuno, almuerzo y cena)
- k) Cambiar los freezers que están desprendiendo oxido, de igual manera cambiar utensilios en mal estado que se utilizan para la preparación de alimentos del paciente y personal.

Responsabilidades de la Empresa a Contratar:

- La firma contratada será responsable directa de la atención, manejo, control y supervisión de su personal.
- La Firma contratada deberá conocer ampliamente los Reglamentos y normas que se aplican en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas y Velar por su estricto cumplimiento.
- La firma Contratada será responsable de la recolección y manejo de los residuos que se originan en la cocina. El traslado de los residuos sólidos deber ser en bolsas o recipientes debidamente cerrados para evitar esparcir los desechos durante el transporte y será responsable de su disposición final. La limpieza y retiro final de envases embalajes, basuras y cualquier clase de residuos generados en las zonas de trabajo. En consecuencia, La prestación del servicio de desarrollar atendiendo a los siguientes criterios de buena gestión medioambiental:

- Prevención de Fugas, derrames y contaminación del suelo, cajas de registro o cauces, con prohibición de la realización de cualquier vertido incontrolado.
- Almacenamiento y manipulación adecuada de productos químicos y mercancías o residuos peligrosos.
- La firma contratada deberá pagar el servicio de Gas LPG, Y todos los insumos necesarios para proveer los alimentos en tiempo y forma.
- El Hospital Facilitara el local, y el equipo y mobiliario propiedad de Hospital que utilice el proveedor será usufructo sin que adquiera derecho alguno sobre los mismos:
- El Hospital Mario Catarino requiere que la empresa adjudicada pague por el uso de las instalaciones, equipo, utensilios, suministros y servicios y públicos por lo cual se requiere la cantidad de L.80,000.00(ochenta mil lempiras netos) por mes.
- Asimismo, el HNMCR levantara un acta de inventario de los enseres y menaje que se ponen a disposición del proveedor para la exclusiva prestación del servicio contratado con la obligación del proceder a su reposición en la forma establecida en el apartado siguiente:

El Proveedor habrá de mantener en perfecto estado de conservación y funcionamiento todos los medios que se le proporcionan, obligándose a reponer todos los medios que se le proporcionan, obligándose a reponer todos los enseres deteriorados, inservibles, obsoletos o extraviados a su cargo durante la presentación del servicio, así como a aportar todos los productos de un solo uso. El Mantenimiento y conservación de las instalaciones y equipos corresponderán al proveedor el cual deberá contar con un plan de mantenimiento Preventivo aprobado por el depto. de Servicio Generales y Correctivo cuando sea necesario.

- Los locales, instalaciones, maquinarias y enseres solo podrán ser destinadas a la prestación del servicio contratado, sin que, en ningún caso, el proveedor pueda desarrollar otras actividades o atender los requerimientos del personal u otros centros ajenos a la actividad del HNMCR o suministrar alimentos a pacientes o terceros que no sean solicitados o autorizadas conforme a lo dispuesto en el presente pliego.
- El Hospital brindara el suministro de agua y energía en el local del Hospital obligándose al proveedor a realizar un consumo responsable de y asumir los gastos derivados del suministro del gas y del uso de las líneas telefónicas adscritas a la empresa prestadora del Servicio.

- La firma contratada dispondrá de un nutricionista, para definir de la mejor manera posible junto con el visto bueno del Contratante el menú de la semana y deberá presentar semanalmente un informe de la calidad y del aporte nutricional de las dietas servidas.
- El Oferente Adjudicado deberá fumigar toda el área de cocina mínimo una vez al mes. (deberá contratar los servicios de una empresa certificada en el rubro).
- El oferente adjudicado deberá dar limpieza y evacuación de las trampas de grasa incluyendo el Hol del área de Cocina como mínimo una vez al mes. (deberá contratar los servicios de una empresa certificada en el rubro).

Obligaciones del suplidor con el Personal Laborante:

La calidad de patrono durante la ejecución del servicio contratado será asumida únicamente por el suplidor. Además, serán responsabilidades exclusivas del suplidor las obligaciones civiles, mercantiles, laborales y de cualquier otra índole que se produzcan durante la vigencia del Contrato o ejecución incluyendo lo relacionado con las personas que se emplean y que aluden lo siguiente:

- Salarios (Incluyendo horas extras)
- Prestaciones laborales
- Vacaciones Cotizaciones al IHSS
- Permisos
- Pagos de Incapacidades
- Uniformes
- Equipo de Protección Personal
- Otros que contemplen las leyes Vigentes.

Nota: Presentar el Respaldo de estas obligaciones con documentos válidos y legales por escrito.

Gestión y Operación de los Servicios:

- El oferente adjudicado dará toda la facilidad a las autoridades del Hospital para realizar la supervisión técnica del servicio y atenderá sus recomendaciones para garantizar el buen funcionamiento del servicio.

- Todo el personal empleado que fuere contratado por el contratista estará en la obligación de acatar las observaciones y reglamentaciones del Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, asimismo es responsabilidad exclusiva de la empresa contratada las obligaciones civiles, mercantiles, laborales y de cualquier otra índole que se produzca durante la vigencia del contrato, en relación con el personal contratado.
- El Oferente adjudicado deberá cumplir con los estándares mínimos de seguridad e higiene de los trabajadores contratados para prestar el servicio de alimentación.
- El personal laborante deberá usar uniforme, EPP, mascarilla, gorro, guantes para manipular frutas adecuados para evitar la contaminación y cualquier otro implemento necesario para asegurar la higiene en la preparación y distribución de alimentos.
- Estabilidad de la empresa y el cumplimiento reflejado en contratos anteriores celebrado con otras empresas.

REQUISITOS PARA CALIFICACION POSTERIOR

- **Capacidad Financiera**

El oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos financieros:

Estados financieros y Balance Generales debitados auditados por empresas Auditorias por Empresas Auditoras independientes, correspondiente a los años 2021, 2022 y 2023.

- **Experiencia y Capacidad Técnica**

El oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos de experiencia:

Contratos celebrados con el Estado de Honduras o con Empresas Privadas, en los últimos tres años de preparación en la preparación de alimentos y dietas especiales, con altos volúmenes de consumo en alimentos.

El oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos de experiencia.

- Diploma de manejo de Buenas Prácticas en Manipulación de Alimentos
- Adjuntar como mínimo dos (2) Contratos celebrados y finalizados con el Gobierno o empresa públicas o privadas.

El Oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre el cumplimiento de lo De los Bienes que ofrece con los siguientes requisitos de utilización: Dos constancias como mínimo de satisfacción de una o más empresas a las cuales le han proveído el producto ofertado.

- El Oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestra la capacidad profesional del personal (Títulos profesionales y Curriculum Vitae) que brindará los servicios de acuerdo a lo siguiente:

Administrador: Técnico administrador o su equivalente, experiencia en manejo de personal y en servicios de alimentación. Un (1) de experiencia laboral.

Supervisor: Secundaria terminada, experiencia en manejo de personal Un año (1) en experiencia laboral.

Especialista en nutrición y dietética hospitalaria: Graduado como tal y por lo menos (2) años de experiencia práctica en su campo.

Cocinero general: secundaria completa terminada. Experiencia 1 año

Chef: Secundaria terminada Título o diploma que certifique formación, experiencia de dos años (2) años como cocinero en dietas especiales.

Encargado de bodega: Secundaria terminada.

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
Mantenimiento de la Oferta 2%		
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 ...”		
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.		
Documento Base (Pliego de Condiciones) debidamente firmado y sellado por el Representante Legal de la Empresa.		
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).		
Fotocopia de la licencia sanitaria emitida por la agencia de Regulación Sanitaria ARSA vigente		
Constancia de Solvencia Extendida por la Cámara de Comercio de su Localidad		
Fotocopia del Registro Beneficiario del Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI) de la secretaría de Finanzas.		

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 Ítem o Bloque.		

10.03 Evaluación Técnica:

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

ASPECTO VERIFICABLE	ÍTEM	CUMPLE	NO CUMPLE

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 Ítem 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 Fianza/Garantía de Mantenimiento de la Oferta
- j) Formato Fianza/Garantía de Cumplimiento
- k) Formato Fianza/Garantía de Calidad

FORMULARIO PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

SAN PEDRO SULA, CORTES.

Señores:

HOSPITAL NACIONAL MARIO CATARINO RIVAS

ATENCIÓN:

REF: Contratación Directa No. CD-____-2025-HNMCR

“ADQUISICIÓN DE SERVICIO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y BEBIDAS PARA EL HOSPITAL NACIONAL MARIO CATARINO RIVAS”

Derecha: “NO ABRIR ANTES DE LA HORA Y FECHA ESTABLECIDA”

Señores: HOSPITAL NACIONAL MARIO CATARINO RIVAS:

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 -____-2025-HNMCR, de conformidad con la misma, ofrezco contratación de un servicio de alimentos 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 del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, 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 Noventa (90) 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 secretaria 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-_____-2025-HNMCR

NOMBRE DE EL PROVEEDOR:

DESCRIPCIÓN DE EMPAQUES Y ETIQUETADOS: (PRIMARIO Y SECUNDARIO)

No. de Ítem	Nombre del Producto	Unidad de Presentación (UP)	Descripción Técnica Ofertada	Cantidad Estimada (Unidades)	I.S. V	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. Ítem	Descripción del Insumo	Plazos de entrega	Cantida d y Unidad de present ación ofertada	Precio Unitario Ofertad o (Lempir as L) (Dos Decimal es)	Precio Total Ofertado por cada artículo (Lempiras L) (Dos Decimales)	Impues to sobre la Venta	Precio Total Ofertado (Lempiras

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 prácticas éticas y de buena gobernanza en los procesos de contratación.

En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudad, municipio de

_____, Departamento de _____ a los _____, días del mes de _____ del año.

FIRMA Y SELLO

(en caso de persona Natural solo Firma)

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

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 REEMPLAZO

Acta 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 GARANTIA MANTENIMIENTO DE OFERTA

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO: _____

GARANTIA / FIANZA

DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N.º _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

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

SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA: _____

VIGENCIA De: _____ Hasta: _____

BENEFICIARIO: _____

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

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

Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:

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

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

FIRMA AUTORIZADA

FORMATO 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

AFIANZADA



FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CALIDAD**ASEGURADORA / BANCO****GARANTÍA / FIANZA DE CALIDAD N°:** _____**FECHA DE EMISIÓN:** _____**AFIANZADO/GARANTIZADO:** _____**DIRECCIÓN Y TELÉFONO:** _____

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 _____. **AFIANZADO FIRMA AUTORIZADA**



FORMATO ACTA DE COMPROMISO DE REEMPLAZO

Acta 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



10 de Febrero de 2025

San Pedro Sula, Cortes, Honduras

Oficio: 30-SG2025-HNMCR

Lic. Manuel Melgar

SUB DIRECCION DE GESTION DE RECURSOS HMCR

Estimado Lic. Melgar

Le saludo muy cordialmente, deseándole éxitos en sus proyectos y labores diarias.

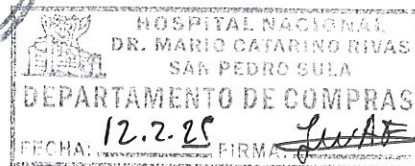
El propósito de este documento es para solicitar su colaboración en la coordinación del proceso de contratación de una nueva empresa que provea los servicios de alimentación para pacientes y empleados de nuestro centro hospitalario. Esto se debe a que el contrato actual con la empresa que presta este servicio está por finalizar.

A continuación adjunto resumen del promedio de alimentación de los últimos 10 meses y promedio de consumo mensual donde se describen las necesidades esenciales de este Centro Hospitalario.

Sin otro particular quedo a la espera de una respuesta a esta solicitud.
Atentamente:

CC: Archivo


Ing. Jose Ramon Bonilla
Coordinador de Servicios Generales



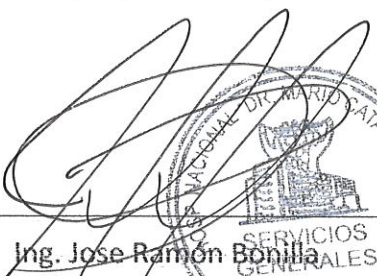
12:05 PM



Promedio de alimentación requerido HNMCR

Descripción necesidad	Promedio Mensual HNMCR		
	Desayuno	Almuerzo	Cena
Empleados	200,911.70	1,136,561.30	311,091.50
Paciente Adulto	736,478.30	899,394.80	844,503.20
Pacientes niños	127,569.00	146,293.90	121,991.90
Meriendas	121,717.90	121,717.90	121,717.90
Poliméricas Pacientes Adultos	25.00	20.00	21.00
Poliméricas Pacientes Niños	22.00	20.00	29.00
Dietas líquidos claros Adultos	259.00	259.00	259.00
Dietas líquidos claros Niños	52.40	52.40	52.40

Descripción necesidad	Promedio a 10 meses HNMCR		
	Desayuno	Almuerzo	Cena
Empleados	2,009,117.00	11,365,613.00	3,110,915.00
Paciente Adulto	7,364,783.00	8,993,948.00	8,445,032.00
Pacientes niños	1,275,690.00	1,462,939.00	1,219,919.00
Meriendas	1,217,179.00	1,217,179.00	1,217,179.00
Poliméricas Pacientes Adultos	250.00	200.00	210.00
Poliméricas Pacientes Niños	220.00	200.00	290.00
Dietas líquidos claros Adultos	2,590.00	2,590.00	2,590.00
Dietas líquidos claros Niños	524.00	524.00	524.00


Ing. Jose Ramon Bonilla
Coordinador de Servicios Generales



INFORME PROYECCION 10 MESES SERVICIOS EXTERNALIZADOS (ALIMENTOS)
HOSPITAL NACIONAL MARIO CATARINO RIVAS

2024	EMPLEADOS				PACIENTES ADULTOS				PACIENTES NIÑOS		
	MES	DESAYUNO	ALMUERZO	CENAS	MERIENDA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNOS	ALMUERZO	CENAS
	MARZO	197,966.00	1,081,161.00	317,395.00	320,265.00	753,362.00	863,259.00	805,025.00	117,089.00	136,122.00	114,982.00
	ABRIL	195,052.00	1,227,786.00	325,325.00	353,925.00	763,158.00	874,299.00	823,940.00	122,335.00	140,924.00	116,401.00
	MAYO	200,260.00	1,220,403.00	309,140.00	367,065.00	826,150.00	939,573.00	885,235.00	130,806.00	150,283.00	126,721.00
	JUNIO	198,834.00	1,122,078.00	321,815.00	382,455.00	801,288.00	907,350.00	882,160.00	140,481.00	165,326.00	136,654.00
	JULIO	211,420.00	1,177,761.00	340,600.00	403,380.00	813,254.00	938,813.00	883,870.00	144,953.00	164,248.00	138,525.00
	AGOSTO	223,199.00	1,193,740.00	312,000.00	379,217.00	858,758.00	981,444.00	914,048.00	159,012.00	175,344.00	145,614.00
	SEPTIEMBRE	205,021.00	1,134,308.00	309,312.00	386,355.00	801,601.00	915,620.00	858,048.00	136,878.00	160,800.00	130,956.00
	OCTUBRE	205,631.00	1,111,324.00	295,680.00	360,684.00	751,215.00	860,540.00	802,560.00	120,204.00	136,896.00	115,710.00
	NOVIEMBRE	188,063.00	1,090,040.00	288,256.00	341,764.00	740,662.00	849,660.00	791,744.00	112,392.00	126,816.00	107,142.00
	DICIEMBRE	183,671.00	1,007,012.00	291,392.00	356,427.00	757,925.00	865,980.00	820,992.00	92,064.00	106,704.00	87,738.00
	SUMA 10 MES	2,009,117.00	11,365,613.00	3,110,915.00	3,651,537.00	7,367,373.00	8,996,538.00	8,447,622.00	1,275,214.00	1,463,463.00	1,220,443.00
	PROMEDIO	200,911.70	1,136,561.30	311,091.50	365,153.70	736,737.30	899,653.80	844,762.20	127,621.40	146,346.30	122,044.30

POLIMERICAS

2024	PACIENTES ADULTOS				PACIENTES NIÑOS			
	MES	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	DESAYUNOS	ALMUERZO	CENAS	
	Mar-24	7	7	6			3	
	Apr-24	6	7	25				
	May-24	53	48	49	2	3	2	
	Jun-24	8	11	8	12	11	12	
	Julio-2024	62	0	3	16	14	20	
	agosto-2024	12	0	6	73	56	84	
	septiembre-2024	26	21	20	39	38	46	
	Octubre-2024	26	49	28	16	22	22	
	Noviembre-2024	30	33	47	32	30	43	
	Diciembre-2024	17	19	19	28	29	60	
	TOTAL 10 Meses	247	195	211	218	203	292	
	PROM 1 Meses	25	20	21	22	20	29	



Oficio No.010-2025-UST
6/02/2025

Solicitud de proyección de dietas.

Reporte de los últimos 10 meses del año 2024 de las dietas líquidos claros a
pacientes pediátricos y adultos por parte del servicio de alimentación.

MES	NINOS	PACIENTE
Marzo	75	267
Abril	88	324
Mayo	67	348
Junio	55	215
Julio	64	293
Agosto	28	311
Septiembre	53	244
Octubre	53	226
Noviembre	38	251
Diciembre	61	398
Total	582	2877

Licda. Olaya Sarahi Gómez
Jefa unidad de servicios externalizados

HOSPITAL NACIONAL
DR. MARIO CATARINO RIVAS
SAN PEDRO SULA
DEPARTAMENTO DE COMPRAS
FECHA: 6/2/25 FIRMA: [Firma]

A-021-2025

VISTO BUENO

Tegucigalpa, M. D. C.

A: Dr. Gabriel Edgardo Paredes Fernández – Director Ejecutivo, Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.

DE: Karen Melissa Cruz Carías- CPC número: 0133

FECHA: 06 de febrero del 2025.

En respuesta a su solicitud a través de oficio No.144-2025-DE-HNMCR, recibido subsanado por correo electrónico el 30 de enero del presente año, otorgo el Visto Bueno al siguiente documento:

- ***Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) para el año 2025 correspondiente al Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.***
- En el Sistema de HonduCompras en la descripción debe colocarse igual al formato que se otorga dicho Visto Bueno.
- Considerar programar compras para el de noviembre, para evitar una negativa de publicación en HonduCompras.

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,

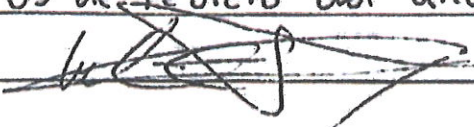
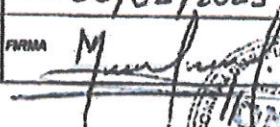
Firma:

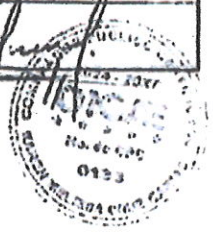
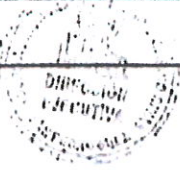


Nombre:

Karen Melissa Cruz Carías

Número: 0133

LISTA PARA ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PLAN ANUAL DE COMPRAS Y CONTRATACIONES				
FOAC-02	PACC		10	
TIPO DE ASEGURAMIENTO:				
PREVIO A LA PRIMERA PUBLICACIÓN EN HONDUCOMPRAS	☒	Observaciones:		
MODIFICACIÓN DESPUÉS DE PUBLICACIÓN EN HONDUCOMPRAS	☐	Publicar en Honducompras.		
OTRO	☐			
INSTITUCIÓN: Secretaría de Salud				
GERENCIA ADMINISTRATIVA: Hospital Nacional Dr. Mario Cordero Rojas				
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE RESPALDO	SI	NO	FOLIO(S)
1. VERIFICACIÓN DE DATOS INCORPORADOS EN EL PACC				
SE ENVIARON LAS SOLICITUDES Y REQUERIMIENTOS DE TODAS LAS ENTIDADES EJECUTORAS DE LA INSTITUCIÓN, CON RESPALDO A LA FUENTE DE INFORMACIÓN	FORMATO PACC DE CADA ENTIDAD EJECUTORA	☒		
CUMPLIMIENTO DEL PACC ACTUAL Y DEL ÚLTIMO EJERCICIO FISCAL	INFORME DE LA UPEB SOBRE CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES	☒		Boleta de Revisión
2. VERIFICACIÓN DE PROCESOS DE ADQUISICIÓN				
ELABORACIÓN DE REQUERIMIENTOS Y CONFORMACIÓN DE LA DEMANDA	FORMATO PACC ESTADO DE LA INSTITUCIÓN	☒		
SELECCIÓN DE PROCEDER CON SUFICIENTE TECNICO Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN ACTUAL	INFORME DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA DEL QUE TECNICA Y FORMALMENTE JUSTIFICA LOS PROCESOS SELECCIONADOS	☒		
PROCESOS DE COMPRA ESTABLECIDOS, SE FULCIBIENDO TIEMPOS PROMEDIOS DE ADQUISICIÓN	FORMATO PACC CON DATOS COMPLETOS EN TODAS SUS CASILLAS	☒		
3. VALIDACIÓN DE REQUISITOS				
VALIDACIÓN DEL PACC POR USUARIOS ESTRATÉGICOS	COMPARACIÓN DE DOCUMENTO Y ACEPTACIÓN DEL PACC SUBSCRITO POR LAS ENTIDADES O JEFAJES DE DEPARTAMENTO	☒		
4. VALIDACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PACC				
VERIFICACIÓN DEL MONTO TOTAL, ESTADO DEL PACC CONTRA EL PRESUPUESTO APROBADO	LEVANTADO DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA HACIA LA UNIDAD DE PLANEACIÓN ADMINISTRATIVA CON EL PRESUPUESTO DE VERIFICACIÓN	☒		
LISTE DEL PLAN ANUAL EN CERO	SE FULCIBIÓ EL FORMATO PACC COMPLETO EN TODAS SUS CASILLAS, FORMANDO PARA LA GERENCIA ADMINISTRATIVA	☒		
SOLICITANTE DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD		COMPRADOR PÚBLICO CERTIFICADO		
NOMBRE: Dr. Gabriel Edgardo Paredes		NOMBRE: Karen Melissa Luc Lanús		
CARGO: Director Ejecutivo HNMCR.		CPCN° 0133		
FECHA: 05 de febrero del año 2025		FECHA: 06/02/2025		
FIRMA: 		FIRMA: 		



00000000000000000000



República de Honduras

Secretaría de Salud

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



13/02/2025 10:30:21
Gestión: 2025
R_EGA_01_GRPOBJ
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
	SUBTOTAL:	459,394,065.00	0.00	459,394,065.00
300	MATERIALES Y SUMINISTROS			
310	ALIMENTOS, PRODUCTOS AGROPECUARIOS Y FORESTALES			
31110	Productos Alimenticios Y Bebidas	43,200,000.00	0.00	43,200,000.00
	SubTotal:	43,200,000.00	0.00	43,200,000.00
320	TEXTILES Y VESTUARIO			
32100	Hilados y Telas	5,592,105.00	0.00	5,592,105.00
32310	Prendas de Vestir	600,000.00	0.00	600,000.00
	SubTotal:	6,192,105.00	0.00	6,192,105.00
330	PRODUCTOS DE PAPEL, CARTÓN E IMPRESOS			
33100	Productos De Papel Y Cartón	2,200,000.00	0.00	2,200,000.00
33300	Productos de Artes Gráficas	800,000.00	0.00	800,000.00
	SubTotal:	3,000,000.00	0.00	3,000,000.00
350	PRODUCTOS QUIMICOS, FARMACEUTICOS, COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES			
35100	Productos Químicos	1,292,673.00	0.00	1,292,673.00
35210	Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios	6,191,000.00	0.00	6,191,000.00
35251	Reactivos	37,739,179.00	0.00	37,739,179.00
35252	Reactivos VIH/SIDA	185,994.00	0.00	185,994.00
35260	Oxigeno Médico	5,000,000.00	0.00	5,000,000.00
35270	Vendaje para Fracturas y Otros	5,000,000.00	0.00	5,000,000.00
35620	Diesel	6,000,000.00	0.00	6,000,000.00
35920	Productos Fotoquímicos	4,000,000.00	0.00	4,000,000.00
	SubTotal:	65,408,846.00	0.00	65,408,846.00
360	PRODUCTOS METALICOS			
36930	Elementos de Ferrería	500,000.00	0.00	500,000.00
	SubTotal:	500,000.00	0.00	500,000.00
390	OTROS MATERIALES Y SUMINISTROS			
39100	Elementos de Limpieza y Aseo Personal	3,000,000.00	0.00	3,000,000.00

Nota:

Presupuesto Vigente = Presupuesto Inicial + Aumentos - Disminuciones

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