

San Pedro Sula, Cortes
14 de febrero de 2025

Oficio N° 045-2025-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 trece de febrero del año 2025, en donde me solicitan verificar si los pliegos de condiciones para **“CONTRATACION DE SERVICIO DE TRANSPORTE PARA EL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS PARA EL AÑO 2025”**, de la CD-002-2025-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 TRANSPORTE PARA EL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS PARA EL AÑO 2025”**, en este proceso se pretende brindar de 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 25100, 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

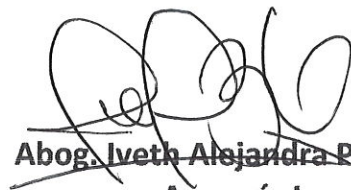
Artículos 72 de la Ley de Procedimiento Administrativo, artículo 40 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, 80 de la Constitución de la República, artículos 99 del reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

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 TRANSPORTE PARA EL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS PARA EL AÑO 2025”**, de la Contratación Directa N° CD-002-2025-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"



copia: archivo
IAPG



DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



SECRETARIA DE SALUD **CONTRATACIÓN DIRECTA** NUMERO CD- 002-2025-HNMCR

“CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE 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-042-2024, 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 Mario Catarino Rivas para la “**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE 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 ofertados; el Precio Unitario detallado en el Formulario de Oferta por ÍTEM o Bloque, debe ser EL PRECIO UNITARIO NETO. Así también, el precio ofertado debe incluir cualquier descuento considerado por EL PROVEEDOR. El Precio Unitario Ofertado no podrá exceder de dos (02) decimales en su formato.

1.03 Tipo de Contrato:

Como resultado de esta Contratación Directa se otorgará un Contrato de la Adquisición, 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. Fotocopia de la Escritura de Constitución de la Sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
2. Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el secretario de la Sociedad Mercantil.

3. Fotocopia legible del poder del Representante Legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representando 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.

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 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.
2. Formulario de Oferta por Ítem o Bloque: Es el detalle individual de cada ítem y bloque cotizado en la oferta, debidamente firmado y sellado. La omisión de cualquier dato referente a precio unitario por ítem o bloque, monto, así como cualquier otro aspecto sustancial que impida o limite de manera significativa el análisis, comparación o evaluación de las ofertas, será motivo de descalificación de esta, según sea el caso. Si "El Oferente" no presenta el "Formulario de Lista de Precios" se entenderá que no presentó la oferta.
3. El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes a la secretaria de Salud en el lugar y fecha especificados en estas bases.
4. Detallar ISV cuando aplique (Especifique)

NOTA:

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

3. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS

3.01 Plazo del servicio de transporte

El servicio de transporte se presentará con los horarios, destinos y procedencia que se estipulan en este Documento Base.

3.02 Control de Calidad

El Hospital, estará facultado para realizar Auditorías a la Gestión Global del Servicio, considerando aspectos tales como:

- A. Asistencia y Puntualidad.
- B. Presentación personal.
- C. Continuidad del servicio.
- D. Calidad de Servicio.

- E. Proceso de Capacitación
- F. Cumplimiento de Perfil
- G. Controles sobre índices de Accidentabilidad
- H. Otros procesos asociados a la Gestión del Servicio

3.03 Idioma de los Documentos

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

4. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS

4.01 Plazo de presentación de las Ofertas:

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

4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:

El hospital Nacional 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 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 Copia (obligatorio)** y presentar su **Copia en versión digital 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:

<i>Parte Central:</i>	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
<i>Esquina Superior Izquierda:</i>	Nombre y Dirección Completa y Número de Teléfono Fijo y Celular del Oferente.
<i>Esquina Inferior Izquierda:</i>	No. y Nombre del Proceso de Contratación Directa, así: PROCESO N. CD-002-2025-HNMCR- CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE PARA EL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS.
<i>Esquina Superior Derecha:</i>	San Pedro Sula, 28 de Febrero del 2025 a las 02:00 p.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 Edgardo Melgar, Para efectos de aclaraciones las mismas serán emitidas antes del día **Lunes 24/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 042-2024), 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 concurren circunstancias calificadas como imprevistas, caso fortuito o de fuerza mayor presentados en cualquier momento previo a la recepción y apertura de la oferta o a la adjudicación; sin que por ello incurra en responsabilidad alguna ante los oferentes, así como la cancelación del proceso por falta de disponibilidad presupuestaria, fundado en lo establecido en el artículo 39 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

8.03 Carta Propuesta

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

8.04 Adjudicación y Firma del Contrato:

EL Hospital 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 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 ò se considere la más económica o **ventajosa** y por ello mejor calificada, de acuerdo con criterios objetivos establecidos.

El oferente seleccionado deberá firmar el contrato dentro de los CINCO (05) 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, procediendo a invitar a un nuevo oferente. 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:

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

8.07 Documentación previa a la firma del Contrato:

El Hospital Nacional 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 del Servicio

El Servicio se llevará a cabo en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas localizado en la Barrio El Playón, contiguo a Plaza Pedregal, San Pedro Sula, Honduras. En un horario de 7:30 am a 3:30 pm de Lunes a Viernes.

8.09 Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos

El servicio de transporte es un servicio indispensable para el normal desarrollo de las actividades en este Centro Hospitalario, La contratación de servicio de transporte debe basarse en la garantía de seguridad, eficiencia cumplimiento normativo. La empresa proveedora seleccionada debe cumplir con todas las especificaciones técnicas establecidas para asegurar un servicio de calidad, En este pliego se detallará las especificaciones técnicas del servicio y las rutas que se pretender cubrir.

8.10 Multa por Incumplimiento de Plazo:

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

9. GARANTÍAS

9.01 Garantías de Cumplimiento:

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

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

En el caso que se solicite realizar pago por adelantado, será únicamente por entregas pendientes a realizar en el siguiente año, que por motivos de cierre del año fiscal actual se deberá de realizar el pago por adelantado con el presupuesto vigente, quedando entregas pendientes mismas que se respaldaran solicitando una garantía o fianza del 100% de la entrega que aún se encuentren pendientes de complementar.

11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA

El Órgano contratante hará efectivo el pago correspondiente al contrato adjudicado cada mes, después de que se brinde un reporte del Departamento de Servicios Generales para ver si está cumpliendo con lo establecido en dicho contrato.

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:**“ADQUISICIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE”****2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

- a) El contratista se obliga a prestar el Servicio de Transporte al Personal asistencial y administrativo que labora en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.
- b) El servicio de transporte debe ser accesible para el personal asistencial y administrativo con discapacidades del Hospital Mario Catarino Rivas.
- c) El servicio de Transporte para el Personal asistencial y administrativo que labora en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, incluyendo los días de feriado, mediante el uso mínimo de una unidad de transporte.
- d) El servicio de transporte se prestará, en vehículos (Autobuses) que se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento, este vehículo deberá ser cada bus con Capacidad para 60 personas y no se permitirá el traslado de personal en pie.
 - o deberá contar por lo mínimo con un autobús adicional para reemplazar por desperfectos de cualquiera de los que presten el servicio.
- e) Se reconocerá como “Centro de Reunión”, el sitio acordado entre la parte contratante y el contratista que estará ubicado EL Hospital Nacional Mario Catarino Rivas” ubicado en la ciudad de San Pedro Sula, Cortes., o las rutas que determine el Órgano contratante.
- f) El servicio de transporte se prestará con los horarios, destinos y procedencia que se detallan a continuación:
 - 1) Desde HNMCR hacia Circunvalación Sps y alrededores salida a las 6:00 am ,6:40 am, 7:40 am, 2:30 pm, 3:10 pm ,3:30 pm. LUNES A DOMINGO Ubicado en el Hospital Catarino Rivas; siguiendo las 8 rutas, o el que se indique dependiendo los Intereses del órgano contratante.
 - 2) Servicio Eventual: conforme las condiciones que establezca el órgano contratante, el Contratista suministrará el servicio de transporte que eventualmente sea solicitado para el traslado del personal administrativo y asistencial u otros de urgencia fuera de los itinerarios establecidos en estas Especificaciones Técnicas, en cuyo caso se denominará “servicio eventual”, las condiciones y pago por la prestación del mismo se harán previa solicitud por escrito de la Gerencia Administrativa y de común acuerdo con la Empresa que presta el servicio.
 - 3) Es entendido y así convenido, que, en el periodo de duración del contrato, las unidades de transporte que sean utilizadas para la prestación del servicio objeto de esta licitación

- a los sitios indicados, el Contratista se compromete a no transportar personas ajenas al Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. En todo caso, El órgano contratante no será responsable por accidentes, daños físicos o muerte de terceras personas.
- 4) En el caso de que la unidad de transporte que habitualmente se utilice para transportar al personal del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas sufriese desperfectos mecánicos o de otra índole, que impidiese el normal cumplimiento de las obligaciones aquí convenidas, el contratista se compromete a sustituir inmediatamente la unidad de transporte para la prestación de este servicio, por otro igual o de mejor condición. asimismo el contratista cambiara el motorista cuando cometa faltas tales como trabajar en estado de ebriedad, discutir o reñir con los empleados Hospital Nacional Mario Catarino Rivas cuando estos tengan la razón, presentación desaliñada, o inadecuada, excesivas llegadas tardes impuntuales del motorista, conducir a exceso de velocidad , o poner en peligro la vida del personal del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, o que reciba golpes los empleados, después de una colisión por culpa del motorista, según dictamen de la Autoridad de Tránsito.
 - 5) El oferente deberá proporcionar la siguiente información:
 - Experiencia en el servicio a prestar
 - Organización y equipo con el que cuenta para prestar el servicio. (adjuntar documentos que acreditan la propiedad, el servicio Y/o disponibilidad del equipo automotriz que prestara el servicio, describiendo claramente las características del mismo).
 - Listado de vehículos, del personal que presentara el servicio, con la constancia de antecedentes penales y policiales, constancia de salud, fotocopias de tarjetas de identidad licencia de conducir vigente, de cada uno de ellos.

La contratación de servicio de transporte debe basarse en la garantía de seguridad, eficiencia y cumplimiento normativo. La empresa proveedora seleccionada debe cumplir con todas las especificaciones técnicas establecidas para asegurar un servicio de calidad.

RUTAS QUE DEBERÁ CUMPLIR			
	Ruta No	Punto A	Punto B
1	San pedro sula Circunvalación Bus grande Capacidad Aproximada (50 a 60 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Embotelladora De Sula Frente Al Sindicato Municipal Pizza Hut 15 Calle 12 Calle 10 Calle 7 Calle Diunsa 7 Calle Refritran Empacadora Continental Helados Sarita Avenida Junior 105 Brigada
2	Progreso La lima Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Parque A Casa Nave Col. Oro Verde Y La Paz Parque De4 La Lima
3	Choloma Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Parque, La Cholomeña Cerro Verde Quebrada Seca, Las Cascadas Y Valle De Sula, Fesitran, El Roble, Expo Centro, Y Demás Las Brisas
4	Villanueva Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Dos Caminos, Calan, Potrerillos, Pimienta, Guacamaya, cll Princ, El Plan San Manuel
5	Cofradía Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Casa Quemada, Parque Vida Nueva, San Jorge Crucero Del Amor cll Princ, Chamelecón
6	San pedro sula Noroeste Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Planeta, Celeo, Parque Rivera Hernández, Felipe Zelaya, Col. 6 De Mayo, Samundango, Dulce Hogar, Cerrito Lindo
7	Ruta ocotillo Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Santa Fe Del Bosque, Real Del Campo, Ticamaya, Bosque 1, bosque 2, Bosque 3 Jucutuma, Arenales, Santa Martha, Santa Clara, Villas Paraíso, Aldea El Carmen, Ocotillo Hasta San Martín. Pasa Por Segundo Anillo.

8	San pedro sula Sur este Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Estadio Olímpico, Miguel Ángel Pavón 33 Calle, 27 Zip Calpules, Las Torres, Central De Abastos, San José V, Instituto JTR, Satélite, Jerusalén cll Princ, Monte Fresco, Cabañas, Central Abastos
9	San pedro sula Brigada médicos cubanos Microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.	Injupem, Col. Stibys A La Par De Farmacia Siman

Turno A:**Recoger en el punto B a las 6:10 am.****Recoger en el punto A a las 3:10 pm****Administrativo:****Recoger en el punto B a las 7:00 am.****Recoger en el punto A a las 3:40 pm.****Turno C:****Recoger en el punto A a las 7:30 am.****Recoger en el punto B a las 7:20 pm y llevar a Punto A.****Turno B:****Recoger de punto B a punto A a las 2:00 pm.****Recoger de punto A a punto B a las 9:15 pm.****Este horario refleja las distintas recogidas en los puntos A y B****Brigada Medico cubano:****Recoger en el Punto B a punto A a las 6:10 am****Recoger en el Punto A a punto B a las 3:00 pm**

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

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

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ..." (En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar lo solicitado en el numeral 2.01 de las IAO números 1,2,3,4, 5 y 6). De las		
La sociedad ofertante se encuentra legalmente constituida		
Quien firma la oferta tiene la atribución legal para hacerlo		
Copia Autenticada del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal		
Copia autenticada de RTN del oferente y del Representante Legal		
Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado (Autenticada)		
La Declaración Jurada de la empresa y de su representante legal de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37,38,39,40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos		
Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente, vigente.		
Fotocopia debidamente autenticada del Registro Sanitario vigente del producto solicitado. En caso de adjudicarse deberá presentar el Registro Sanitario para firmar contrato.(NO APLICA)		
Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (o Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).		

10.02 Evaluación Financiera:

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

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Constancia de líneas de créditos.		
Copia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.		
Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato 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 Item o Bloque
- c) Formulario de Lista de Precios
- d) Formulario de Declaración Jurada de Integridad
- e) Formulario de Información sobre el Oferente.
- f) Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio.
- g) Formato Acta de Compromiso de Reemplazo
- h) Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad.
- i) Formato Fianza/Garantía de Cumplimiento
- j) 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

“CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE 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 suministrar el ítem o el bloque siguientes:

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

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

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

Asimismo, declaro que de resultar mi oferta como la más conveniente a los intereses 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 treinta (30) días calendario a la fecha límite de la validez de la oferta, contados a partir de la fecha de entrega de la Oferta.

La presente oferta consta de _____ folios útiles.

En fe de lo cual y para seguridad de la 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:****LABORATORIO FABRICANTE DEL PRODUCTO:****PAÍS DE ORIGEN DEL PRODUCTO:****DESCRIPCIÓN DE EMPAQUES Y ETIQUETADOS: (PRIMARIO Y SECUNDARIO)**

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

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD

YO _____, Mayor de edad, de Estado Civil ____, de Nacionalidad _____, con domicilio en ____,

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

1.- A practicar las más elevadas normas éticas durante el presente proceso de contratación.

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

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

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

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

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

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

PRACTICA DE OBSTRUCCIÓN: Que consiste en a) destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia significativa para la investigación o realizar declaraciones falsas ante los investigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una

práctica corrupta, fraudulenta, coercitiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte para impedir que divulgue su conocimiento de asuntos que son importantes para la investigación o que prosiga la investigación, o b) todo acto dirigido a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.

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

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

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

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

En fe de lo cual firmo la presenta en la 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 facsímile: *[indicar los números de teléfono y facsímile 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 [indicar el nombre jurídico del Oferente]
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio [indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]
3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio [indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]
4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: [indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]
5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: [Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]

6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]*

Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]*

Números de teléfono y facsímile: *[[indicar los números de teléfono y facsímile del representante autorizado del miembro del Consorcio]*

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

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

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 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, clausulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el contrato firmado al efecto entre el Afianzado/Garantizado y el Beneficiario, para la ejecución del Contrato:

_____ " ubicado en _____,

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

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

A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor de la SESAL **no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.** En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de _____, Municipio de _____, a los _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA AUTORIZADA**AFIANZADO**

FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CALIDAD

ASEGURADORA / BANCO

GARANTÍA / FIANZA DE CALIDAD N°: _____

FECHA DE 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 _____.

FIRMA AUTORIZADA

AFIANZADO

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

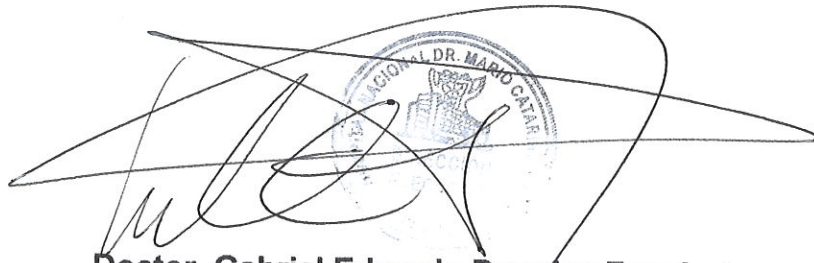
RESOLUCIÓN DE INICIO CD-002-2025-HNMCR

El Suscrito director ejecutivo del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, nombrado según acuerdo N° 1414-2024 de fecha 11 de abril del 2024 y siendo Delegado por el Secretario de Estado en los Despachos de Salud, para proceder con la Contratación Directa de Contratación de Servicio de Transporte.

Resuelve dar inicio al proceso de contratación directa **CD-002-2025-HNMCR**, Para La **"CONTRATACION DE SERVICIO DE TRANSPORTE"**, PARA EL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS, en consonancia con lo establecido en el artículo 9 y 63 de la ley de contratación del estado, y artículo 7 inciso G. del reglamento de la ley de contratación del estado.

POR LO TANTO: que se proceda a dar inicio a la compra de compra directa de **"CONTRATACION DE SERVICIO DE TRANSPORTE"**, PARA EL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS.

San Pedro Sula, Depto. Cortés 11 de Febrero de 2025.



Doctor. Gabriel Edgardo Paredes Fernández
Director Ejecutivo
Hospital Nacional Mario Catarino Rivas



Oficio No.192-2025-DE-HNMCR
13 de Febrero del 2025

Señores
Tribunal Superior de Cuentas
Tegucigalpa M.D.C.
Su Oficina

Estimados Señores:

Manifiestándoles éxitos en sus delicadas funciones.

Por este medio se les informa lo siguiente: que el Hospital Doctor Mario Catarino Rivas en virtud de estar amparados en el Decreto Ejecutivo N° PCM 42-2024 y de contar con Acuerdo Ministerial No.029-2025 de fecha 21 de Enero del 2025 , en donde se nos faculta para proceder a la contratación Directa CD-002-2025-HNMCR para “CONTRATACION DE SERVICIO DE TRANSPORTE”, para el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas para el período del año 2025.

Atentamente,



DR. GABRIEL EDGARDO PAREDES FERNANDEZ
Director Ejecutivo – HNMCR

cc:Arch.
GJT



OFICIO NO.192-2025-DE-HNMCR

Asunto Dirección Ejecutiva - Hospital Nacional Mario Catarino Rivas <direccionejecutiva@hospitalmcr.hn>

De <tsc@tsc.gob.hn>

Fecha 2025-02-14 8:33 pm

- OFICIO NO.192.PDF(~344 KB)

--
Dirección Ejecutiva
Hospital Nacional Mario Catarino Rivas
Barrio El Playon
San Pedro Sula, Cortés, Honduras
direccionejecutiva@hospitalmcr.hn

Muy buen día, adjunto Oficio No.192-2025-DE-HN-MCR

Favor confirmar acuse de recibo

Gracias

ATTE.

JENNY TABORA - SECRETARIA DIRECCION EJECUTIVA - HNMCR



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

FCPC-02

PACC

1.0

TIPO DE ASEGURAMIENTO:

PREVIO A LA PRIMERA PUBLICACION EN HONDUCOMPRAS

MODIFICACION DESPUES DE PUBLICACION EN HONDUCOMPRAS

OTRO

Observaciones:

Publicar en Honducompras.

INSTITUCION: *Secretaria de Salud*

GERENCIA ADMINISTRATIVA: *Hospital Nacional Dr. Mario Cordero Rojas*

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

DOCUMENTO DE RESPALDO

SI

NO

FOLIO(S)

VERIFICACION DE DATOS INCORPORADOS EN EL PACC

SE IDENTIFICAN LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE TODAS LAS UNIDADES EJECUTORAS DE LA INSTITUCION, CON DEPENDENCIA A LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO

FORMATO PACC DE CADA UNIDAD EJECUTORA

CUMPLIMIENTO DEL PACC ACTUAL Y DEL ÚLTIMO EJERCICIO FISCAL

REFORME DE LA LÍNEA SOBRE CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES

Boleta de Revisión

VERIFICACION DE PROCESOS DE ADQUISICION

UBICACION DE REQUERIMIENTOS Y CONSERVACION DE LA DEMANDA

FORMATO PACC UNICO DE LA INSTITUCION

SUBDIVISION DE PROCESOS CON SUSTENTO TECNICO Y CON BASE EN LA NORMATIVA ACTUAL

REFORME DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA EN EL QUE TECNICA Y LEGALMENTE AJUSTA LOS PROCESOS SUBDIVIDIDOS

PROCESOS DE COMPRA ESTABLECIDOS, INCLUYENDO TIEMPOS PROMEDIOS DE ADQUISICION

FORMATO PACC CON DATOS COMPLETOS EN TODAS SUS CASILLAS

VALIDACION DE REQUERIMIENTOS

VALIDACION DEL PACC POR USUARIOS ESTRATEGICOS

COMPARACION DE DOCUMENTO Y ACEPTACION DEL PACC INSTITUCIONAL POR LAS DIRECCIONES O JEFATURAS DE DEPARTAMENTO

VALIDACION DE PRESUPUESTO DEL PACC

VARIACION DEL MONTO TOTAL ESTIMADO DEL PACC CONTRA EL PRESUPUESTO APROBADO

MEMORANDO DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA HACIA LA UNIDAD DE PLANEACION INSTITUCIONAL CON EL RESULTADO DE VERIFICACION

AJUSTE DEL PLAN SI ES NECESARIO

ULTIMA VERSION DEL FORMATO PACC COMPLETO EN TODAS SUS CASILLAS FIRMANDO POR LA GERENCIA ADMINISTRATIVA

SOLICITANTE DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

COMPRADOR PÚBLICO CERTIFICADO

NOMBRE: *Dr. Gabriel Edgardo Paredes*

NOMBRE: *Loren Melissa Luc Carias*

CARGO: *Director Ejecutivo HNMR.*

CPC N° *0133*

FECHA: *05 de febrero del año 2025*

FECHA: *06/02/2025*

FIRMA: *[Signature]*

FIRMA: *[Signature]*



42142522; 4277463; 4231850; 205	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE MATERIAL MEDICO, AGUJAS, GUANTES, TUBOS, ALIMENTACION, CATERER, JERINGAS, TUBOS TORAXICOS, ETC. - 39520	Abri	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-03-Contratacion_Directa	11-Tesoro Nacional	L	\$2,856,986.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
38171501; 32721602	Y LOCALER.FABRICACION DE TECHO BAJANTES DE AGUA LLUVIA SOBRE LUP. SESAL-HMCR-2024 CONTRATACION DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIO Y LOCALER. PARA EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIO DE CONSULTA EXTERNA, REMODELACION Y REPARACION DE BAÑOS, OPERACION DE HOSPITALARIA, REMODELACION DE BOVEDA PARA BIOMEDICINA Y ALMACEN DE	Abri	Servicio	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-03-Contratacion_Directa	11-Tesoro Nacional	L	7,205,600.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
42320305; 41118504; 44121704; 41118504; 44121704; 44121855	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE UTILES DE OFICINA, GRAPADORAS, LAPICES, BOLIGRAFOS, REGLAS, CLIPS, BORRADORES, SACAPUNTA, SACAGRAFA, MARCADORES, PEGAMENTO, PERFORADORA, FASTENER. - 39220	Abri	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-14-Catalogo_Electronico	11-Tesoro Nacional	L	300,000.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
42201801; 42201810	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE PELICULAS DIGITALES PARA RADIOGRAFIA Y TOMOGRAFIA. - 35920	Mayo	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-03-Contratacion_Directa	11-Tesoro Nacional	L	4,000,000.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
42205407; 42205412; 41122407; 42201813	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE HOJAS DE BISTURI Y CEPILLOS DE LAVADO QUIRURGICO - 39510	Junio	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-02-Licitacion_Privata	11-Tesoro Nacional	L	777,755.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
53102305; 55102306; 14111511; 14111500; 14111530; 14111507; 14111205	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE ELEMENTOS DE LIMPIEZA Y ASEO PERSONAL, PAÑALES ADULTOS Y PEDIATRICOS - 39100	Abri	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-14-Catalogo_Electronico	11-Tesoro Nacional	L	1,000,000.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
42201805	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE FORMULAS MATERNAZADAS - 31100	Mayo	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-02-Licitacion_Privata	11-Tesoro Nacional	L	1,000,000.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
53102700; 53102712; 53102705	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE TRAJES HOSPITALARIOS PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL - 32310	Julio	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-02-Licitacion_Privata	11-Tesoro Nacional	L	800,000.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
41122101; 41122404; 41103503; 41104505; 41104610	SESAL-HMCR-2024 ADQUISICION DE INSUMOS PARA LABORATORIO, TUBOS DE ENSAYO, PROBETAS, CRISOLES, CALAS PECTOS, MATRACES, PORTAOLETOS, OLBRE OBJETOS ETC. - 39520	Mayo	Bienes	1-Tesoreria General de la Republica - Efectivo	Nacional	HN-03-Contratacion_Directa	11-Tesoro Nacional	L	1,882,272.00	23	HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS
TOTAL DE PACC 2025								L	251,473,610.00		



[Handwritten signature]

Dr. Gabriel Paredes
Director Ejecutivo HMCR

OBSERVACIONES :



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
Gestion: 2025
R_EGA_01_GRPOBJ
Página 1 de 3

FECHA DESDE : 01/01/2025 HASTA: 31/12/2025
ETAPA : DEVENGADO ESTADO: APROBADO

OBJETO DEL GASTO	NOMBRE	PRESUPUESTO VIGENTE	EJECUCION	CREDITO DISPONIBLE
100	SERVICIOS PERSONALES			
110	PERSONAL PERMANENTE			
11100	Sueldos Básicos	590,994,530.00	37,219,337.25	553,775,192.75
11400	Adicionales	25,594,328.00	34,787.46	25,559,540.54
11510	Decimotercer Mes	51,248,962.00	0.00	51,248,962.00
11520	Decimocuarto Mes	51,248,962.00	0.00	51,248,962.00
11600	Complementos	44,315,408.00	13,350,386.13	30,965,021.87
11710	Contribuciones al Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo	89,170,333.00	0.00	89,170,333.00
11750	Contribuciones para Seguro Social	9,921,107.00	0.00	9,921,107.00
	SubTotal:	862,493,630.00	50,604,510.84	811,889,119.16
	SUBTOTAL:	862,493,630.00	50,604,510.84	811,889,119.16
200	SERVICIOS NO PERSONALES			
210	SERVICIOS BASICOS			
21110	Suministro De Energia Eléctrica	13,238,675.00	0.00	13,238,675.00
21200	Agua	8,267,086.00	0.00	8,267,086.00
	SubTotal:	21,505,761.00	0.00	21,505,761.00
230	MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y LIMPIEZA			
23100	Mantenimiento y Reparación de Edificios y Locales	7,205,603.00	0.00	7,205,603.00
23330	Mantenimiento y Reparación de Equipos Sanitarios y de Laboratorio	2,834,125.00	0.00	2,834,125.00
23500	Limpieza, Aseo y Fumigación	35,650,660.00	0.00	35,650,660.00
	SubTotal:	45,690,388.00	0.00	45,690,388.00
240	SERVICIOS PROFESIONALES			
24110	Sangres y Componentes	45,770,163.00	0.00	45,770,163.00
24120	Servicios de Hemodialisis	340,787,753.00	0.00	340,787,753.00
	SubTotal:	386,557,916.00	0.00	386,557,916.00
250	SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS			
25100	Servicio de Transporte	5,640,000.00	0.00	5,640,000.00
	SubTotal:	5,640,000.00	0.00	5,640,000.00

Nota:

Presupuesto Vigente = Presupuesto Inicial + Aumentos - Disminuciones

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



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, CARTON 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	Oxígeno 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

SAN PEDRO SULA, CORTES

11 de febrero del 2025

OFICIO No. 31-SG2025

HNMCR

LIC. Manuel Melgar

**SUB-DIRECCION DE GESTION DE RECURSOS -HNMCR
SU OFICINA**

Estimado Lic. Melgar:

Deseándole existo en sus labores diarias.

Por este medio solicitamos que se coordine a través de un proceso de contratación directa del servicio de transporte para empleados del Hospital nacional Mario Catarino Rivas, desde marzo hasta diciembre del año 2025, ya que este es un servicio indispensable para el normal desarrollo de las actividades de este centro asistencia.

A continuación, detallo las especificaciones técnicas del servicio y las rutas que se pretenden cubrir.

ESPECIFICACIONES TECNICAS

- a) El contratista se obliga a prestar el Servicio de Transporte al Personal asistencial y administrativo que labora en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.
- b) El servicio de transporte debe ser accesible para el personal asistencial y administrativo con discapacidades del Hospital Mario Catarino Rivas.
- c) El servicio de Transporte para el Personal asistencial y administrativo que labora en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, incluyendo los días de feriado, mediante el uso mínimo de una unidad de transporte.
- d) El servicio de transporte se prestará, en vehículos (Autobuses) que se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento, este vehículo deberá ser cada bus con Capacidad para 60 personas y no se permitirá el traslado de personal en pie.
- e) deberá contar por lo mínimo con un autobús adicional para reemplazar por desperfectos de cualquiera de los que presten el servicio.
- e) Se reconocerá como "Centro de Reunión", el sitio acordado entre la parte contratante y el contratista que estará ubicado EL Hospital Nacional Mario Catarino Rivas" ubicado en la ciudad de San Pedro Sula, Cortes., ó las rutas que determine el Órgano contratante.

[Handwritten signature]
Circular stamp: HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS, SUB-DIRECCION DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS, S.A.S.
Rectangular stamp: HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS, SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO DE COMPRAS, 12-2-25, FIRMA: *[Signature]*, 12:05 PM



- f) El servicio de transporte se prestará con los horarios, destinos y procedencia que se detallan a continuación:
- 1) Desde HMCR hasta circunvalación SPS y alrededores. Salida: 6:00 am, 6:40 am, 7:40 am, 2:30 pm, 3:10 pm, 3:30 pm LUNES A DOMINGOS. ubicado en el Hospital Catarino Rivas; siguiendo las 8 rutas, o el que se indique dependiendo los Intereses del órgano contratante.
 - 2) Servicio Eventual: conforme las condiciones que establezca el órgano contratante, el Contratista suministrará el servicio de transporte que eventualmente sea solicitado para el traslado del personal administrativo y asistencial u otros de urgencia fuera de los itinerarios establecidos en estas Especificaciones Técnicas, en cuyo caso se denominará “servicio eventual”, las condiciones y pago por la prestación del mismo se harán previa solicitud por escrito de la Gerencia Administrativa y de común acuerdo con la Empresa que presta el servicio.
 - 3) Es entendido y así convenido, que, en el periodo de duración del contrato, las unidades de transporte que sean utilizadas para la prestación del servicio objeto de esta licitación a los sitios indicados, el Contratista se compromete a no transportar personas ajenas al Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. En todo caso, El órgano contratante no será responsable por accidentes, daños físicos o muerte de terceras personas.
 - 4) En el caso de que la unidad de transporte que habitualmente se utilice para transportar al personal del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas sufriese desperfectos mecánicos o de otra índole, que impidiese el normal cumplimiento de las obligaciones aquí convenidas, el contratista se compromete a sustituir inmediatamente la unidad de transporte para la prestación de este servicio, por otro igual o de mejor condición. asimismo el contratista cambiara el motorista cuando cometa faltas tales como trabajar en estado de ebriedad, discutir o refirir con los empleados Hospital Nacional Mario Catarino Rivas cuando estos tengan la razón, presentación desaliñada, o inadecuada, excesivas llegadas tardes impuntuales del motorista, conducir a exceso de velocidad , o poner en peligro la vida del personal del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, o que reciba golpes los empleados, después de una colisión por culpa del motorista, según dictamen de la Autoridad de Tránsito.



5) El oferente deberá proporcionar la siguiente información:

- Experiencia en el servicio a prestar
- Organización y equipo con el que cuenta para prestar el servicio. (adjuntar documentos que acreditan la propiedad, el servicio Y/o disponibilidad del equipo automotriz que prestara el servicio, describiendo claramente las características del mismo).
- Listado de vehículos, del personal que presentara el servicio, con la constancia de antecedentes penales y policiales, constancia de salud, fotocopias de tarjetas de identidad licencia de conducir vigente, de cada uno de ellos.

La contratación de servicio de transporte debe basarse en la garantía de seguridad, eficiencia y cumplimiento normativo. La empresa proveedora seleccionada debe cumplir con todas las especificaciones técnicas establecidas para asegurar un servicio de calidad.



9 RUTAS QUE DEBERA CUMPLIR

Ruta N.	Punto A	Punto B
1. Bus Grande Capacidad aproximada: (50 a 60 personas) San Pedro Sula Circunvalación	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas	Embotelladora de sula Frente al sindicato municipal Pizza Hut 15 calle 12 calle 10 calle 7 calle Diunsa 7 calle refritrán Empacadora continental Helados sarita Avenida junior 105 brigada
2. Progreso La lima microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas	Parque a casa nave Col. Oro verde y la paz Parque de la lima
3. Choloma microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas	Parque, la cholomeña, Cerro Verde, Quebrada Seca, Las cascadas y valle de sula, fesitrán, el roble, expo centro, y demás las brisas.
4. Villanueva microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas	Dos caminos, calan, potrerillos, pimienta, guacamaya el princ, el plan san Manuel.
5. Cofradia microbús (12 a 15 personas)	Hospital Nacional Mario Catarino Rivas	Casa quemada, Parque Vida Nueva, San Jorge crucero del amor el princ, Chamelecón.



<p>6. San Pedro Sula – Noreste microbús (12 a 15 personas)</p>	<p>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas</p>	<p>Planeta, Celeo, Parque Rivera Hernández, Felipe Zelaya, Col. 6 de mayo, samundango, dulce hogar, cerrito lindo.</p>
<p>7 ruta ocotillo microbús (12 a 15 personas)</p>	<p>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas</p>	<p>Santa fe del bosque, real del campo, ticamaya, bosques 1 bosque 2 y bosques 3 jucutuma, arenales, santa Martha, santa clara, villas paraíso, aldea el Carmen, ocotillo hasta san Martín. Pasa por segundo anillo.</p>
<p>8 san Pedro Sula – Sur Este microbús (12 a 15 personas)</p>	<p>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas</p>	<p>Estadio olímpico, Miguel ángel pavón 33 calle, 27 zip calpules, las torres, central de abastos, san José V, instituto JTR, Satélite, Jerusalén el princ, monte fresco, cabañas, central abastos.</p>
<p>9. san pedro sula – Brigada Médicos Cubanos microbús (12 a 15 personas)</p>	<p>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas</p>	<p>Injupem, Col. Stibys A la par de farmacia Siman.</p>



Turno A:

Recoger en el punto B a las 6:10 am.

Recoger en el punto A a las 3:10 pm

Administrativo:

Recoger en el punto B a las 7:00 am.

Recoger en el punto A a las 3:40 am.

Turno C:

Recoger en el punto A a las 7:30 am.

Recoger en el punto B a las 7:20 pm y llevar a Punto A.

Turno B:

Recoger de punto B a punto A a las 2:00 pm.

Recoger de punto A a punto B a las 9:15 pm.

Este horario refleja las distintas recogidas en los puntos A y B

Brigada Medico cubanos:

Recoger en el punto B a punto A a las 6:10 am.

Recoger en el punto A a punto B a las 3: 00 pm.

Atentamente,



Lic. Mariana García
Jefatura de Servicios Generales.

cc. Archivo