

Jefes de Unidades de:
Logística y Suministros y
Gestión Financiera y
Servicios Generales


Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus delicadas funciones.

Con el objetivo de realizar el abastecimiento del Hospital General Atlántida, en beneficio a los pacientes y en apego a la ley, según **Acuerdo Ministerial 29-2025 emitido el 21 de enero del 2025**, que delega a los Jefes de las Regiones Sanitarias, Directores de los Hospitales a nivel nacional, dependientes de la Secretaria de Salud para conducir y llevar a cabo el proceso de Contratación Directa CD-003-HGA-2025; amparados en 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**, mediante prorroga, la declaratoria de **estado de emergencia sanitaria**, se establece resolución de inicio para las gestiones correspondientes para el proceso de Contratación Directa para la adquisición de material Medico Quirúrgico Menor, afectando el presupuesto general de la republica el objeto de Gasto 39530.

Agradezco de antemano su colaboración ante esta solicitud.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente.


Sylvia E. Bardales Gascía
Directora Ejecutiva
Hospital General Atlántida



"Hospital Atlántida somos todos"

A-017-2025

VISTO BUENO

Tegucigalpa, M. D. C.

A: Dra. Sylvia E. Bardales García – Directora ejecutiva, Hospital General Atlántida.

DE: Karen Melissa Cruz Carías- CPC número: 0133

FECHA: 30 de enero de 2025.

En respuesta a su solicitud a través de oficio No.029-DEHGA-2025, 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 General Atlántida.*
- En el Sistema de HonduCompras, en la descripción debe colocarse igual al formato que se otorga dicho Visto Bueno.

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

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

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

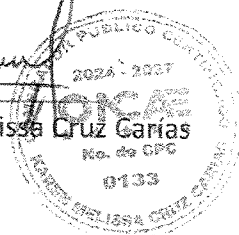
Sinceramente,

Firma:

Nombre:

Número:


Karen Melissa Cruz Carías



0133

LISTA PARA ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PLAN ANUAL DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

FCPC-02

PACC

TIPO DE ASEGURAMIENTO:

PREVIO A LA PRIMERA PUBLICACIÓN EN HONDU COMPRAS

MODIFICACIÓN DESPUÉS DE PUBLICACIÓN EN HONDU COMPRAS

OTRO

X Observaciones

Publicar en Honducompras

INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD

GERENCIA ADMINISTRATIVA: HOSPITAL DE ATLANTIDA

| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE RESPALDO | SI | NO | FOLIO(S) |
|---|---|----|----|--------------------|
| 1. VERIFICACIÓN DE DATOS INCORPORADOS EN EL PACC | | | | |
| SE IDENTIFICARON LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE TODAS LAS UNIDADES EJECUTORAS DE LA INSTITUCIÓN, CON INDEPENDENCIA A LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO | FORMATO PACC DE CADA UNIDAD EJECUTORA | ✓ | | |
| CUMPLIMIENTO DEL PACC ACTUAL Y DEL ÚLTIMO EJERCICIO FISCAL | FORMATO DE CUMPLIMIENTO DEL PACC | ✓ | | Boleta de Revisión |
| 2. VERIFICACIÓN DE PROCESOS DE ADQUISICIÓN | | | | |
| UNIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS Y CONSOLIDACIÓN DE LA DEMANDA | FORMATO PACC UNIFICADO DE LA INSTITUCIÓN | ✓ | | |
| SUBDIVISIÓN DE PROCESOS CON SUSTRATO TÉCNICO Y CON BASE EN LA NORMATIVA APPLICABLE | MINUTOS DE LA REUNIÓN ADMINISTRATIVA EN LA QUE SE DEBEA Y VALIDARON LOS RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE SUBDIVISIÓN | ✓ | | |
| PROCEDIMIENTOS DE COMPRA ESTABLECIDOS, INCLUYENDO TIEMPOS PROMEDIOS DE RESOLUCIÓN | FORMATO PACC CON DATOS COMPLETOS DE LOS PROCESOS DE COMPRA | ✓ | | |
| 3. VALIDACIÓN DE REQUERIMIENTOS | | | | |
| VALIDACIÓN DEL PACC POR USUARIOS ESTRATÉGICOS | CONFERENCIA DE CONSOLIDACIÓN Y APROBACIÓN DEL PACC PARA LAS UNIDADES EJECUTORAS Y GERENCIA ADMINISTRATIVA | ✓ | | |
| 4. VALIDACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PACC | | | | |
| VERIFICACIÓN DEL MONTO TOTAL ESTIMADO DEL PACC CONTRA EL PRESUPUESTO APROBADO | MEMORANDO DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA HACIA LA COMISIÓN DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL CON EL RESULTADO DE VERIFICACIÓN | ✓ | | |
| AJUSTE DEL PLAN SI ES NECESARIO | LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PACC COMPLETO EN TODOS SUS DATOS FINANCIEROS POR LA GERENCIA ADMINISTRATIVA | ✓ | | |

SOLICITANTE DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

COMPRADOR PÚBLICO CERTIFICADO

NOMBRE: SYLVIA E. BARDALES

CARGO: DIRECTORA EJECUTIVA

FECHA: 29/01/2025

FIRMA

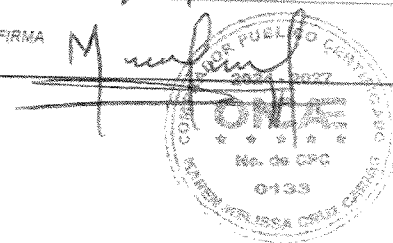


NOMBRE: Karen Melissa Cuevas

CPC N° 0133

FECHA: 30/01/2025

FIRMA



| | | | | | | | | | |
|-------|---|----------|------------------------|----------------------|--------------|------------|-----------------------------|----------------------|--|
| 83390 | "SESAL-HGA-ALMACEN-2025 Adquisición de hilo de sutura, guante no estéril ""S"" ""M"" ""L""; guante estéril no. 6, crómicos 7, 7.5 y 8.; sedas no. 1/0 con aguja recta cortante, catgut cromado 2/0, 1/0, 3/0, 4/0, aguja automática, catgut simple 2/0, catgut, crómico, sedas no. 2/0, vicryl #1, prolene o promilene 1/0 aguja a traumática 37 mm, humidificadores para oxígeno blender, mascarillas con reservorio adultos, vicryl 1/0 con aguja a traumática 37 mm, nylon 2/0 aguja cortante 26 mm, nylon 3/0 aguja cortante 26 mm, nylon 5/0 aguja cortante 19 mm, pleurovak, seda 5/0 aguja recta cortante, seda aguja curva 1/0, 2/0, 3/0, 4/0, 5/0 cortante, crómicos 2/0, aguja redonda grande, crómicos 2/0, aguja redonda pequeña. Objeto de gasto 39530" | Nacional | Suministros de consumo | 11 - Tesoro Nacional | 2,770,765.00 | 2025-02-28 | Licitación Pública Nacional | Contratación Directa | Respalados en PCM 042-2024 emitido el 27 de diciembre y publicado en el diario oficial La Gaceta el 30 de diciembre del 2024 donde se declara prórroga del estado de emergencia sanitaria en todo el Sistema de Salud Pública a nivel nacional por el año 2025, en el marco del proceso de su rescate y fortalecimiento, |
|-------|---|----------|------------------------|----------------------|--------------|------------|-----------------------------|----------------------|--|



República de Honduras

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



12/02/2025 09:00:17
Gestión: 2025
R_EGA_01_GRPORJ
Página 1 de 3

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

| OBJETO DEL GASTO | NOMBRE | PRESUPUESTO VIGENTE | EJECUCION | CREDITO DISPONIBLE |
|------------------|--|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| 100 | SERVICIOS PERSONALES | | | |
| 110 | PERSONAL PERMANENTE | | | |
| 11100 | Sueldos Básicos | 222,321,521.00 | 15,537,804.96 | 206,783,716.04 |
| 11400 | Adicionales | | | |
| 11510 | Decimotercer Mes | 11,762,661.00 | 0.00 | 11,762,661.00 |
| 11520 | Decimocuarto Mes | 18,525,762.00 | 0.00 | 18,525,762.00 |
| 11600 | Complementos | 18,525,762.00 | 0.00 | 18,525,762.00 |
| 11710 | Contribuciones al Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo | 17,352,820.00 | 5,421,219.90 | 11,931,600.10 |
| 11750 | Contribuciones para Seguro Social | 32,234,829.00 | 2,491,748.97 | 29,743,080.03 |
| | | 6,179,852.00 | 421,311.74 | 5,758,540.26 |
| | SubTotal: | 326,903,207.00 | 23,872,085.57 | 303,031,121.43 |
| | SUBTOTAL: | 326,903,207.00 | 23,872,085.57 | 303,031,121.43 |
| 200 | SERVICIOS NO PERSONALES | | | |
| 210 | SERVICIOS BASICOS | | | |
| 21110 | Suministro De Energia Eléctrica | 10,860,541.00 | 331,367.72 | 10,529,173.28 |
| 21200 | Agua | 800,000.00 | 9,815.73 | 790,184.27 |
| 21420 | Telefonía Fija | 96,880.00 | 0.00 | 96,880.00 |
| | Sub Total: | 11,757,421.00 | 341,183.45 | 11,416,237.55 |
| 230 | MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y LIMPIEZA | | | |
| 23100 | Mantenimiento y Reparación de Edificios y Locales | 2,273,077.00 | 0.00 | 2,273,077.00 |
| | Sub Total: | 2,273,077.00 | 0.00 | 2,273,077.00 |
| 240 | SERVICIOS PROFESIONALES | | | |
| 24110 | Sangres y Componentes | 14,187,767.00 | 0.00 | 14,187,767.00 |
| | Sub Total: | 14,187,767.00 | 0.00 | 14,187,767.00 |
| 250 | SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS | | | |
| 25400 | Primas y Gastos de Seguro | 50,000.00 | 0.00 | 50,000.00 |
| | Sub Total: | 50,000.00 | 0.00 | 50,000.00 |
| | SUBTOTAL: | 28,266,265.00 | 341,183.45 | 27,927,081.55 |
| 300 | MATERIALES Y SUMINISTROS | | | |

Nota:

Presupuesto Vigente = Presupuesto Inicial + Aumentos - Disminuciones

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



República de Honduras

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



12/02/2025 09:00:17
Gestión: 2025
R_EGA_01_GRP0BU
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 |
|------------------|---|----------------------|-------------|----------------------|
| 310 | ALIMENTOS, PRODUCTOS AGROPECUARIOS Y FORESTALES | | | |
| 31110 | Productos: Alimentos y Bebidas | 8,076,590.00 | 0.00 | 8,076,590.00 |
| | SubTotal: | 8,076,590.00 | 0.00 | 8,076,590.00 |
| 320 | TEXTILES Y VESTUARIO | | | |
| 32100 | Hilados y Telas | 416,097.00 | 0.00 | 416,097.00 |
| 32310 | Prendas de Vestir | 949,998.00 | 0.00 | 949,998.00 |
| | SubTotal: | 1,366,095.00 | 0.00 | 1,366,095.00 |
| 330 | PRODUCTOS DE PAPEL, CARTON E IMPRESOS | | | |
| 33100 | Productos: De Papel Y Carton | 538,308.00 | 0.00 | 538,308.00 |
| | SubTotal: | 538,308.00 | 0.00 | 538,308.00 |
| 350 | PRODUCTOS QUIMICOS, FARMACEUTICOS, COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES | | | |
| 35210 | Productos: Farmacéuticos y Medicinales Varios | 2,661,173.00 | 0.00 | 2,661,173.00 |
| 35230 | Antirretrovirales | 11,570,973.00 | 0.00 | 11,570,973.00 |
| 35251 | Reactivos | 7,607,150.00 | 0.00 | 7,607,150.00 |
| 35252 | Reactivos VIH/SIDA | 252,844.00 | 0.00 | 252,844.00 |
| 35250 | Oxígeno Médico | 1,000,001.00 | 0.00 | 1,000,001.00 |
| 35270 | Vendaje para Fracturas y Otros | 837,852.00 | 0.00 | 837,852.00 |
| 35610 | Gasolina | 43,349.00 | 0.00 | 43,349.00 |
| 35620 | Diesel | 1,000,000.00 | 0.00 | 1,000,000.00 |
| 35800 | Productos: de Material Plástico | 1,116,618.00 | 0.00 | 1,116,618.00 |
| 35920 | Productos: Fotoquímicos | 1,055,600.00 | 0.00 | 1,055,600.00 |
| | SubTotal: | 27,145,560.00 | 0.00 | 27,145,560.00 |
| 390 | OTROS MATERIALES Y SUMINISTROS | | | |
| 39100 | Elementos de Limpieza y Aseo Personal | 499,346.00 | 0.00 | 499,346.00 |
| 39200 | Utiles de Escritorio, Oficina y Enseñanza | 129,960.00 | 0.00 | 129,960.00 |
| 39510 | Instrumental Médico Quirúrgico Menor | 500,000.00 | 0.00 | 500,000.00 |
| 39520 | Instrumental y Material para Laboratorio | 1,859,100.00 | 0.00 | 1,859,100.00 |
| 39530 | Material Médico Quirúrgico Menor | 2,770,765.00 | 0.00 | 2,770,765.00 |

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



República de Honduras

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



12/02/2025 09:00:17
 Gestion: 2025
 R_EGA_01_GRP0BU
 Página 3 de 3

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

| OBJETO DEL GASTO | NOMBRE | PRESUPUESTO VIGENTE | EJECUCION | CREDITO DISPONIBLE |
|------------------|--|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| 39540 | Otro Instrumental, Accesorios y Material Médico | 13,563,333.00 | 0.00 | 13,563,333.00 |
| | SubTotal: | 19,322,504.00 | 0.00 | 19,322,504.00 |
| | SUBTOTAL: | 56,449,057.00 | 0.00 | 56,449,057.00 |
| 400 | BIENES CAPITALIZABLES | | | |
| 420 | MAQUINARIA Y EQUIPO | | | |
| 42410 | Equipo Médico, Sanitario, Hospitalario e Instrumental | 1,000,000.00 | 0.00 | 1,000,000.00 |
| 42420 | Equipo de Laboratorio Médico | 747,421.00 | 0.00 | 747,421.00 |
| 42600 | Equipos para Computación | 250,000.00 | 0.00 | 250,000.00 |
| | SubTotal: | 1,997,421.00 | 0.00 | 1,997,421.00 |
| | SUBTOTAL: | 1,997,421.00 | 0.00 | 1,997,421.00 |
| 500 | TRANSFERENCIAS Y DONACIONES | | | |
| 510 | TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES AL SECTOR PRIVADO | | | |
| 51240 | Beneficios Especiales | 144,901.00 | 0.00 | 144,901.00 |
| | SubTotal: | 144,901.00 | 0.00 | 144,901.00 |
| | SUBTOTAL: | 144,901.00 | 0.00 | 144,901.00 |
| | TOTAL GENERAL : | 413,782,851.00 | 24,213,269.02 | 389,549,581.98 |

Nota:
 Presupuesto Vigente = Presupuesto Inicial + Aumentos - Disminuciones
 Crédito Disponible = Presupuesto Inicial + Aumentos - Disminuciones - Congelamientos - disminuciones solicitadas - congelamientos solicitados - ejecución en estado elaborado



SOLICITUD DE PEDIDO



Formato 003- 2025- Solicitud de Pedido

Nombre Unidad Ejecutora: HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA

Pedido: ALMI-002-2025
Fecha: 17/02/2025

Justificación de la Compra: MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MENOR, QUE SERAN UTILIZADOS EN LAS DISTINTAS SALAS DE ATENCION EN EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA DURANTE EL AÑO 2025.

Estimación del Costo de los insumos, bienes o servicios requeridos en base a los Requisitos Previos: L. 2.769,379.80 DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE CON OCHENTA CENTAVOS.

Objeto de Gasto: 39530: MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MENOR

| No. | Descripción Completa del Producto | Unidad de Medida | Cantidad | Costo Estimado |
|---------------|--------------------------------------|------------------|----------|----------------------|
| 1 | Cromico 1 c/r 37mm | DOCENAS | 500 | L 126,000.00 |
| 2 | Cromico 2/0 c/r 37mm | DOCENAS | 300 | L 108,000.00 |
| 3 | Cromico 3/0 c/r 26mm | DOCENAS | 300 | L 108,000.00 |
| 4 | Guantes descartbles talla L | PAR | 75000 | L 104,362.50 |
| 5 | Guantes descartbles talla M | PAR | 260000 | L 361,790.00 |
| 6 | Guantes esteril 7.0 | PAR | 60000 | L 360,000.00 |
| 7 | Guantes esteril 6.0 | PAR | 5000 | L 30,000.00 |
| 8 | Guantes esteril 6.5 | PAR | 10000 | L 60,000.00 |
| 9 | Guantes esteril 7.5 | PAR | 120000 | L 720,000.00 |
| 10 | Guantes esteril 8.0 | PAR | 5000 | L 30,000.00 |
| 11 | Guantes esteril 8.5 | PAR | 7500 | L 45,000.00 |
| 12 | Humidificador | UNIDAD | 3500 | L 185,500.00 |
| 13 | Mascarilla con reservorio adulto | UNIDAD | 1000 | L 22,000.00 |
| 14 | Mascarilla con reservorio pediatrica | UNIDAD | 500 | L 10,125.00 |
| 15 | Prolene 4/0 c r. 26mm | DOCENAS | 120 | L 69,901.20 |
| 16 | Prolene 5/0 c r. 26mm | DOCENAS | 120 | L 69,901.20 |
| 17 | Seda 0 curva. Red. 37mm | DOCENAS | 50 | L 8,400.00 |
| 18 | Seda 1 curva. Red. 37mm | DOCENAS | 50 | L 8,400.00 |
| 19 | Simple 3/0 3/8 19 mm curva cortante | DOCENAS | 50 | L 18,000.00 |
| 20 | Vicril 0 curva redonda 37mm | DOCENAS | 50 | L 18,000.00 |
| 21 | Vicril 1 curva redonda 37mm | DOCENAS | 700 | L 252,000.00 |
| 22 | Vicril 2/0 curva redonda 37 mm | DOCENAS | 100 | L 36,000.00 |
| 23 | Vicril 3/0 curva redonda 37mm | DOCENAS | 50 | L 18,000.00 |
| TOTAL. | | | | L 2769,379.90 |


 Agripina De Jesus Mejia
 15211970-00074
 Jefa de Almacen
 Hospital General Atlantida


 Lic. Camilo Alvarez de
 05011973-49263
 SUB DIRECCION DE
 Jefe de Gestion de Recursos
 Hospital General Atlantida

Oficio. 002-SGHGA-2025
17 de febrero del 2025, La Ceiba Atlántida

Licenciado
Camilo Alvarado
Subdirector de Gestión de Recursos
Su Oficina

Respetable Licenciado.

En aras de garantizar el abastecimiento en las diferentes salas asistenciales del Hospital General Atlántida, hago de su conocimiento los insumos requeridos de **Material Médico Quirúrgico Menor** que se estará requiriendo este año 2025.

Las cantidades a continuación se han establecido en base a la necesidad y a la disponibilidad presupuestaria compartida por el Departamento de Gestión Financiera:

| No. | Descripción Completa del Producto | Unidad de Medida | Cantidad | Costo Estimado |
|-----|-----------------------------------|------------------|----------|-----------------|
| 1 | Cromico 1 c/r 37mm | DOCENAS | 500 | L 126,000.00 |
| 2 | Cromico 2/0 c/r 37mm | DOCENAS | 300 | L 108,000.00 |
| 3 | Cromico 3/0 c/r 26mm | DOCENAS | 300 | L 108,000.00 |
| 4 | Guantes descartbles talla L | PAR | 75000 | L 104,362.50 |
| 5 | Guantes descartbles talla M | PAR | 260000 | L 361,790.00 |
| 6 | Guantes esteril 7.0 | PAR | 60000 | L 360,000.00 |
| 7 | Guantes esteril 6.0 | PAR | 5000 | L 30,000.00 |
| 8 | Guantes esteril 6.5 | PAR | 10000 | L 60,000.00 |

"Hospital Atlántida somos todos"

| | | | | |
|--------------|--------------------------------------|---------|--------|-------------------------|
| 9 | Guantes esteril 7.5 | PAR | 120000 | L 720,000.00 |
| 10 | Guantes esteril 8.0 | PAR | 5000 | L 30,000.00 |
| 11 | Guantes esteril 8.5 | PAR | 7500 | L 45,000.00 |
| 12 | Humidificador | UNIIDAD | 3500 | L 185,500.00 |
| 13 | Mascarilla con reservorio adulto | UNIIDAD | 1000 | L 22,000.00 |
| 14 | Mascarilla con reservorio pediátrica | UNIIDAD | 500 | L 10,125.00 |
| 15 | Prolene 4/0 c r. 26mm | DOCENAS | 120 | L 69,901.20 |
| 16 | Prolene 5/0 c r. 26mm | DOCENAS | 120 | L 69,901.20 |
| 17 | Seda 0 curva. Red. 37mm | DOCENAS | 50 | L 8,400.00 |
| 18 | Seda 1 curva. Red. 37mm | DOCENAS | 50 | L 8,400.00 |
| 19 | Simple 3/0 3/8 19 mm curva cortante | DOCENAS | 50 | L 18,000.00 |
| 20 | Vicril 0 curva redonda 37mm | DOCENAS | 50 | L 18,000.00 |
| 21 | Vicril 1 curva redonda 37mm | DOCENAS | 700 | L 252,000.00 |
| 22 | Vicril 2/0 curva redonda 37 mm | DOCENAS | 100 | L 36,000.00 |
| 23 | Vicril 3/0 curva redonda 37mm | DOCENAS | 50 | L 18,000.00 |
| TOTAL | | | | L 2769,379.90 |

Sin otro particular y esperando su colaboración con esta solicitud en beneficio de este centro hospitalario, me suscribo de usted.

Atentamente,



Agripina De Jesús Mejía
 Jefa de Almacén
 Hospital General Atlántida

"Hospital Atlántida somos todos"

DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



SECRETARIA DE SALUD
CONTRATACIÓN DIRECTA
NUMERO CD-003-HGA-2025

“SESAL-HGA-SERVICIOS GENERALES-Objeto de Gasto 39530”

Fuente de Financiamiento
Fondos Nacionales

Proceso en base al artículo 360 de la Constitución de la República, artículos 9 y 63 de la Ley de Contratación del Estado, Decreto Ejecutivo Número PCM-042-2024, publicado en el Diario Oficial la Gaceta en fecha 30 de diciembre de 2024.

LA CEIBA, ATLANTIDA 13 DE FEBREO DEL 2025

AVISO

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud cordialmente le invita a participar en el proceso de Contratación Directa No. **CD-003-HGA-2025** y presentar Oferta para la adquisición de **“Adquisición de Material Médico Quirúrgico Menor-Objeto de Gasto 39530”, PARA EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA,** a ser financiado con fondos Nacionales.

El documento Base y sus anexos podrá ser descargado en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, “HonduCompras” www.honducompras.gob.hn o retirado en El **Departamento De Sub-Dirección De Gestión De Recurso En El Edificio Administrativo Del Hospital General Atlántida**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno.**

La Oferta deberá ser presentada a más tardar el día 27 de febrero, hasta las 9:45 a.m. hora oficial de la República de Honduras dirigida a la máxima autoridad del Hospital General Atlántida a través de la subdirección de gestión de recursos ubicada en el edificio administrativo, Colonia Dantoni, atrás de la central térmica, la ceiba Atlántida, con correo electrónico logisticaysuministros@hospitalatlantida.com, Teléfono 97842108

Si la oferta es presentada tardía se devolverá sin abrir.

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

La Ceiba, Atlántida, a los 13 días del mes de febrero del año 2025.

Sylvia E. Bardales García
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL GENERAL ATLÁNTIDA

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 GENERAL ATLANTIDA**, para la **“Adquisición de Material Médico Quirúrgico Menor -Objeto de Gasto 39530”** 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.**

Los precios de los insumos deben 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 insumos ofertados; el Precio Unitario detallado en el Formulario de Oferta por ITEM o Bloque, debe ser EL PRECIO UNITARIO NETO. Así también, el precio ofertado debe incluir cualquier descuento considerado por EL PROVEEDOR. El Precio Unitario Ofertado no podrá exceder de dos (02) decimales en su formato.

1.03 Tipo de Contrato:

Como resultado de esta Contratación Directa se otorgará un Contrato de Suministro, entre El Hospital General Atlántida, y el oferente ganador o los oferentes ganadores.

1.04 Forma de la Oferta:

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

1.05 Moneda de la Oferta:

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

1.06 Vigencia de la Oferta:

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

1.07 Consorcio:

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

2.- DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA OFERTA:

2.01 DOCUMENTACIÓN LEGAL

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta

1. Fotocopia de la Escritura de Constitución de la Sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente. Debidamente autenticada por Notario.
2. Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el secretario de la Sociedad Mercantil. Debidamente autenticada por Notario.
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. Debidamente autenticada por Notario.

4. Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente. Debidamente autenticada por Notario.

5. Fotocopia Autenticada de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal.

6. Fotocopia Autenticada del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal.

7. Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "*La solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ...*" **(En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar los numerales 1,2,3,4, 5 y 6)**. Debidamente autenticada por Notario.

8. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado Debidamente Autenticada.

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. Debidamente autenticada por Notario.

10. Fotocopia del Registro Sanitario vigente de cada producto ofertado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria de la República de Honduras" y cualquier corrección, modificación o ampliación, realizada al Registro Sanitario vigente emitido por la Agencia Reguladora de Honduras que avale el producto ofertado. Prospecto del suministro y la Imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario. ***En caso de adjudicarse deberá presentar el Registro Sanitario para firmar contrato.*** Debidamente autenticada por Notario.

11. Fotocopia debidamente autenticada del Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas (BPM) para todos los fabricantes que intervenga en el proceso de fabricación vigente o en su defecto, presentar Fotocopia debidamente autenticada del Certificado de Productos Fotoquímicos (CPP) vigente tipo OMS del Medicamento Ofertado, la documentación referida anteriormente, deberá ser emitida por una de las Autoridades Reguladoras Estrictas, acreditada por la OMS, tales como: Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o Autoridades competentes de los estados miembros de la Unión Europea, Health Canadá, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (MHLW), Administración de Productos Terapéuticos de Australia (TGA), Agencia Suiza de Medicamentos (Swissmedic), Agencia de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido (MHRA). Autoridades Reguladoras de Islandia, Noruega y Liechtenstein.

12. 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).

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

***Todos los documentos antes mencionados se requieren debidamente autenticados con el sello del notario correspondiente en cada una de ellas exceptuando el documento 13 (Documento Base).**

2.02 DOCUMENTACIÓN FINANCIERA

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

1. Constancia de líneas de créditos. Debidamente autenticada por Notario.
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. Debidamente autenticada por Notario.
5. Adjuntar en su Oferta, la invitación enviada por EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA.

***Todos los documentos antes mencionados se requieren debidamente autenticados con el sello del notario correspondiente en cada una de ellas.**

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.

NOTA:

Todos los documentos que no sean originales deberán ser autenticados. Los documentos firmados por el Representante Legal de la Empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados.

3. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS

3.01 Plazo de Entrega del Suministro

La entrega de los suministros será de acuerdo con lo estipulado en el contrato que se realizará al oferente ganador u oferentes ganadores.

3.02 Control de Calidad

El Hospital General Atlántida podrá realizar a los suministros recibidos en el Almacén, un análisis de control de calidad a su entera discreción, tomando como opinión técnica la evaluación del personal calificado de la institución. Dicha evaluación quedara registrada en un acta correspondiente.

3.03 Idioma de los Documentos

El oferente deberá presentar su oferta en idioma español de acuerdo con 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 publicación de aviso de prensa en HonduCompras.

4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:

EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA, 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. Con un plazo de tres (3) días hábiles después de la notificación del Hospital General Atlántida. -

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

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

4.04 Forma de Presentación de la Oferta:

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

Parte Central:

**Hospital General Atlántida (HGA).
Att. Oficina de Logística y suministros, edificio
Administrativo HGA. Col Dantoni detrás de la Planta
Térmica La Ceiba, Atlántida.
Teléfono: 97842108
E-Mail.**

logisticaysuministros@hospitalatlantida.com

Esquina Superior Izquierda: **Nombre y Dirección Completa y Número de Teléfono Fijo y Celular del Oferente.**

Esquina Inferior Izquierda: **No. y Nombre del Proceso de Contratación Directa, así:**

| |
|--|
| <p>Proceso No. CD-003-HGA-2025 "MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MENOR"</p> |
|--|

Esquina Superior Derecha: **Lugar, Fecha y Hora de Recepción.
Sub-Dirección De Gestión De Recursos Del HGA Col.
Dantoni Detrás De La Planta Térmica La Ceiba,
Atlántida.
28 de febrero del 2025 a las 09:45 a.m.**

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

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

5. MANEJO DE DOCUMENTOS

5.01. Cuadro descriptivo de Productos y Precios

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

5.02 Retiro de Documentos

El Documento base de Contratación Directa, puede ser descargado de la plataforma de HonduCompras, o retirado en el **Departamento De Sub-Dirección De Gestión De Recursos En El Edificio Administrativo Del Hospital General Atlántida**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad 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 Licitaciones, mediante correo electrónico logisticaysuministros@hospitalatlantida.com o en su defecto por escrito a la Gerencia Administrativa adjuntando electrónicamente la solicitud al contacto siguiente sdgr.hga@outlook.es con el Lic. Camilo Gabriel Alvarado, hasta cinco (5) días hábiles antes de la fecha prevista para la apertura de la oferta, debiendo obtener pronta respuesta del órgano responsable de la contratación, la cual será comunicada al interesado. **No se atenderán consultas vía teléfono.**

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

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

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

7. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LAS OFERTAS

7.01 Aceptación

EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA, se reserva el derecho de rechazar la oferta, aplicando el Principio del Mejor Valor del Dinero en el cual se evalúan todos los aspectos relacionados a la Oferta. De igual manera no está obligada a aceptar la oferta más baja o cualquier otra que estime no conveniente al interés general, a sus intereses y a su juicio, podrá aceptar aquella oferta que presente todas las condiciones requeridas en el Documento de Contratación Directa. **En casos de contrataciones de Emergencia basadas en las Declaraciones de Emergencia emitidas por la Presidencia de La Republica (PCM-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 GENERAL ATLANTIDA**. En este proceso de Contratación Directa, la evaluación de las ofertas se realizará en orden de apertura establecida en el Acta de Apertura, realizando revisión de las ofertas de acuerdo con los criterios de evaluación.

8.02 Mínimo de Ofertas:

EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA, se reserva el derecho a continuar con el proceso cuando solo se presente **una (1) sola Oferta**, continuando con el debido procedimiento.

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

8.03 Carta Propuesta

El Oferente presentará su Carta Propuesta (Formulario de Presentación de la Oferta) firmada y sellada, **debidamente autenticada**, 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 GENERAL ATLANTIDA, adjudicará el contrato al oferente cuya oferta se ajuste a los requerimientos establecidos en los Pliegos de Condiciones, tomando en cuenta, además, de que el oferente esté calificado para cumplir satisfactoriamente el contrato y que haya presentado dentro de la fecha indicada por **EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA** y a satisfacción de éste, la documentación solicitada en los Pliegos de Condiciones.

La adjudicación del contrato **SE HARÁ POR ÍTEM O LOTE (Cuando Aplique)** al oferente que, cumpliendo las condiciones de participación, incluyendo su solvencia e idoneidad para ejecutar el contrato, presente la oferta que disponga de un balance entre calidad-precio en las muestras presentadas o catálogo de los insumos evaluados, eligiendo no necesariamente la oferta más económica, sino la que sea más ventajosa, de acuerdo con criterios objetivos establecidos.

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

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 GENERAL ATLANTIDA, fundamentada en el artículo 30 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado solicitara previo a la firma del Contrato la siguiente documentación:

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

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

8.08 Lugar de Entrega de los Productos

Los insumos serán entregados en el Departamento de Almacén del HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA, Ubicado en la Colonia Dantoni, detrás de la planta térmica, La

Ceiba, Atlántida, Honduras, previa comunicación con el proveedor. De acuerdo con los plazos estipulados en el contrato celebrado o, en su defecto, en este pliego de condiciones.

8.09 Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos

La entrega de los suministros se acompañará con ficha técnica o con una fotocopia del Registro Sanitario vigente de cada insumo.

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 GENERAL ATLANTIDA** 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 antes de la fecha de entrega pactada para realizar los descargos o aclaraciones en caso de ser aplicable, en consonancia con el artículo 88 del Decreto 157-2022 de las Disposiciones Generales de Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República.

9. GARANTÍAS

9.01 Garantías de Cumplimiento:

Una vez notificado el Oferente de la Resolución de Adjudicación, presentará en un plazo máximo de **cinco (05) días hábiles** posterior a la Firma de Contrato emitido por la Autoridad Competente, una **Garantía Bancaria o Fianza de Cumplimiento** equivalente al quince por ciento (15%) del monto del contrato. - La vigencia de la Garantía de Cumplimiento, será hasta tres (03) meses después del plazo previsto para la última entrega de los suministros, contados a partir de la fecha de recepción de la última entrega. La Garantía de Cumplimiento deberá contener el número y tipo de Adquisición, el beneficiario asegurado y la denominación o nombre del otorgante.

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

9.02 Garantía de Calidad:

El Contratista, otorgará a **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**, una **Garantía de Calidad** por un monto equivalente al cinco por ciento (5%) del monto total adjudicado, con un período de vigencia de doce (12) meses a partir de la fecha de la última entrega. 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 diez (10) días hábiles o no se llegare a un acuerdo conciliatorio entre ambas partes, se ejecutará la Garantía de Calidad sin perjuicio de las otras sanciones que legalmente proceden por incumplimiento de contrato.

10. PAGOS

10.01 Forma de Pago:

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

11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA

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

12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

II.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

1.01 Presentación de Muestras:

En el caso actual de esta contratación directa, al ser el suministro de “Material Médico Quirúrgico Menor”, se requieren muestra física para realizar la evaluación de calidad de los ítems solicitados en este pliego de condiciones.

En caso de no presentar muestras se solicita que se envíen fichas técnicas de los insumos.

En caso de que la comisión evaluadora solicite muestras la empresa tendrá 24 horas para presentarlas y poder continuar con el proceso de evaluación.

2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

2.01 Requisitos del Producto:

1. Fotocopia del registro sanitario vigente del producto solicitado.
2. En caso de que se detecte alguna falla de calidad en el suministro contratado, se realizara análisis de los daños que posteriormente se notificaran **AL PROVEEDOR** mediante un oficio, en donde también se solicitara el pronto resarcimiento de los daños y/o el cambio efectivo del suministro dañado. Los costos de operación incurridos para el resarcimiento de los suministros dañados correrán a cuenta del **PROVEEDOR**.
3. Se dispensa la leyenda especial “**Propiedad de Estado de Honduras**” en las etiquetas de los envases primario y secundario.
4. A continuación, se presenta tabla de los detalles de los suministros.

| No. | Descripción Completa del Producto | Unidad de Medida | Cantidad |
|------------|--|-------------------------|-----------------|
| 1 | Cromico 1 c/r 37mm | DOCENAS | 500 |
| 2 | Cromico 2/0 c/r 37mm | DOCENAS | 300 |
| 3 | Cromico 3/0 c/r 26mm | DOCENAS | 300 |
| 4 | Guantes descartbles talla L | PAR | 75000 |
| 5 | Guantes descartbles talla M | PAR | 260000 |
| 6 | Guantes esteril 7.0 | PAR | 60000 |
| 7 | Guantes esteril 6.0 | PAR | 5000 |
| 8 | Guantes esteril 6.5 | PAR | 10000 |
| 9 | Guantes esteril 7.5 | PAR | 120000 |
| 10 | Guantes esteril 8.0 | PAR | 5000 |
| 11 | Guantes esteril 8.5 | PAR | 7500 |
| 12 | Humidificador | UNIIDAD | 3500 |
| 13 | Mascarilla con reservorio adulto | UNIIDAD | 1000 |
| 14 | Mascarilla con reservorio pediatria | UNIIDAD | 500 |
| 15 | Prolene 4/0 c r. 26mm | DOCENAS | 120 |
| 16 | Prolene 5/0 c r. 26mm | DOCENAS | 120 |
| 17 | Seda 0 curva. Red. 37mm | DOCENAS | 50 |
| 18 | Seda 1 curva. Red. 37mm | DOCENAS | 50 |
| 19 | Simple 3/0 3/8 19 mm curva cortante | DOCENAS | 50 |
| 20 | Vicril 0 curva redonda 37mm | DOCENAS | 50 |
| 21 | Vicril 1 curva redonda 37mm | DOCENAS | 700 |
| 22 | Vicril 2/0 curva redonda 37 mm | DOCENAS | 100 |
| 23 | Vicril 3/0 curva redonda 37mm | DOCENAS | 50 |

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

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. Debidamente autenticada por Notario | | |
| 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. | | |

10.04 Evaluación Técnica:

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

| ASPECTO VERIFICABLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
|--|---------------|------------------|
| Prospecto del insumo con especificaciones técnicas | | |

VI.- FORMULARIOS Y FORMATOS DE LA OFERTA

1.- FORMULARIOS DE LA OFERTA:

1.01 Presentación de Formularios:

El PROVEEDOR deberá presentar los Formularios siguientes:

- 1. EL PROVEEDOR** presentará **LA OFERTA** según el **FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE OFERTA** el orden y forma de los requisitos de este formato son inalterables. **EL PROVEEDOR** deberá entregar dicho formulario en físico, foliado y firmado como parte de **LA OFERTA**.

- 2. EL LISTADO DE PRECIOS DE PRODUCTOS OFERTADOS** debe ser presentado y completado por **EL PROVEEDOR** según el formulario suministrado.

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

- a) Formulario de Presentación de la Oferta.
- b) Formulario de Oferta por 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 del Contrato
- j) Formato Fianza/Garantía de Cumplimiento
- k) Formato Fianza/Garantía de Calidad
- l) Formato Fianza/Garantía de Mantenimiento de la Oferta

FORMULARIO PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Tegucigalpa M.D.C.

Señores:

SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

ATENCIÓN:

REF: Contratación Directa No. CD-003-HGA-2025

“ADQUISICIÓN DE XXXX, PARA EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA”

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

Señores: HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA:

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 -XX-HGA-2025, de conformidad con la misma, ofrezco suministrar el ítem o el bloque siguientes:

Oferta que asciende a un monto total de Lempiras _____

(Letras y Números).

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

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

Asimismo, declaro que de resultar mi oferta como la más conveniente a los intereses de la Secretaría de Salud, me comprometo a suscribir el contrato y aceptar desde ahora la(s) orden(es) de compra o contrato que se emita(n) al efecto. Rendir la Garantía de Cumplimiento correspondiente por el 15% de valor del contrato la cual estará vigente hasta un (1) mes después de la recepción final de los productos.

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

La presente oferta consta de _____ folios útiles.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE /REPRESENTANTE LEGAL/ SELLO DE LA EMPRESA
FORMULARIO DE OFERTA POR ITEM O BLOQUE

Contratación Directa CD-003-HGA-2025

NOMBRE DE EL PROVEEDOR:

LABORATORIO FABRICANTE DEL PRODUCTO:

PAÍS DE ORIGEN DEL PRODUCTO:

DESCRIPCIÓN DE EMPAQUES Y ETIQUETADOS: (PRIMARIO Y SECUNDARIO)

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

OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA DEL PRODUCTO:

LUGAR Y FECHA:

FIRMA/SELLO:

CARGO:

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 dea los ____, días del mes de _____ del año _____.

FIRMA Y SELLO

(en caso de persona Natural solo Firma)

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

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

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

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

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

Página

de

páginas

1. Nombre jurídico del Oferente:

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

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

4. Año de constitución o incorporación del Oferente:

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

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

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

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

7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: *[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]*

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

↑ Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio, de conformidad con la cláusula 5.1 de la IO-05.

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

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

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

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

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

Página

de páginas

| |
|--|
| 1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i> |
| 2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio <i>[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]</i> |
| 3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio <i>[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i> |
| 4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i> |
| 5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: <i>[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]</i> |
| 6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> |
| 7. Copias adjuntas de documentos originales de: <i>[marcar la(s) casilla(s) de los documentos adjuntos]</i> <input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO- 09. <input type="checkbox"/> Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09. |

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 DE CONTRATO
CONTRATO DE ADQUISICION DE OXIGENO MEDICO (35260)
CONTRATACION DIRECTA No. CD-003-HGA-2025
PARA LA SECRETARIA DE SALUD
No. xxxxx-2025

Nosotros, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, mayor de edad, casado, hondureño, Médico Especialista, con Documento Nacional de Identificación número XXXX-XXXX-XXXX, y de este domicilio, actuando en mi condición de **DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**; nombrado mediante Acuerdo Ejecutivo No. XX-XXXX de fecha XX DE XXXXXX de 2025; quien en lo sucesivo se denominará **EL COMPRADOR** y **XXXXXXXXXX**. Con Documento Nacional de Identificación XXXXXXXXXXXX, (*Profesión*), (*estado civil*), mayor de edad, hondureño, (*domicilio*); actuando como Representante Legal de la Empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, quien para los efectos de este Contrato se denominará **EL PROVEEDOR**; por medio del presente documento hemos convenido celebrar, como al efecto celebramos, el presente **CONTRATO DE SUMINISTRO PARA LA COMPRA DIRECTA DE XXXXXXXXXXXXXXXX PARA EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA** mediante Decreto Ejecutivo aprobado en Consejo de Secretarios de Estado PCM Número 042-2024 de fecha veintisiete (27) de diciembre de 2024 publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” No. 36,727 del 30 de diciembre de 2024 el cual, se regirá conforme a las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRELIMINAR: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES: En cumplimiento a las funciones y atribuciones que le confiere la Ley de Contratación del Estado, en sus artículos 9 y 63 numeral 1; artículos 169 y 170 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud a través del Decreto de Emergencia No. PCM Número 042-2024 de fecha veintisiete (27) de diciembre de 2024 publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” No. 36,727 del 30 de diciembre de 2024, ha procedido a realizar la contratación directa de Medicamentos, para asegurar que los establecimientos de salud que proveen servicio faciliten el acceso a diagnóstico y tratamiento para la población que lo requiere. -

CLAUSULA PRIMERA. EL COMPRADOR: es el **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**, quien sometió la compra de **OXIGENO MEDICO** al proceso de compra denominado Contratación Directa No.CD-003-HGA-2025 sometió la **“ADQUISICIÓN DE OXIGENO MEDICO PARA EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA”**. **EL PROVEEDOR** es la Sociedad Mercantil **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** que tiene por objeto la **ENTREGA DE OXIGENO MEDICO**, según se estableció en los Pliegos de Condiciones de la COMPRA DIRECTA No. CD-003-HGA-2025; y dichos suministros (**OXIGENO MEDICO**) deben ser entregados en las mismas condiciones descritas en el presente contrato, Documento Base (Pliego de Condiciones) y de acuerdo con las normas legales vigentes. El presente contrato se rige por la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento vigente, Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, ejercicio fiscal año 2025 y de manera supletoria por las demás normas aplicables. -

CLAUSULA SEGUNDA. - OBJETO DEL CONTRATO: El presente contrato tiene por objeto el suministro por parte de EL PROVEEDOR, de **OXIGENO MEDICO** objeto de este suministro a favor del HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA de forma adecuada, oportuna, con la calidad

convenida y respetando las especificaciones técnicas establecidas en el Pliego de Condiciones y ratificadas en la Notificación de Compra. Dicho suministro deberá realizarse de acuerdo con la descripción, Unidad de Medida, cantidad, precio unitario en Lempiras (L), ISV (cuando aplique), plazos de entrega (los cuales comenzaran a partir de la firma del contrato) y vida útil que se detallan en el cuadro que acá se describe a continuación:

| NO. | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO | ISV | TOTAL | PLAZOS DE ENTREGA |
|-----|--|------------------|----------|--------|-------|---------------|---|
| 1 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXX | XXXXX | XX.XX | XX.XX | L XXX, XXX.XX | Detalle de entregas con cantidad y fechas fijas y concretas |

CLAUSULA TERCERA: MONTO DEL CONTRATO: El presente Contrato se suscribe por un monto total de **XXXXXXXXXXXXX (L xxxxxxxxxxxxxxxxx)**, afectando la estructura presupuestaria siguiente: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**. -

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

CLAUSULA QUINTA - DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Forma parte del Contrato los documentos siguientes: a) Pliego de Condiciones de la Contratación Directa No.CD-003-HGA-2025; b) La oferta presentada por **EL PROVEEDOR**; c) Garantía de Cumplimiento del contrato presentada por **EL PROVEEDOR**; d) Resolución de adjudicación No. **XXXXXXX**; e) Otros documentos suscritos por las partes contratantes en relación directa con las obligaciones de este Contrato. -

CLAUSULA SEXTA: LUGAR DE ENTREGA DE LOS PRODUCTOS: EL PROVEEDOR. Se compromete a entregar los productos en las instalaciones del **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**, Col. Dantoni detrás de la Planta Térmica; o en cualquier otra instalación ubicada en el municipio de La Ceiba que el **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA** designe, previa comunicación con el proveedor. Las entregas serán en días hábiles, en un horario de 8am a 4pm. -

CLAUSULA SEPTIMA. - FORMA DE ENTREGA: EL PROVEEDOR deberá notificar con tres días hábiles de anticipación la entrega con una **SOLICITUD DE CITA** para que el departamento de almacén agende la entrega o bien, solicitar cambio de fecha de entrega, para evitar choque de actividades u otras gestiones específicas del departamento. -

En caso de que **EL PROVEEDOR** no pueda realizar la entrega pactada, deberá notificar con tres días hábiles de anticipación y solicitar prórroga de entrega. La prórroga no superara los 7 días hábiles a partir del día siguiente de la fecha pactada para la entrega. En caso de que no

se notificase y no se realizara entrega de lo pactado, se aplicara una **MULTA** a partir del día hábil siguiente de la fecha pactada de acuerdo con la Clausula **VIGÉSIMA SEGUNDA** de este contrato, y; en el caso de que la entrega se realizara posterior a la fecha de prorroga admitida, se aplicara multa a partir del día hábil siguiente a la fecha prorrogada de acuerdo con la Clausula **VIGÉSIMA SEGUNDA** de este contrato. -

El **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA** deberá emitir una respuesta escrita a cualquier solicitud escrita enviada por el proveedor, en la cual se darán detalles de acuerdo con el tipo de solicitud. -

CLAUSULA OCTAVA. - PLAZO DE ENTREGA: La entrega de los suministros se realizará según las especificaciones de cantidad y fecha de entrega detalladas en el cuadro inserto en la Cláusula **SEGUNDA** que antecede. Las entregas pueden ser realizadas de manera **TOTAL** o **PARCIAL** de conformidad a las indicaciones del **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**, previo acuerdo con **EL PROVEEDOR**. En caso de que las entregas se efectúen de manera parcial, **EL PROVEEDOR** deberá presentar una factura en base a lo entregado, siendo el valor de la factura en base a los precios previstos en su oferta y detallados en la Clausula **SEGUNDA**. -

CLAUSULA NOVENA. - REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PREVIOS A LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS: EL PROVEEDOR en cada entrega realizada, deberá entregar la siguiente documentación de manera obligatoria: 1. Factura a nombre del **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**; 2. Comprobante de entrega; 3. Copia del contrato; 4. Copia del F01 de Compromiso y Pre-compromiso; 5. Copia del RTN de la empresa; 6. Solvencia Fiscal; 7. Constancia de Beneficiario; 8. PGR; 9. Recibo Membretado con valor de la factura a nombre de la **TESORERIA NACIONAL**. A esta documentación se le adjuntara la nota de **SOLICITUD DE CITA** correspondiente enviada con anticipación.

El no entregar la documentación en tiempo y forma, representaría un atraso la gestión de pago, lo cual exime a el **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA** de cualquier responsabilidad derivada de la falta de documentación. -**SULA DECIMA PRIMERA. -FORMA Y TIEMPO DE PAGO:** LA SECRETARIA DE SALUD pagará a **EL PROVEEDOR**, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la Recepción satisfactoria de los medicamentos y a la presentación de los documentos relativos al cobro a través de la Gerencia administrativa, siendo estos: 1) Acta de Recepción 2) Factura Comercial Original, y 3) La respectiva Garantía de Calidad. **El pago se hará de forma parcial de acuerdo con las entregas estipuladas en la cláusula segunda que antecede.** LA SECRETARIA DE SALUD podrá pagar a **EL PROVEEDOR** cuando no se hubiere levantado el Acta de Recepción el **Establecimiento de Salud Receptor**, por causas imputables a LA SECRETARIA DE SALUD y no a **EL PROVEEDOR**; **EL PROVEEDOR** podrá solicitar por escrito a la SECRETARÍA DE SALUD el pago a su favor, siempre y cuando cuente con: 1) Factura comercial original, y 2) La presentación de las comprobantes de suministros firmados y sellados por el **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**. -

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: INSPECCIONES Y PRUEBAS: Durante el uso de los suministros presentados en las entregas y durante su vida útil, se estarán realizando inspecciones de calidad en las diferentes salas asistenciales donde se utilicen los insumos. La inspección constara de realizar preguntas sobre la manipulación, duración, calidad y la complejidad del uso, de manera

que; si el análisis final sobre el insumo evaluado fuera desfavorable, se entablaría comunicación con **EL PROVEEDOR** para resolver la calidad de los insumos; debiendo ser está a la misma calidad presentada durante la entrega. -

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

-

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. - ACTA DE COMPROMISO: En el caso que se haya adjudicado productos ofertados con vida útil menor a los establecidos en los pliegos de condiciones, EL PROVEEDOR se compromete a reemplazar dichos productos si vencieran dentro del periodo establecido en los Pliegos de Condiciones sin costo alguno para el HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA, a través de un acta de compromiso de reemplazo, misma que deberá ser entregada con el producto. El plazo de la vida útil de los productos es contado a partir de la fecha de recepción del producto.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA. - PLAZO PARA LA REPOSICIÓN DE PRODUCTOS: En caso de que el resultado de los controles de calidad descritos en la cláusula décima tercera sea desfavorable, EL PROVEEDOR deberá reponer al HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA el (100%) del lote que resultare con falla de calidad, dentro de los diez (10) días calendarios posteriores a la fecha en que la SECRETARIA DE SALUD comunique por escrito AL PROVEEDOR el incumplimiento respectivo.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. - GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y CALIDAD DE EL CONTRATO: EL PROVEEDOR, rendirá en un plazo de (5) días hábiles de la suscripción del contrato una Garantía de Cumplimiento de Contrato equivalente al Quince (15%) del valor del mismo, con 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 recepción de la última entrega, contados a partir de la firma del Contrato; dicha garantía llevará una leyenda que dice: “Esta Garantía será ejecutada a simple requerimiento del HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA, sin más trámite que la presentación del documento de incumplimiento”, sin perjuicio de cualquier otra sanción que hubiere que aplicar. El HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA solicitará a EL PROVEEDOR la garantía de Calidad misma que llevara la leyenda antes mencionada, la cual sustituirá la garantía de Cumplimiento del Contrato después de emitir el Acta de Recepción Final, para garantizar al HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA que el insumo entregados mantendrán la calidad y el estado en el que se entregaron, dicha garantía tendrá una vigencia por un periodo de doce (12) meses, cuyo monto será equivalente al Cinco (5%) por ciento del monto del Contrato.-

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA. - DISPOSICIONES APLICABLES: El presente contrato de suministro de productos se regulará por las disposiciones contenidas en este documento y en el Documento Base (Pliegos de Condiciones) de la Contratación Directa No. CD-003-HGA-

2025 “**ADQUISICIÓN DE XXX PARA EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**”, por el cual, se seleccionó la oferta presentada por **EL PROVEEDOR**, y, en general, por las disposiciones contenidas en nuestro ordenamiento jurídico, aplicables conforme su especialidad. -

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

CLAUSULA DECIMA NOVENA. - FORMAS DE RECLAMOS: Serán válidos y tendrán efecto legal, todas las notificaciones que se hagan las partes contratantes, siempre y cuando consten por escrito, por fax o correo certificado, a las direcciones siguientes: a) “**HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA**” Col. Dantoni, detrás de la planta térmica CA-13, La Ceiba Atlántida Honduras, C. A. Teléfono 2441-4613 b) “**EL PROVEEDOR**” XXXXXXXXXXXX (*Dirección y correo*). -

CLAUSULA VIGÉSIMA: CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR. Es expresamente convenido que ninguna de las partes estará obligada a indemnización alguna si el incumplimiento del contrato se atribuye a casos fortuitos o de fuerza mayor debidamente justificado, **entendiendo como Fuerza mayor, accidentes, huelgas, revoluciones, insurrecciones, naufragios, motines y Caso Fortuito entendiéndose como tal, situaciones como catástrofes naturales o provocadas.** Cualesquiera de las anteriores situaciones que imposibilite el cumplimiento de los deberes de alguna de las partes, deberá notificar a la contraparte la situación por escrito, dando lujo de detalles y adjuntando evidencia contundente sobre el percance o inconveniente, teniendo hasta tres (3) días hábiles posteriores a la fecha de entrega pactada para presentarla. Si la justificación desglosa la situación y se presentan las evidencias correspondientes, se procederá a llegar a un arreglo de tiempo para la entrega pactada, entre el **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA** y **EL PROVEEDOR**, eximiendo a **EL PROVEEDOR** de la **Clausula VIGESIMA SEGUNDA** por el tiempo extendido en el arreglo entre ambas partes. En caso de que la justificación no sea tomada como contundente o no se adjunten suficientes evidencias que respalden el relato de la situación, **EL PROVEEDOR** no quedara exento de multas o de las disposiciones declaradas en la **Clausula VIGESIMA SEGUNDA.** -

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: MULTAS POR INCUMPLIMIENTO. EL HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA, podrá aplicar una multa correspondiente a cero punto treinta y seis por cientos (0.36%), dicha multa se aplicará por cada día de retraso, la cual se calculará con base al incumplimiento de cada entrega parcial. No se aplicará la multa en aquellos casos justificados como ser los enunciados en la **Clausula VIGESIMA.** Quedando el proveedor obligado a presentar evidencias de los mismos. Teniendo un plazo de tres (3) días hábiles contados desde el siguiente día hábil de la fecha de entrega incumplida, para que pueda realizar los descargos o aclaraciones en caso de ser aplicable. -

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

CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA: ACEPTACIÓN DE PARTES: Ambas partes declaran que es cierto el contenido del presente Contrato y aceptan cada una de sus Cláusulas obligándose a su fiel cumplimiento, en fe de lo cual firmamos el presente contrato a los XXX días del mes de XXXX del año dos mil veinticinco (2025). -

**DRA. SYLVIA E. BARDALES GARCIA
DIRECTORA EJECUTIVA
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
"EL COMPRADOR"**

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

FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N°: _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO / GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantia a favor de _____, para garantizar que el Afianzado / Garantizado, mantendra la OFERTA, presentada en la licitacion _____

SUMA AFIANZADA / GARANTIZADA: _____

VIGENCIA DE: _____ **HASTA:** _____

BENEFICIARIO: _____

CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: LA PRESENTE GARANTIA SERA EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BENEFICIARIO ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCION FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGUN OTRO REQUISITO, PUDIENDO REQUERIRSE EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTIA / FIANZA. Las garantias o fianzas emitidas a favor del BENEFICIARIO seran solicitadas, incondicionales, irrevocables y de realizacion automatica **y no deberan adicionarse clausulas que anulen o limiten la clausula obligatoria.**

- Se entenderá por incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:
- Retira su oferta durante el periodo de validez de la misma.
- No acepta la corrección de errores (si los hubiere) del precio de la Oferta.
- Si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el periodo de validez de la misma, no firma o rehúsa firmar el Contrato, o se rehúsa a presentar la Garantía de Cumplimiento.
- Cualquiera 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 _____ del año _____.

FIRMA AUTORIZADA

AFIANZADO

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 EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO:

DIRECCION Y TELEFONO:

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

SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA: _____

VIGENCIA: _____

BENEFICIARIO: _____

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

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

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

FIRMA AUTORIZADA

AFIANZADO

OFICIO 008-UALHGA-2025

La Ceiba, Atlántida. 14 de febrero del 2025.

LICENCIADO

Camilo Gabriel Alvarado Ramírez

Subdirector de Gestión de Recursos

HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA

SU OFICINA.

Lic. Alvarado Ramírez:

En atención al Oficio N.014-SDGR-HGA de fecha 14 de febrero del año 2025 de **ADQUISICION DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO MENOR 39530.**

Y en Vista de que el **HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA** ha sido llamado a un proceso de **COMPRA DIRECTA NUMERO CD-003-HGA-2025 DE ADQUISICION DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO MENOR 39530**, 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 del 2024, (PRORROGAR ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA EN TODO EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA A NIVEL NACIONAL PARA EL AÑO 2025). Una vez aceptando una oferta de determinada empresa, para el suministro de dichos Bienes, el valor de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega parcial o total de los bienes ofertados al HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA en el lugar y fecha especificados

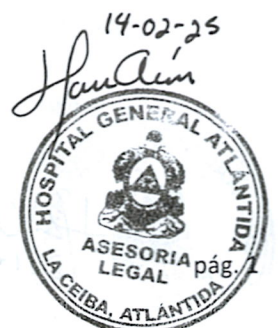
Esta Unidad de Asesoría Legal es del parecer:

DICTAMEN NO. 001-CD-003-UALHGA-2025

Una vez revisando y analizando el Documento Base de Contratación Directa número **CD-003-HGA-2025 ADQUISICION DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO MENOR 39530.**

PRIMERO: Deberán revisar y analizar los documentos como ser:

1. Formulario de Presentación de la Oferta.
2. Formulario de Oferta por ítem o bloque.
3. Formulario de Lista de Precios
4. Formulario de Declaración Jurada de Integridad
5. Formulario de Información sobre el Oferente.
6. Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio
7. Formato de compromiso de Reemplazo
8. Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad.
9. Formato de Contrato
10. Formato Fianza/Garantía de Cumplimiento
11. Formato Fianza/Garantía de Calidad



Se considera que cada Contratación Directa deberá realizarse en un periodo de un año la cual deberá entregarse a nuestro Centro Hospitalario de forma parcial en periodos trimestrales, hasta completar el total del importe pactado en orden de compra y contrato suscrito, por lo cual cada proveedor deberá darle cumplimiento al documento base de contratación directa hasta entregar en su totalidad la **ADQUISICION DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO MENOR 39530**.

Según los componentes que comprende este objeto para la SECRETARIA DE SALUD CON DEPENDENCIA HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA. Así como el monto de las garantías del cumplimiento, basado en Ley. Quedando pendiente llenar la tabla correspondiente a los ítems objeto de esta contratación directa.

SEGUNDO: Facultados y dentro de los parámetros y reglamento ya establecido en el artículo 1 de la Ley de Contratación del Estado el cual establece: QUE LOS CONTRATOS DE OBRAS PUBLICAS, SUMINISTROS DE BIENES O SERVICIOS Y DE CONSULTORIA QUE CELEBREN LOS ORGANOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA CENTRALIZADA Y DESCENTRALIZADA, SE REGIRAN POR LA PRESENTE LEY Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS. Y a su vez en concordancia con lo establecido en el artículo 38 de la misma Ley supra mencionada **PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN. las contrataciones que realicen los órganos a que se refiere el artículo 1 de la presente Ley, podrán llevarse a cabo por cualquiera de las modalidades siguientes**, 1, 2, licitación privada, 2, 4 y 5 siendo la presente **COMPRA DIRECTA NÚMERO CD-004-HGA-2025**, que consiste en la contratación de **ADQUISICION DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO MENOR 39530**, para abastecer en las distintas salas del Hospital General Atlántida en el presente año 2025.

TERCERO: Que la presente administración es el órgano responsable de la contratación el cual debe de especificar las obras bienes o servicios que constituyen el objeto de la Licitación quienes están facultados para ello, según el artículo 98 sobre el **Alcance y Contenido General** del reglamento de la Ley Contratación del Estado y en virtud de encontrarse en esta Unidad Legal con facultades que son atribuidas también el artículo 99 **sobre preparación**, en el párrafo ultimo del mismo cuerpo legal, **ESTA UNIDAD LEGAL ES DE LA RECOMENDACIÓN QUE SE CONTINUE CON EL TRAMITE LEGAL PERTINENTE EN VIRTUD DE CONSIDERAR QUE EL PRESENTE DOCUMENTO BASE DE CONTRATACION DIRECTA REUNE LOS REQUISITOS EN CUANTO AL PROCESO DE FORMALIDADES Y DOCUMENTACION. ESTO SIN PERJUICIO QUE EL MISMO DEBE SER APROBADO POR LA UNIDAD DE CONTROL DE EJECUCIÓN DEL GASTO.**

En base al artículo 63, inciso 1; de la Ley de Contratación del Estado el cual establece que la contratación directa podrá realizarse en los casos siguientes: 1) Cuando tenga por objeto proveer a las necesidades ocasionadas por una situación de emergencia al amparo de establecido en el Artículo g de la misma Ley.

FUNDAMENTO LEGAL: Artículos 1, 11, 30, 32, 38.2, 39, 59, 63.1 de la Ley de Contratación del Estado; 1, 2, 7.a, b, k, 10, 11, 19, 22, 79, 80, 98, 99, 100, 104 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado; Decreto Ejecutivo PCM-042-2024 y demás aplicables al presente caso.

Se extiende la misma en la ciudad de La Ceiba departamento de Atlántida a los catorce (14) días del mes de febrero del año 2025.



Atentamente;

14-02-25
V. Manríquez
HOSPITAL GENERAL ATLÁNTIDA
ASESORIA LEGAL
LA CEIBA, ATLÁNTIDA
ABOG. VÍCTOR MANUEL HAM ARIAS
UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL
HOSPITAL GENERAL ATLÁNTIDA

Copia: Archivo

