DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA

HOSPITAL ESCUELA

CONTRATACIÓN DIRECTA

CD-SESAL-HE-20-2025

"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"

Fuente de Financiamiento
Fondos Nacionales

Proceso con base en el artículo 360 de la Constitución de la República, artículos 9 y 63 de la Ley de Contratación del Estado, Decreto Ejecutivo Número PCM-04-2023, publicado en el Diario Oficial la Gaceta en fecha 16 de enero de 2023. Decreto Ejecutivo PCM 53-2023, publicado en el Diario Oficial la Gaceta en fecha 27 de diciembre del 2023. Decreto 42-2024 publicado en el Diario Oficial la Gaceta en fecha 30 de diciembre 2024.

Tegucigalpa, Honduras C.A.
agosto 2025

INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS
CONTRATACIÓN DIRECTA CD-SESAL-HE-20-2025
ADQUISICIÓN DE REACTIVOS."

SEÑORES
OFERENTES
PRESENTE.

EL HOSPITAL ESCUELA cordialmente le invita a participar en el Proceso de Contratación Directa N° (**CD-SESAL-HE-20-2025) "ADQUISICIÓN DE REACTIVOS",** a ser financiado con fondos Nacionales.

El documento Base y sus anexos podrá ser descargado en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "HONDUCOMPRAS" www.honducompras.gob.hn o retirado en el Departamento de Adquisiciones y Suministros**, a partir del día 18 de agosto del 2025, en un horario de 7:30am - 3:30pm.**

Se deberá de presentar nota dirigida a la Licenciado Erick Flores Jefe de la Unidad de Gestion de Licitaciones, manifestando su interés de participar en este proceso de Contratación Directa con la siguiente información:

- **Nombre completo de su empresa tal como aparece en el RTN.**
- **Nombre de la persona que estará a cargo del proceso.**
- **Dirección de correo electrónico vigente de la persona a cargo del proceso.**
- **Número de teléfono de la persona a cargo del proceso.**
- **Número de teléfono fijo de la empresa.**
- **Nombre de la persona que firmara el Acta de Apertura de Ofertas.**

El Pliego de Condiciones le será entregado en forma electrónica (Traer Memoria USB ó a través de Correo Electrónico) sin costo alguno acompañado del archivo Excel que contiene EL LISTADO DE PRECIOS NO MODIFICABLE.

EL LISTADO DE PRECIOS NO MODIFICABLE es un archivo en formato Excel que será utilizado el día de la apertura de ofertas. Contiene el listado de los insumos que requiere EL HOSPITAL ESCUELA en orden correlativo. Su empresa solo debe completar la información de los campos correspondientes a los ítems en los que participa, sin modificar el formato del archivo. El Listado debe estar incluido en una USB y presentarse dentro del sobre cerrado que contiene su oferta original el día de la apertura de ofertas.

La recepción de la oferta deberá presentarse en sobre cerrado en la Dirección de Gestión Administrativa Financiera **desde** el día posterior a esta invitación **hasta** la fecha de la apertura en la hora límite de recepción de ofertas, misma que se efectuará en un acto público en el Auditorio Dr. Enrique Aguilar Paz, ubicado en el Primer Piso del Hospital Escuela, Boulevard Suyapa, Calle "La Salud", Tegucigalpa. M.D.C. el día **MARTES 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2025**, la hora límite de recepción de ofertas será a las ocho y cuarenta y cinco de la mañana **(8:45 a.m.),** hora oficial de la Republica de Honduras, acto seguido se procederá a la apertura de los sobres que contengan las ofertas a las nueve de la mañana en punto **(9:00 a.m.).**

La oferta deberá estar acompañada de una Garantía de Mantenimiento de Oferta en Original a nombre del HOSPITAL ESCUELA, con una vigencia de CIENTO CINCUENTA (150) días calendario contados a partir del día de la apertura de la oferta y por un monto equivalente al Dos por Ciento (2%), del valor total de la oferta expresada en Lempiras. El acto de apertura se efectuará en presencia de representantes del Hospital Escuela, los Oferentes o sus Representantes y Veedores Sociales.

Si la oferta es presentada tardía se devolverá sin abrir.

Para consultas o información dirigirse a las siguientes direcciones de Correo Electrónico licitaciones@hospitalescuela.edu.hn con copia a erick.flores@hospitalescuela.edu.hn

Tegucigalpa, M.D.C. 18 DE AGOSTO DEL 2025.

DR. HERBERT ANTONY LOPEZ MENDOZA
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL ESCUELA

ÍNDICE GENERAL

Contenido

1.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES (IAO): 3

2.- DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA OFERTA: 4

2.01 DOCUMENTACIÓN LEGAL. 4

2.02 DOCUMENTACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA 5

2.03 DOCUMENTACIÓN TÉCNICA 6

3. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS 6

4. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS 6

5. MANEJO DE DOCUMENTOS 7

6. INTERPRETACIÓN DE DOCUMENTOS 8

7. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LAS OFERTAS 8

8. ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO 8

9. GARANTÍAS 10

10. PAGOS 11

11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA 11

12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 11

II.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS 12

2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS: 12

3.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: 12

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN 0

1. CRITERIOS DE EVALUACIÓN 0

1.1 Evaluación Legal: 0

1.2 Evaluación Económica/Financiera: 1

1.3 Evaluación Técnica: 1

VI.- FORMULARIOS Y FORMATOS DE LA OFERTA 2

1.- FORMULARIOS DE LA OFERTA: 2

2.- FORMATO DE LOS FORMULARIOS incluidos en el Pliego de Condiciones: Los Formularios. 2

FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS 9

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 Escuela, para la "**ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"** financiados con fondos NACIONALES 2025

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

El precio de los reactivos debe ofertarse en Términos INCOTERM: DDP – DELIVERED DUTY PAID / Entregada Derechos Pagados. El PROVEEDOR debe tomar en cuenta todos los aranceles e impuestos que ameriten para la entrega efectiva de los reactivos 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 y Contrato de Comodato cuando aplique, entre EL HOSPITAL ESCUELA y el oferente ganador o los oferentes ganadores.

1.04 Forma de la Oferta:

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

1.05 Moneda de la Oferta:

El Precio de la Oferta debe presentarse en Lempiras (L). Los pagos de los Contratos 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 **CIENTO VEINTE (120) 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:

Documentos Subsanables (DS), Documentos No Subsanable (DNS).

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. **(DS)**

2. **Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el Secretario de la Sociedad Mercantil. (DS)**

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. **(DS)**

4. **Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente vigente. (DS)**

5. **Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal. (DS)**

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

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. (DS)** de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "La solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta …"

8. **Declaraciones Juradas Del Representante legal (DS):** cuya firma deberá estar debidamente autenticada por Notario, las declaraciones deberán indicar que tanto él como su representada cumplen con lo siguiente:
   a) Están enterados y aceptan todas y cada una de las condiciones, especificaciones, requisitos y sanciones establecidas en estas Especificaciones Técnicas y Condiciones de Contratación;
   b) No están comprendidos en ninguna de las circunstancias a que se refieren los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado; y,
   c) No están comprendidos en ninguno de los casos a que se refiere el artículo 439 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos comprendido en el DECRETO No. 130-2017.;
   d) Declaración Jurada de integridad.

9. **CONSTANCIA DE ANTICORRUPCIÓN (VIGENTE) (DS):** Emitida por la Secretaría General del Ministerio Publico. En el cual se exprese que ni la empresa, representantes o sus socios están sujetos a procesos de investigación por actos de corrupción en las dependencias siguientes:
   1. Dirección de Lucha Contra el Narcotráfico (DLCN);
   2. Fiscalía Especial para la Transparencia y Combate a la Corrupción Pública (FEPCCOP);
   3. Fiscalía Especial Contra el Crimen Organizado (FESCCO);
   4. Unidad Fiscal Especializada contra las Redes de Corrupción (UFERCO).

   Las constancias anteriores con una vigencia de 6 meses de su emisión.

   - **(En caso de contar con dicha constancia vigente o comprobante de tenerla en trámite adjuntarla en su oferta)**
   - **Para efectos de evaluación en caso que el oferente no cuente con esta constancia deberá acompañar: Junto a su oferta una Constancia emitida por la secretaria general del Ministerio Público en donde se establezca que dichas solicitudes se encuentran en trámite y podrá presentar la solicitud de**

trámite de la emisión de dicha constancia.

- **El oferente deberá presentar la constancia anticorrupción previo a la formalización del contrato o previo a trámite de primer pago ya sea único o parcial.**

10. **Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (Constancia de que está en trámite**), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR). **(DS)**

11. **Registro de Beneficiario (PIN SIAFI Vigente y Legible) (DS)**

12. **Registro Sanitario Vigente. (DS)**

13. **Tres (03) Constancias de satisfacción de venta y entrega de los bienes:** objeto de esta Contratación **efectuados en otras instituciones similares**, en los últimos dos (02) años, extendidas por el gerente administrativo o el funcionario que pueda dar fe del servicio prestado a dichas instituciones a la que, se le haya brindado servicio. (DS)

14. **Constancia Bancaria, donde se refleje la cuenta del PIN SIAFI (legible número de cuenta) (DS)**

15. **Autorización para que el Hospital Escuela pueda verificar la documentación presentada. (DS)**

16. **Formulario de Presentación de la Oferta (DNS), este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma.**

17. **Formulario de Lista de Precio: (DNS) Es el detalle individual de cada ítem cotizado en la oferta, debidamente firmado y sellado. NO PRESENTA EL "FORMULARIO DE OFERTA POR ÍTEM" SE ENTENDERÁ QUE NO PRESENTÓ LA OFERTA. El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes a EL HOSPITAL ESCUELA en el lugar y fecha especificados en estas bases.**

18. **Garantía de Mantenimiento de Oferta Original (DNS). La cual deberá incluir número, nombre y tipo de Licitación, clausula obligatoria, beneficiario.**
La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, a por lo menos, dos por ciento (2%) del valor total de la oferta. Con una vigencia de Ciento cincuenta 150 días calendario contados a partir de la fecha de apertura de ofertas.

2.02 DOCUMENTACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

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

1. Constancia de líneas de créditos. (DS)

2. Fotocopia autenticada del Balance General debidamente auditado, del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general, o por un profesional de la Contaduría Pública o Perito Mercantil y Contador Público, debidamente colegiado y solvente; o, una Firma Auditora debidamente inscrita en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS). (DS)

3. Copia autenticada del Estado de Resultado debidamente auditado, del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el Contador General, o por un profesional de la Contaduría Pública o Perito Mercantil y Contador Público, debidamente colegiado y solvente; o, una Firma Auditora debidamente inscrita en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS). (DS)

4. **Formulario de Presentación de la Oferta (DNS)**, este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma.

5. **Formulario de Lista de Precio: (DNS)** Es el detalle individual de cada ítem cotizado en la oferta, debidamente firmado y sellado. **NO PRESENTA EL "FORMULARIO DE OFERTA POR ÍTEM" SE ENTENDERÁ QUE NO PRESENTÓ LA OFERTA.** El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes a EL HOSPITAL ESCUELA en el lugar y fecha especificados en estas bases.

6. **Garantía de Mantenimiento de Oferta Original (DNS).** La cual deberá incluir número, nombre y tipo de Licitación, clausula obligatoria, beneficiario.
   La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, a por lo menos, dos por ciento (2%) del valor total de la oferta. Con una vigencia de Ciento cincuenta 150 días calendario contados a partir de la fecha de apertura de ofertas.

2.03 DOCUMENTACIÓN TÉCNICA

- **ESTA DOCUMENTACIÓN SERA DESCRITA EN LA SECCIÓN II ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.**

NOTA:
Todos los documentos que NO SEAN ORIGINALES deberán ser autenticados en sede notarial no debiendo omitir la firma y sello en cada copia autenticada (Una autentica de copias) y (autentica de firma) Artículos 39 y 40 del Reglamento del Código de Notariado.

3. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS

3.01 Plazo de Entrega del Suministro

El plazo de entrega de los suministros será acorde al cuadro especificado como MATRIZ DE ENTREGA, ESPECIFICACIONES TECNICAS.

3.02 Control de Calidad

EL HOSPITAL ESCUELA podrá solicitar que, a los productos recibidos en el Almacén de Laboratorio, se les efectúe pruebas de control de calidad a su entera discreción, tomando muestreos técnicos al azar en cualquier momento que lo consideren conveniente, en caso de ser necesario.

3.03 Idioma de los Documentos

El oferente deberá presentar su oferta en idioma español. 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 fecha máxima MARTES 2 DE SEPTIEMBRE posterior a la invitación y confirmación de interés (mediante solicitud escrita) de participar en el proceso.

4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:

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

4.03 Errores u Omisiones Subsanables:

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

En caso de haber discrepancia entre precio expresado en letras y en cifras serán válidos los

establecidos en letras, asimismo cuando hubiere diferencia entre el precio unitario y el precio total se considerará valido 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. En caso de que estos no coincidan se tomaran como válidos el detalle establecido en el Formulario de Oferta por Ítem e.

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 <u>Forma de Presentación de la Oferta</u>:

La Oferta se debe presentar con la denominación de **Original** y una (1) Copia, así mismo deberá de acompañar la oferta con la **versión digital en USB incluyendo el Listado de Precios NO MODIFICABLE proporcionado por EL Hospital.** ***La oferta deberá presentarse personalmente o a través de representante debidamente autorizado (documento escrito firmado y sellado) por el oferente titular, debiendo en su caso de acreditarlo***, en su correspondiente sobre debidamente cerrado, sellado, foliado y firmado por el oferente y rotulado de la siguiente forma:

ESQUINA SUPERIOR IZQUIERDA **Nombre del Oferente y su dirección completa** **ESQUINA INFERIOR IZQUIERDA** **CONTRATACIÓN DIRECTA CD-SESAL-HE-20-2025 "ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"**	**PARTE CENTRAL** **DR. HERBERT ANTONY LOPEZ MENDOZA** **DIRECTOR EJECUTIVO HOSPITAL ESCUELA**	**ESQUINA SUPERIOR DERECHA** **Fecha de presentación** **No abrir antes del día MARTES 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2025 a las 09:00am**

4.05. <u>Apertura de Ofertas</u>

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, el acto se llevará a cabo en fecha MARTES 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2025, a las ocho cuarenta y cinco de la mañana (8:45 am), hora límite de recepción de ofertas, posteriormente se llevará a cabo el acto de apertura a las nueve de la mañana (9:00 am),**

5. MANEJO DE DOCUMENTOS

5.01. <u>Cuadro descriptivo de Productos y Precios</u>

El Oferente presentará, para cada ítem que compone su oferta, el cuadro descriptivo de productos y precios (Formulario de Lista de Precio), acorde a cada formulario adjunto en este Documento base.

5.02 <u>Retiro de Documentos</u>

El Documento base de Contratación Directa, puede ser descargado de la plataforma de HonduCompras, o retirado en el departamento de adquisiciones y suministros D**EL HOSPITAL ESCUELA,** dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una USB o un correo electrónico, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno**

6. INTERPRETACIÓN DE DOCUMENTOS

Aclaraciones: El potencial oferente, podrá solicitar aclaraciones al Pliego de Condiciones por escrito y vía correo a la oficina de la Unidad de Gestión de Licitaciones, mediante correo electrónico licitaciones@hospitalescuela.edu con copia a erick.flores@hospitalescuela.edu.hn hasta CINCO (5) días calendario 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 ESCUELA, se reserva el derecho de rechazar la oferta, aplicando el Principio del Mejor Valor del Dinero en el cual se evalúan todos los aspectos relacionados a la Oferta. De igual manera no está obligada a aceptar la oferta más baja o cualquier otra que estime no conveniente al interés general, a sus intereses y a su juicio, podrá aceptar aquella oferta que presente todas las condiciones requeridas en el Documento de Contratación Directa. **En casos de contrataciones de Emergencia basadas en las Declaraciones de Emergencia emitidas por la Presidencia de La Republica (PCM 04-2023), Decreto Ejecutivo (PCM 53-2023), y Decreto Ejecutivo (PCM 42-2024), se tendrá mayor preponderancia en los tiempos de entrega.**

8. ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

8.01 Evaluación de las Ofertas:

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

8.02 Mínimo de Ofertas:

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

8.03 Carta Propuesta

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

8.04 <u>Adjudicación y Firma del Contrato:</u>

EL HOSPITAL ESCUELA, 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 ESCUELA** y a satisfacción de éste, la documentación solicitada en los Pliegos de Condiciones.

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

El oferente seleccionado deberá formalizar el contrato (30) días calendarios, una vez se realice la NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN, deberán presentar las Garantías Bancarias o Fianzas requeridas por **EL HOSPITAL ESCUELA en un plazo no mayor a CINCO (05) días posterior a la formalización del Contrato.** Sí por causas imputables a el Proveedor adjudicado no se cumple este requisito, quedará sin valor ni efecto la adjudicación, procediendo a invitar a un nuevo oferente.

Derecho del Comprador a variar las cantidades en el momento de la adjudicación. Al momento de adjudicar el Contrato, el Comprador se reserva el derecho a aumentar o disminuir la cantidad de los Bienes y Servicios, de esta Contratación, siempre y cuando esta variación no exceda en:

El máximo porcentaje en que las cantidades podrán ser aumentadas es: [40%]

El máximo porcentaje en que las cantidades podrán ser disminuidas es: [40%]

8.05 <u>Notificación de la Adjudicación:</u>

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.

Si la adjudicación no se notifica dentro del plazo de la vigencia de las ofertas CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIO, los proponentes podrán retirar sus ofertas sin responsabilidad de su parte.

8.06 <u>Negociación del Contrato:</u>

EL HOSPITAL ESCUELA 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 <u>Documentación previa a la firma del Contrato:</u>

EL HOSPITAL ESCUELA, 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 República (PGR).

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 <u>Lugar de Entrega de los Productos</u>

Los productos serán entregados en el Almacén de Laboratorio del HOSPITAL ESCUELA, localizado Boulevard Suyapa, Calle “La Salud”, Tegucigalpa. M.D.C., Honduras.

8.09 <u>Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos</u>

La entrega de los productos se acompañará con una fotocopia del Registro Sanitario vigente, original o fotocopia del Certificado de análisis de Calidad del Producto Terminado correspondiente a cada Lote entregado, firmado por el profesional a cargo de esta función en el laboratorio fabricante o el laboratorio contratado. durante su almacenamiento y transporte del producto hasta su entrega en el lugar designado por EL HOSPITAL ESCUELA por el personal responsable de la cadena de frío en el almacén.

8.10 <u>Multa por Incumplimiento de Plazo:</u>

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 requerido, **EL HOSPITAL ESCUELA** aplicará al Proveedor una multa por cada día de retraso, En observancia al Art. 72, párrafo segundo y tercero de la Ley de Contratación del Estado contenido en el decreto No. 74-2001 del 01 de julio de 2001. La multa diaria aplicable se fija en cero puntos treinta y seis por ciento (0.36%), en relación con el monto total del contrato por el incumplimiento del plazo y la misma debe especificarse tanto en el pliego de condiciones como en el contrato.

en relación con el monto total del saldo del contrato sobre el incumplimiento de cada entrega parcial. No se aplicará la multa en aquellos casos justificados como ser: causas no atribuibles al proveedor, casos fortuitos, fuerza mayor, fenómenos naturales, tomas de carreteras. Quedando el proveedor obligado a presentar dichas evidencias. Teniendo un plazo de tres (3) días hábiles para realizar los descargos o aclaraciones en caso de ser aplicable, en consonancia con el artículo 120 del Decreto 04-2025 de las Disposiciones Generales de Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República gestión 2025.

9. GARANTÍAS

9.01 <u>Garantía De Mantenimiento De Oferta</u>

La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, al **dos por ciento (2%) del valor total de la oferta** y **tendrá una vigencia de treinta (30) días ADICIONALES, después del período de validez inicial de la Oferta es decir un plazo de (CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIO),** o bien después de un período de ampliación que se haya solicitado.

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público.

9.02 <u>Garantía de Cumplimiento:</u>

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

9.02 <u>Garantía de Calidad:</u>

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

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

10. PAGOS

10.01 <u>Forma de Pago:</u>

EL HOSPITAL ESCUELA pagará en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contado a partir de la recepción satisfactoria de los reactivos y documentos requisitos de pago, previo a la presentación de documentos relativos al cobro al almacen correspondiente. El pago se hará por cada entrega parcial.

NOTA IMPORTANTE: El presente proceso de Contratación, será financiada con Fondos Nacionales correspondiente al ejercicio fiscal año 2025, para el desarrollo de la gestión del año 2025, no obstante, hacemos del conocimiento a todos los oferentes interesados que **la ADJUDICACIÓN Y FIRMA DEL CONTRATO QUEDARA SUPEDITADA A LA CONFIRMACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA,** esto basado en el ARTÍCULO 23 LCE "Requisitos previos" párrafo tercero, que literalmente dice: "Podrá darse inicio a un procedimiento de contratación antes de que conste la aprobación presupuestaria del gasto, pero el contrato no podrá suscribirse sin que conste el cumplimiento de este requisito, todo lo cual será hecho de conocimiento previo de los interesados." Y ARTICULO 39 RLCE "Asignación presupuestaria". La decisión inicial deberá indicar expresamente los recursos presupuestarios con los que se atenderán las obligaciones derivadas de la contratación. Excepcionalmente podrá darse inicio a un procedimiento de contratación sin que conste la aprobación presupuestaria del gasto, pero el contrato no podrá suscribirse sin el cumplimiento de este requisito; en el pliego de condiciones o en los términos de referencia, según proceda, se advertirá de esta circunstancia y se indicará que la adjudicación quedará condicionada a su cumplimiento.

11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA

El encargado de Bodega en el Almacen de Laboratorio de EL HOSPITAL ESCUELA , sera el responsable de emitir el Acta de Recepciòn definitiva, posterior a la recepcion de la ultima 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 prevalecera la resolucion 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 Organo 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 <u>Presentación de Muestras</u>:

a) Los oferentes deberán presentar una (1) muestra por ítem. Con la cual respalden técnicamente su oferta, sin costo alguno para El Hospital Escuela.

NOTA: NO SE ACEPTARÁN MUESTRAS EN DÍAS DIFERENTES A LOS ESTABLECIDOS EN ESTE APARTADO. La falta de presentación de muestras no será subsanable. Sí un oferente omite la presentación de la muestra que corresponde a un ítem, la Comisión de Evaluación desestimara su oferta para ese ítem.

b) En aquellos casos en que la presentación de muestras de ítem o insumo represente un costo excesivo para el oferente, este podrá solicitar por escrito a la Sub Diereccion Administrativa Finaciera la autorización para omitir la referida entrega. La solicitud deberá estar debidamente fundamentada, justificando las razones del alto costos asociado a la presentación de las muestras. Esta gestión deberá realizarse de manera obligatoria durante el periodo de aaclaraciones establecido en el conograma del proceso licitatorio. La entidad convocante evaluara la solicitud y comunicara su decisión dentro del plazo que corresponda.

1.02 Fecha y Hora para la Presentación de muestras:

La recepción de muestras se llevará a cabo el dia del Acto de Apertura de ofertas.

2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS:

2.01 <u>Requisitos del Producto</u>:

1. **Tener por lo menos un (1) año de estar en el mercado nacional**, o presentar **órdenes de compra o contratos (NO CONSTANCIAS) derivadas de procesos de adquisición de los productos ofertados de la Secretaría de Salud e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS),** de haber estado continuamente comercializando y utilizando el producto satisfactoriamente en el mercado nacional al menos durante un (1) año.

2. La fecha de expiración mínima requerida será de un (01) año.

3.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

El oferente presentara su oferta ajustándose a los tiempos de entrega solicitados por el Hospital Escuela, si estos no se encuentran dentro de sus capacidades, los tiempos de entrega que consignen en sus ofertas serán considerados por parte de la Comisión Evaluadora del Proceso como criterio de desempate en caso de ofertas similares además de los estipulados en el Articulo 138 RLCE, siendo idóneas las ofertas que cumplan con todos los requisitos (Legales, Técnicos y Económicos) y que además se entreguen en el menor tiempo posible. Las entregas serán gestionadas en el Almacén de Laboratorio de acuerdo con el detalle presentado en el siguiente cuadro o en su defecto a la capacidad actual de almacenamiento (situación que será justificada por escrito sin perjuicio al oferente)**.**

Sobre los Tiempos de Entrega

Dada la naturaleza de los servicios que brinda el Hospital Escuela, los tiempos de entrega deben de ser respetados a cabalidad con el propósito de brindar la atención oportuna y adecuada a nuestros pacientes.

Se tomará en cuenta como día UNO (1) el día hábil siguiente a la fecha de la firma del Contrato. Entiéndase al tiempo correspondiente de uno (1) hasta un máximo de cinco (5) días luego de ser oficialmente formalizado el contrato. Las demás entregas subsiguientes

serán contadas en días hábiles, en caso de que alguna de las entregas sea un día feriado, la fecha de entrega se podrá realizar el día hábil posterior sin que esto incurra en multa. NOTA: El Hospital Escuela, puede solicitar modificar la cantidad de entregas a una sola. Lo anterior con la debida notificación y aceptación entre las partes.

A continuación, se detallarán las especificaciones técnicas necesarias para cada ítem:

No.	Descripción Completa del Producto	Unidad de Medida	Cantidad
LOTE N°1 (LABORATORIO CLINICO)			
HEMOSTASIA Y COAGULACION (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
1	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	PRUEBAS	180000
2	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	PRUEBAS	180000
3	FIBRINOGENO	PRUEBAS	3000
4	CONTROL NORMAL	FRASCO	24000
5	CONTROL PATOLOGICO	FRASCO	24000
6	DIMERO D: detección cuantitativa del dímero D en plasma humano realizada en equipo automatizado.	PRUEBAS	2000
7	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR VIII: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor VIII en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	400
8	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR IX: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor IX en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	140
9	FACTOR VON WILLEBRAND: determinación cuantitativa para la dosificación de actividad del factor Von Willebrand en el plasma humano para realizarse en equipo automatizado.	PRUEBAS	200
10	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGENO: determinación cuantitativa para la dosificación de antigeno del factor Von Willebrand en el plasma humano para realizarse en equipo automatizado.	PRUEBAS	200
11	ANTICOAGULANTE LUPICO SCREENING: Prueba de neutralización mediante fosfolípidos purificados de fase hexagonal para la detección de anticoagulantes de tipo lupico I y II en equipo automatizado.	PRUEBAS	200
12	ANTICOAGULANTE LUPICO CONFIRMACION: Prueba de neutralización mediante fosfolípidos purificados de fase hexagonal para la detección de anticoagulantes de tipo lupico I y II en equipo automatizado.	PRUEBAS	80
13	DETERMINACION PROTEINA C: Determinación cuantitativo de la actividad de la proteina C basado en el principio de inhibición del factor Va en equipo automatizado.	PRUEBAS	140
14	DETERMINACION DE PROTEINA S: Determinación cuantitativo de la actividad de la proteina S basado en el principio de inhibición del factor V en equipo automatizado.	PRUEBAS	20
REQUERIMIENTOS MINIMOS para el EQUIPO DE COAGULACION Y HEMOSTASIA SECCION DE URGENTES (Solicitado del item No.01 - al 14)			
Provisión, instalación, puesta en marcha y entrenamiento para Coagulómetros totalmente automatizados, nuevos de reciente fabricación, con tecnología actualizada y de alto nivel tecnológico. Software en español. Se deberá garantizar la plena disponibilidad de los equipos el 100% del tiempo.		C/U	4 Equipos y 2 de backup
Incluir sin cobro adicional, los controles de calidad internos y externos para los equipos.			

Debe tener certificado de calidad ISO, FDA			
Incluir UPS online de acuerdo a la carga que demanda el equipo.			
Contar con Impresora incorporada al equipo, termo sensible, LÁSER con provisión continúa de papel de acuerdo a la demanda del servicio sin costo adicional para la institución.			
Lector e Impresora para códigos de barra.			
Garantizar con un equipo de respaldo por cualquier eventualidad que se presente, de iguales a las condiciones del primero.			
La metodología debe ser en base a mecanismo de detección turbidimétrico.			
Calibración para cálculo de las pruebas realizadas de acuerdo al proceso definido.			
Compartimentos independientes para reactivos.			
Compartimientos de lavado para evitar arrastre de la muestra.			
Velocidad de análisis: 30 a 50 PT/hora.			
Pruebas incluidas:			
TP, APTT			
Fibrinógeno			
Anticoagulante lupico			
Antitrombina III			
Proteína c			
Proteína s			
Dímero d			
Factor von willebrand			
Deficiente factor v			
Con capacidad para manejar tubo primario / copas o micro copas con sistema de agitación integrado.			
Tener acceso flujo continuo: carga continúa de muestras/cubetas.			
Contar con sistema que sea capaz de generar lectura de prueba INR.			
Debe dispensar, incubar y medir muestras y/o reactivos de manera automatizada.			
Que cuente con funciones para realizar y almacenar gráficas de Levy-Jennings para control de proceso. Se requiere fecha de vencimiento minimo un año para los reactivos.			
SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y URGENTES (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
15	REACTIVO PARA HEMOGRAMA COMPLETO: Determinación de los diferentes elementos formes de la sangre midiendo la serie roja, recuento plaquetario, determinación de serie blanca: diferencial en cinco o seis partes (Linfocitos, Monocitos y basofilos, eosinofilos, neutrofilos) mediante equipo automatizado. Debe incluir todos los reactivos e insumos necesarios para la realización de los hemogramas	PRUEBAS	80000
16	REACTIVO PARA RETICULOCITOS: Determinación del conteo y porcentaje de reticulocitos mediante equipo automatizado	PRUEBAS	12000
REQUERIMIENTOS MINIMOS EQUIPO DE HEMATOLOGIA (Solicitado del item No.15 al 16)			
Abastecimiento, instalación, puesta en marcha y entrenamiento para equipos de Hematología automatizados, con metodología por citometría de flujo, dispersión de láser, citoquímica. Software en español integrado y capacidad de conexion a LIS la cual debera ser proveida por el oferente. Se deberá garantizar la plena disponibilidad de los equipos el 100% del tiempo.		C/U	4 Equipos y 2 de backup
Entregar todos los reactivos, controles, calibradores e insumos necesarios para que el Laboratorio pueda realizar el número de pruebas requeridas.			
Garantizar que los reactivos entregados, permitan efectuar las pruebas de acuerdo a lo establecido en sus insertos y manuales de procedimientos, que estos sean de la misma marca del instrumento, así como los controles a tres niveles, con códigos de barra para su identificación.			

Que puedan ser capaz de realizar todos los conteos de glóbulos rojos, plaquetas y glóbulos blancos y diferencial de cinco a seis partes de este último.			
Con mecanismo que permita la mezcla y aspirado automática de las muestras.			
Velocidad de análisis con un rendimiento mínimo de **150 a 200 hemogramas/hora**			
El equipo deberá tener la capacidad para procesar los siguientes parámetros: *Contar con sistema perforación automatizado de los tapones de los tubos y aspirado automatizado de la muestra.			
*Capacidad de procesar muestras tanto en modo cerrado como abierto.			
*Recuento de Granulocitos Inmaduros relativo y absoluto			
*Con sistema de limpieza eficaz del sistema de muestreo.			
*Con mecanismo que permita la eliminación de coágulos durante todo el proceso. *Los reactivos deben ser libre de cianuro para evitar la contaminación al medio ambiente.			
*Que cuente con un sistema, con indicador de volumen restante de reactivos.			
*Con alarmas que permitan identificar de forma visual y audible los problemas que se presentan en tiempo real.			
*Garantizar un equipo de respaldo por cualquier eventualidad que se presente, iguales a las condiciones del primero.			
*Impresión gráfica de los resultados.			
*Contar con Impresora LÁSER con provisión continúa de papel de acuerdo a la demanda del servicio, sin costo adicional a la Institución. *Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
COLOREADOR DE LAMINAS PARA FROTIS DE SANGRE PERIFERICA Y MEDULA OSEA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
17	REACTIVO PARA EL EQUIPO COLOREADOR DE LAMINAS: Coloración de los Frotis de Sangre Periféricas y Laminas de medula ósea de los diferentes servicios de atención del Hospital Escuela. Debe incluir todos los reactivos e insumos necesarios para la realización de las coloraciones de las láminas de Frotis de Sangre Periférica y Medula Ósea.	PRUEBAS	19200
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO COLOREADOR DE LAMINAS PARA FROTIS DE SANGRE PERIFERICA Y MEDULA OSEA (Solicitado en el Item No.17)			
Equipo completamente automatizado para teñir preparaciones hematológicas		C/U	2 EQUIPO
con precisión instrumental para elaborar, transportar, fijar, teñir y liberar preparaciones secas de extendidos sanguíneos montados en porta objetos estándar de 25mm x 75mm (láminas de 1" x 3").			
Coloración para diferenciar serie roja, blanca y plaquetaria.			
Mínima intervención del usuario			
Reactivos listos para su uso			
La intensidad de la tinción puede ajustarse con el panel de control, lo cual le permitirá ajustarse a las necesidades del usuario.			
Certificados Y FDA			
Que permita colocación continua de láminas y una velocidad de proceso de 40 a 60 láminas/hora.			
Señal de alarma de reactivo bajo.			
Que incluya secador de lamina			
Con regulador de voltaje incluido			
Última versión actualizada de dicho equipo. *Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION(URGENTES Y HEMATOLOGIA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
18	Velocidad de Eritro Sedimentacion: para equipo automatizado	PRUEBAS	10500

REQUERIMIENTOMINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA LA REALIZACION DE VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION (VES) (Solicitado en el Item No.18)			
Equipo para análisis en forma totalmente automatizada, con control de calidad interna y externa, con volumen de muestra no mayor a 1 ml: equipo de alto rendimiento, con principio de medición fotométrico, automatizado, con puerto serial que permita conectarse al LIS. *Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos		C/U	2 EQUIPO
SERVICIO DE UROANALSIS Y URGENTES (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
UROANALISIS 10 PARAMETROS			
19	Tiras reactivas para orina de 10 parámetros de uso totalmente automatizado (Leucocitos, Nitritos, Urobilinógeno, Proteínas, PH, Sangre, Cetonas, Bilirrubinas, Glucosa, Densidad (gravedad especifica).	PRUEBAS	10,000
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO PARA UROANALISIS Y URGENTES (10 PARAMETROS) (Solicitado en el Item No.19)			
Equipo para uroanlaisis de uso totalmente automatizado en orina :Requerimientos minimos		C/U	6 EQUIPO
Sistema: lector automatizado de pantalla táctil.			
Metodología: química seca tira reactiva y parte microcopica incorporada			
Velocidad: 80 a 100 test por hora			
Capacidad de conectarse a un sistema de red integrado LIS el cual debera ser proveido por el oferente.			
Con lector de código de barra.			
Test quimicos requeridos: leucocitos, nitritos, proteínas, sangre, glucosa, cetonas, bilirrubinas, urobilinogeno, Ph,densidad(gravedad específica),color,turbidez creatinina.			
test microscopico requerido:globulos rojos,leucocitos,celulas epiteriales,cristales,bacterias,cilindros hialinos,cilindros patologicos,moco,levadura,trichomonas vaginalis,otros			
Se requiere con un sistema para control de acceso de los usuarios.			
Garantizar con un equipo de respaldo por cualquier eventualidad que se presente, iguales a las condiciones del primero.			
Proveer de impresora láser, tóner y papel de acuerdo al consumo mensual de los mismos			
Capacitación y certificación del personal en el manejo de equipos.			
Requerir con controles, calibradores y consumibles			
Realizar mantenimiento preventivo con una calendarización bien definida y se presente la propuesta con todos los detalles por escrito sin costo adicional para la institución.			
UPS para los respectivos equipos y que proteja de los constantes fallos en la energía eléctrica.			
Presentar una propuesta que detalle la logística para abordar las emergencias de fallos en el equipo y especificar tiempos de respuesta			
Capacidad de conectarse a un sistema de red integrado LIS.			
Requiere automatizacion total			
Requerir con certificado ISO y FDA			
Requerir con servicio técnico sin costo y con un tiempo de respuesta no mayor a 1 hora después de ser solicitado el servicio.			
Voltaje de 110-120 voltios *Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
UROANALISIS ANALIZADOR AUTOMATICO DE SEMEN (ESPERMOGRAMA) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
20	Reactivo para Equipo automatizado para el análisis del examen de Espermograma para la consulta externa del HEU. Debe incluir todos los reactivos e insumos necesarios para la realización de analisis del Espermograma.	PRUEBA	60
21	Capilares para Tets de espermograma en equipo automiatizado	UNO	60

REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO PARA ANALIZADOR AUTOMATICO DE SEMEN (ESPERMOGRAMA) (Solicitado en el Item No.20 y 21)			
Evaluación completa cuantitativa y cualitativa de la muestra de semen. Resultados automáticos en menor tiempo Lectura automática de semen fresco, congelado y muestras después de la vasectomía u otro procedimiento. Visualización en pantalla de la muestra de semen, video e imagen de congelación. Impresión automática del informe completo del análisis de semen Programa compatible incluido con conexión a LIS Certificado de la FDA y la ISO Alta sensibilidad y especificidad Poseer estabilizador de voltaje (ups) Concentración de esperma: número total y densidad Porcentaje de movilidad expresados en progreso rápido, no progresivos, lento e inmóviles. Porcentaje de morfología normal Numero de espermatozoides activos y su densidad Recuento de células epiteliales, leucocitos y otros Tasa de supervivencia (vivos, muertos) y su respectiva gráfica. Voltaje 110- 120 voltios Rangos de referencia Mejoramiento y acondicionamiento del área de toma de muestra para espermograma. *Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos		C/U	1 EQUIPO
SERVICIO DE BIOQUIMICA Y URGENTES			
BIOQUIMICA RUTINA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
22	AMILASA: Determinación cuantitativa de la Amilasa pancreatica en suero/plasma/orina o liquidos corporales. Para ser usado en equipo automatizado.	PRUEBAS	10890
23	CALCIO: Determinación cuantitativa de Calcio en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	80000
24	CPK TOTAL: Determinación cuantitativa con inhibición de un anticuerpo específico para la Creatin Kinasa total en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	10000
25	FOSFORO: Determinación cuantitativa de Fosforo en suero/plasma/orina o liquidos corporales. en equipo automatizado.	PRUEBAS	37000
26	LDH: Determinación cuantitativo del total de la actividad del lactato deshidrogenasa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	30000
27	ALT: TGP: Determinación cuantitativa de la actividad de la alanino aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	200000
28	AST -TGO:Determinación cuantitativa de la actividad de la aspartato aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	200000
29	BILIRRUBINA DIRECTA: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Directa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	50000
30	BILIRRUBINA TOTAL: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Total en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	50000
31	CREATININA: Determinación cuantitativa de la creatinina en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	100000

32	ELECTROLITOS: Determinación cuantitativa sodio, potasio, cloro total en suero/plasma/orina o liquidos corporales para determinar en equipo automatizado.	PRUEBAS	150000
33	FOSFATASA ALCALINA: Determinación cuantitativa de Fosfatasa Alcalina en suero O plasma en equipo automatizado. :	PRUEBAS	20000
34	GLUCOSA: Determinación cuantitativa de la Glucosa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	100000
35	UREA/ BUN: Determinación cuantitativa de nitrógeno ureico en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	100000
36	PROTEINAS TOTALES: Determinación cuantitativa de Proteínas Totales en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	15000
37	LIPASA: Determinación cuantitativa que proporciona la actividad de lipasa en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	15000
38	GGT: Determinación cuantitativa de la actividad de la GGT en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	10000
39	ALBUMINA: Determinación cuantitativa de Albumina en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	30000
40	ACIDO URICO: Determinacion cuantitativa de acido urico en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	30000
41	COLESTEROL TOTAL: Determinacion cuantitativa de colesterol total en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	30000
42	COLESTEROL HDL: Determinacion cuantitativa de colesterol HDL en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	15000
43	TRIGLICERIDOS: Determinacion cuantitativa de Trigliceridos en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	30000
44	HIERRO SERICO: Determinacion cuantitativa de hierro en suero y plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	4000
45	HEMOGLOBINA GLICOSILADA: Determinacion cuantitativa de hemoglobina glicosilada en sangre total y/o plasma-suero humano en equipo automatizado	PRUEBAS	25000
46	MAGNESIO: Determinacion cuantitativa de magnesio en suero o plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	600
47	AMONIO: Determinacion cuantitativa de amonio en plasma heparinizado o EDTA en equipo automatizado	PRUEBAS	600
48	PROTEINAS EN ORINA: Determinacion cuantitativa de proteinas en orina en equipo automatizado	PRUEBAS	1200
49	Procalcitonina: Determinacion cuantitativa de procalcitonina en suero o plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	5000
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS BIOQUIMICA RUTINA (Solicitado en los Items 22 al 49)			
Equipo que cuente con lector de reacciones de quimioluminiscencia, electroquimioluminiscencia, fotometria, turbidimetria, colorimetricas, espectrofotometricas, de punto final, cinetico, enzimatico.		C/U	6 EQUIPOS (Incluyendo 2 de respaldo)
Capacidad de 90 o mas reactivos a bordo, para la cartera de pruebas del servicio, Capacidad de programacion selectiva y discreta de los parametros o pruebas para analizar por paciente.			
Que permita el uso de tubos primarios de diferentes tamaños, microtubos y copas. Que tenga la opcion en la programacion para realizar diluciones, lectura de diferentes tipos de fluidos (sangre total, plasma, suero, orina,			

liquidos corporales), que se reprocesen muestras de manera automatica e inmediata despues de la deteccion deun valor fuera de la linealidad del ensayo.			
Que tenga la opcion en la programacion para realizar diluciones, lectura de diferentes tipos de fluidos (sangre total, plasma, suero, orina, liquidos corporales), que se reprocesen muestras de manera automatica e inmediata despues de la deteccion de un valor fuera de la linealidad del ensayo.			
Velocidad total no menor de 1,200 pruebas por hora , incluyendo la lectura de electrolitos, con capacidad minima de 150 tubos en carga continua, asi como la de los reactivos y consumibles sin detener el equipo, tambien debe de poseer la funcion de ingreso de muestra urgentes sin detener el equipo ni el proceso del resto de muestras.			
El equipo debe de incluir su propio sistema de refrigeracion para los reactivos abordo y que adecue la temperatura para cada analisis.			
El equipo debe de incluir los lectores de codigo de barra, el censo de pruebas disponibles abordo.			
El equipo debe de tener indicadores y la medicion del indice serico de hemolisis, lipemia, ictericia que confirme los procesos			
los controles de calidad del equipo deveran ser provistos por el oferente y de los consumibles que estos requieran .			
El equipo debe de ser compatible con todos los reactivos que se detallen en esta licitacion. Debe ser capaz de coectarse a sistema LIS el cual debera ser proveido por el oferente. *Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
BIOQUIMICA ESPECIALES (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
50	ESTRADIOL: Ensayo diseñado para la determinacion cuantitativa de estradiol -17 beta,en suero humano en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
51	FENITOINA: Medicion cuantitativa de fenitoina en suero o plasma heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
52	FENOBARBITAL: Medicion cuantitativa de fenobarbital en suero o plasma heparinizado, en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
53	FERRITINA: Medicion cuantitativa de ferritina en suero o plasma ,en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	3000
54	FSH: Medicion cuantitativa de la hormona estimulante en sueroo plasma ,utilizando el equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800
55	HELICOBACTER PILORY Ig G: Medicion cuantitativa de anticuerpos IgG para Helicobacter pilory en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
56	HORMONA DE CRECIMIENTO: Medicion cuantitativa de hormona de crecimiento en sueroo plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
57	INSULINA: Medicion cuantitativa de insulina en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	5000
58	LH: Para el diagnostico in vitro para la determinacion cuantitativa de hormona luteinizante en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800

59	PROGESTERONA: Medicion cuantitativa de progesterona en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
60	PROLACTINA: Medicion cuantitativa de prolactina en suero o plasma, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800
61	PSA LIBRE: Medicion cuantitativa del antigeno prostatico especifico libre,no unido a alfa-1 antiquimiotripsina en suero o plasma humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
62	PSA TOTAL: Medicion cuantitativa del antigeno prostatico especifico en sueroo plasma humano,como ayuda en la deteccion del cancer de prostata,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	3000
63	PTH: Medicion cuantitativa de la hormona paratiroidea en plasma con EDTA y suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1000
64	T3 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de T3 total en suero o plasma , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	4200
65	T3 LIBRE: Medicion cuantitativa de T3 libre en suero o plasma humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
66	T4 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de tiroxina total en suero o plasmahumano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	4800
67	T4 LIBRE EN SANGRE: Determinacion cuantitativa de tiroxina no unida a proteinas ,en suero y plasma con heparina o EDTA,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	19600
68	TESTOSTERONA: Medicion cuantitativa de testosterona total en suero y plasma heparinizado o EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente /electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1000
69	TIROGLOBULINA: Para la cuantificacion de tiroglobulina en suero o plasma heparinizado o EDTA,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1000
70	TROPONINA: Medicion cuantitativa de troponina I en suero,plasma con EDTA o heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
71	TSH EN SANGRE: Para el diagnostico in vitro para la medicion cuantitativa de tirotropina en sueroo plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	25000
72	VITAMINA B12: Para la cuantificacion de vitamina B12 en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	2800
73	ACIDO VALPROICO: Para la determinacion cuantitativa de acido valproico en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600

74	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES: Medicion cuantitativa de anticuerpos microsomales en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1200
75	ANTICUERPOS ANTI TIROGLOBULINAS: Medicion cuantitativa de anticuerpos antitiroglobulinas en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1200
76	ACTH: Medicion cuantitativa de la hormona adenocorticotropa en plasma EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
77	ALFAFETOPROTEINA: Medicion cuantitativa de alfafetoproteina en suero o plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1800
78	BETA-HCG: Medicion cuantitativa de la sub unidad beta-HCG libre en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
79	BETA 2 MICROGLOBULINA: Medicion cuantitativa de beta 2 microglobulina en suero y orina ,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
80	CA 125: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA-125 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1400
81	CA 19-9: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA19-9 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1400
82	CEA: Para la medicion cuantitativa del antigeno carcino embrionario en suero utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1600
83	CARBAMAZEPINA: Para la medicion cuantitativa de carbamazepina en suero o plasma heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
84	CORTISOL: Para la medicion cuantitativa de cortisol en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1200
85	CK-MB: Para la medicion cuantitativa de CK-MB en suero, plasma con EDTA o heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800
86	DIGOXINA: Para la medicion cuantitativa de digoxina en suero o plasma heparinizado , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
87	ACIDO FOLICO: Para la determinacion cuantitativa de acido folico en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electtroquimioluminiscente	PRUEBAS	2000
88	NT-Pro BNPPara la determinacion in- vitro para dosificacion cuantitativa del peptido pro-natriuretico cerebral en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electtroquimioluminiscente	PRUEBAS	600

89	CA 15-3 Para la medicion cuantitativa del antigeno CA-15-3 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS BIOQUIMICA ESPECIALES (Solicitado en los Items 50 al 89)			
Equipo que cuente con lector de Elisa de ultima generacion; quimioluminiscente/electroquimioluminiscencia en la que se tenga minima intervencion del usuario (Quimica Especial)		C/U	3 EQUIPOS (Incluyendo 1 de Respaldo)
Los reactivos deben ser proporcionados ya listos para su uso, con capacidad de de cargar de 180 a 200 pruebas por hora y 90 o mas muestras a bordo, que cuente con 20 o mas posiciones de reactivos a bordo, debe contar con una alta exactitud de pipeteo asi como para dispensar			
Sistema de carga automatica de muestras, minimo consumo energético, debe poseer un sitema integrado de impresión tanto como interna y externa, pantalla tactil, lector de codigo de barras de forma manual y programado para asignar la posicion de las muestras de pacientes.			
Debe incluir un moderno sistema para control de acceso a usuarios, Impresora láser, toner, papel, controles, calibtradores y consumibles que se requiera para el procesamiento y entrega de resultados			
Los UPS respectivos para cada equipo y que proteja de interrupciones indefinidas de energia electrica, ademas debe de tener un sistema de coneccion a red			
El provedor debe de realizar los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos en uso, con una calendarizacion de lunes a viernes y personal de Biomedico de Turno; para atender las emergencias o fallos que los equipos presenten durante su funcionamiento en tiempos eficientes *Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
SERVICIO DE INMUNOLOGIA			
INMUNOLOGIA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
90	Inmunoglobulina IgA: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Inmunoglobulina IgA en suero humano.	PRUEBAS	800
91	Inmunoglobulina IgG: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Inmunoglobulina IgG en suero humano.	PRUEBAS	800
92	Inmunoglobulina IgM: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Inmunoglobulina IgM en suero humano.	PRUEBAS	800
93	C3: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Complemento C3 en suero humano.	PRUEBAS	800
94	C4: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Complemento C4 en suero humano.	PRUEBAS	800
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS INMUNOLOGIA (Solicitado en los items 90 al 94)			
EQUIPO AUTOMATIZADO PARA REALIZAR C3, C4, IgA, IgG, IgM Metodología: NEFELOMETRIA De 50 a 65 test por hora. Reactivos listos para su uso. Recarga automática continua de reactivos y muestras. Con alarmas que permitan identificar de forma visual y audible los problemas que se presentan en tiempo real. Lector códigos de barra. Sistema integrado con impresora interna. Software integrado que permita conexion USB para la administración segura de los datos. Con capacidad de conexion a LIS el cual debera ser provedio por el oferente. Bajo consumo de reactivo y muestra. Incluir computadora, monitor, CPU, Mouse, teclado y UPS. garantizar un equipo de respaldo por cualquier eventualidad que se presente de iguales a las condiciones del primero. Proveer de impresora láser, tóner y papel de acuerdo al consumo mensual de los mismos. Capacitación y certificación del personal en el manejo de equipo. garantizar el suministro de controles, calibradores y consumibles. Realizar mantenimiento preventivo con una calendarización bien definida y se presente una propuesta con todos los detalles por escrito. UPS para los respectivos equipos y que proteja de fallos		C/U	1 EQUIPO

en la energía eléctrica. Presentar una propuesta que detalle la logística para abordar las emergencias de fallos en el equipo y especificar tiempos de respuesta. contar con certificado ISO y FDA. Garantizar con servicio técnico calificado sin costo y con un tiempo de respuesta no mayor a 1 hora después de ser solicitado el servicio. Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
INMUNOLOGIA ELISA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
95	Acs. Antinucleares (ANA): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección de acs. antinucleares de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	1400
96	Anca MPO: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs.de clase IgG antimieloperoxidasa en suero humano.	PRUEBAS	500
97	Anca PR3: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la determinación cuantitativa de acs. antiproteinasa 3 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	500
98	Ds-DNA: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de Aacs. para el antígeno dsDNA en suero humano.	PRUEBAS	500
99	Herpes1 IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgG contra el virus del Herpes 1 IgG en suero humano.	PRUEBAS	200
100	Herpes1 IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgM contra el virus del Herpes 1 IgM en suero humano.	PRUEBAS	200
101	Herpes 2 IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgG contra el virus del Herpes 2 IgG en suero humano.	PRUEBAS	200
102	Herpes 2 IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgM contra el virus del Herpes 2 IgM en suero humano.	PRUEBAS	200
103	Mycoplasma IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. de clase IgG contra Mycoplasma pneumoniae en suero humano.	PRUEBAS	200
104	Mycoplasma IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. de clase IgM contra Mycoplasma pneumoniae en suero humano.	PRUEBAS	200
105	Acs. Centrómero B: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. centrómero B en suero humano	PRUEBAS	200
106	Acs.peptidos Cíclicos citrulinados (Anti CCP): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anticitrulinados en suero humano.	PRUEBAS	200
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS INMUNOLOGIA ELISA (Item solicitados 95-106)			
Equipo para **Elisa** Automatizado de ultima generacion; Reaccion inmunoenzimatica indirecta en la que se tenga minima intervencion del usuario, reactivos listos para su uso, capacidad minima de 30 a 50 pruebas por 90 minutos, minimo consumo energetico, con calibracion sensotronica memorizada		C/U	1 EQUIPO
Sistema Integrado con impresora para resultados, alta exactitud al dispensar, con conexión segura para la administracion de los datos con capacidad de conexion a LIS la cual debera ser proveida por el oferente, validacion por su propio estandar interno y que incluya un lector de codigo de barra externo para asignar la posicion de las muestras de los pacientes en el sistema			
Que cuente con un sistema de control de acceso de los usuarios			

Garantizar un equipo de respaldo por cualquier eventualidad que se presente, en iguales condiciones			
garantizar un Stok adecuado de todos los consumibles para evitar un desabastecimiento, caso contrario el proveedor se responsabilizara de realizar las pruebas en otra institucion que cuente con el mismo equipo, asi como tambien debera correr con el costo de pago de las pruebas y el transporte			
Debe proporcionar una impresoa laser, toner y papel de acuerdo al consumo mensual de los mismos, climatizacion del area donde se asignara el equipo (aire acondicionado), la empresa ofertante capacitara y certrificara en el amanejo del equipo			
Proporcionara controles, calibradores y consumibles. Mantenimiento preventivo calendarizando bien definido, UPS para los equipos y que se tenga la opcion de conexión a un sistema de red integrado (LIS)			
Debe presentar el certificado ISO 15189 y el FDA, el servicio tecnico sin costo y con un tiempo de respuesta no mayor a 1 hora despues de solicitar el servicio.			
pruebas a realizar:			
Anticuerpos Mitocondriales (AMA)			
Anti Sm/RNP			
Acs. Antinucleares (ANA			
Anca MPO			
Anca PR3			
Acs. Anti fosfolípidos IgG			
Acs. Anti fosfolípidos IgM			
Acs. Cardiolipinas IgG			
Acs. Cardiolipinas IgM			
Ds-DNA			
Membrana Glomerular Basal (GBM)			
Herpes1 IgG			
Herpes1 IgM			
Herpes 2 IgG			
Herpes 2 IgM			
Histonas			
Mycoplasma IgG			
Mycoplasma IgM			
Scl -70			
Acs. Smith (SM			
SSA/RO			
SSB/LA			
Beta 2 glicoproteína IgG			
Beta 2 glicoproteína IgM			
Acs. LKM1			
Acs. Centrómero B			
JO1			
Acs.peptidos Anticitrulinados			
Acs. Gliadina IgG			
Acs. Gliadina IgA Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
INMUNOLOGIA (Alergias) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
107	Citomegalovirus IgG: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgG de Citomegalovirus en suero humano.	PRUEBAS	180
108	Citomegalovirus IgM: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgM de Citomegalovirus en suero humano	PRUEBAS	180
109	Epstein Barr IgG: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa anticuerpos IgG frente al antígeno de la cápside viral de Virus del Epstein Barr en suero humano.	PRUEBAS	180

110	Epstein Barr IgM: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa anticuerpos IgM frente al antígeno de la cápside viral de Virus del Epstein Barr en suero humano.	PRUEBAS	180
111	Toxoplasma IgM: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM de Toxoplasma gondii en suero humano.	PRUEBAS	580
112	IgE especifica dermatophagoides pteronipsinus: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano. (KIT 20 PRUEBAS)	PRUEBAS	600
113	IgE especifica Candida albicans: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano. (KIT 40 PRUBAS)	PRUEBAS	600
114	IgE especifica Epitelio de Gato: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
115	IgE especifica Mosquito: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
116	IgE especifica Cucaracha: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
117	IgE especifica Epitelio de Perro: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
118	IgE especifica Polvo Casero: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
119	IgE. Especifica Dermatophagoides Farinae: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
120	IgE especifica Aspergillus Níger: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
121	IgE especifica Camarón: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
122	IgE especifica Carne de cerdo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
123	IgE especifica Carne de pollo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
124	IgE especifica Carne de res : Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
125	IgE especifica Cangrejo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
126	IgE especifica Cacahuate: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600

127	IgE especifica Chocolate: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
128	IgE especifica Fresa: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
129	IgE especifica Gluten: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
130	IgE especifica Huevo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
131	IgE especifica Soya: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
132	IgE especifico leche: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
133	IgE especifico trigo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
134	IgE especifico penicillium notatum: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
135	IgE especifico veneno de abeja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
136	IgE especifico naranja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
137	IgE especifico raton: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
138	IgE especifico piña: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600
139	IgE 3º generación/especifica: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para inhalantes y alimentos para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	8000
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS INMUNOLOGIA (Alergias) (Item solicitados 107-139)			
Equipo Automatizado para realizar Pruebas Inmunologicas y Alergias.		C/U	2 EQUIPO(incluyendo 1 de respaldo
REQUERIMIENTOS MINIMOS:			
Metodología; Quimioluminiscencia/electroquimioluminiscencia. Mínima intervención del usuario. Capacidad de 180 a 200 pruebas por hora. Sistema de carga automática de muestras. Mínimo consumo energético. Sistema integrado con impresora interna. Alta exactitud al dispensar. Poseer pantalla táctil. Poseer lector de código de barra externo para asignar la posición de las muestras de pacientes en el sistema,capacidad para 90 muestras a bordo,sistema de carga automatica de muestras,poseer pantalla tactil,poseer lector de codigo de barra externo para asignar la posicion de las muestras de pacientes en el sistema			
CONDICIONES REQUERIDAS:			
Se requiere con sistema para control de acceso de los usuarios.			
Requerir con un equipo de respaldo por cualquier eventualidad que se presente, iguales a las condiciones ya descritas.			

Requerir con un stock adecuado de todos los consumibles para evitar el desabastecimiento, caso contrario el proveedor se responsabilizará de realizar las pruebas en otra institución que cuente con el mismo equipo, así como también deberá correr con el costo del pago de las pruebas y el transporte.			
Proveer de impresora láser, tóner y papel de acuerdo al consumo mensual de los mismos.			
Climatización requerida por parte de la empresa: Instalación de un aire acondicionado.			
Capacitación y certificación del personal en el manejo del equipo.			
Requerir con controles, calibradores y consumibles.			
Realizar mantenimiento preventivo con una calendarización bien definida y se presente la propuesta con todos los detalles por escrito.			
UPS para los respectivos equipos y que proteja de los constantes fallos en la energía eléctrica.			
Capacidad de conectarse a un sistema de red integrado LIS.			
Presentar una propuesta que detalle la logística para abordar las emergencias de fallos en el equipo y especificar tiempos de respuesta.			
Requerir con certificado ISO 15189 y el FDA.			
Requerir con servicio técnico sin costo y con un tiempo de respuesta no mayor a 1 hora después de solicitado el servicio.			
pruebas a realizar:			
Citomegalovirus IgG.			
Citomegalovirus IgM			
Epstein Barr IgG.			
Epstein Barr IgM.			
Toxoplasma IgG.			
Toxoplasma IgM.			
Eritropoyetina.			
IgE total.			
IgE especifica dermatophagoides pteronipsinus.			
IgE especifica Candida albicans.			
IgE especifica Epitelio de Gato.			
IgE especifica Mosquito.			
IgE especifica Cucaracha.			
IgE especifica Epitelio de Perro.			
IgE especifica Polvo Casero.			
IgE. Especifica Dermatophagoides Farinae.			
IgE especifica Aspergillus Níger.			
IgE especifica Camarón.			
IgE especifica Carne de cerdo.			
IgE especifica Carne de pollo.			
IgE especifica Carne de res.			
IgE especifica Cangrejo.			
IgE especifica Cacahuate.			
IgE especifica Chocolate.			
IgE especifica Fresa.			
IgE especifica Gluten.			
IgE especifica Huevo.			
IgE especifica Naranja.			
IgE especifica raton.			
IgE especifica Soya.			
IgE especifico leche.			
IgE especifico Piña.			
IgE especifico trigo.			
IgE 3º generación/especifica. Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
GASOMETRIA ARTERIAL PARA EL SERVICIO DE URGENTES			
GASOMETRIA ARTERIAL (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
140	GASES ARTERIALES	PRUEBA	80000

REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS PARA GASOMETRIA ARTERIAL PARA EL SERVICIO DE URGENTES (Solicitado en los Items 140)		
Instalación, puesta en marcha y entrenamiento en el equipo para pruebas de gasometría, automatizadas, nuevas, de reciente fabricación, con tecnología actualizada y de alto nivel tecnológico. Software en español. Se deberá garantizar la plena disponibilidad de los equipos el 100% del tiempo. Deberá contar con un sistema informático que permita ingresar información del paciente y ver resultados de manera oportuna. Con capacidad de conectarse mediante sistema LIS.	C/U	2 EQUIPOS
Que cuente con Electrodos libres de mantenimiento. No deberá usar tanques de gas, sino cartuchos / paquetes reemplazables de fácil reposición. Debe ser capaz de procesar gases en sangre total, capilar, arterial, fluido pleural, venosa y venosa mixta, electrolitos, metabolitos y co-oximetria. Con sistema de medición óptico de última generación. Con capacidad de generar un perfil de acuerdo a los parámetros de cuidados críticos solicitados en un tiempo entre uno y dos minutos, como máximo. Calibraciones y lavados automáticos. Calibraciones y lavados automáticos. Impresora térmica integrada. permitir el cargado de la muestra de manera fácil y confiable. Debe tener certificado de calidad ISO 15189, FDA. Debe incluir UPS online que soporte la capacidad del equipo. Se deberá garantizar el correcto funcionamiento de los equipos los 365 días del año, 24 horas del día. Los analizadores de gases deberán tener la capacidad de medir lo siguiente:		
pO2		
PC02		
Hct		
THb		
Na		
Cl		
K		
TCO2		
Ica		
Glu		
Lac		
SO2		
O2HB		
COhb		
MetHb		
HHb		
TBil		
HbF (opcional)		
Bilirrubina neonatal		
H+		
cHC03		
ctC02 (P)		
BE		
BEact		
BEecf		
BB		
PHst		
cHC03-st		
PA02		
nCa2+		
Qs/Qt		
P50		
AaDO2		
a/A02		
avDO2		
AG		
OER		
Hct(c)		
PAO2t		

RIt			
PHt			
PCO2t			
PO2t			
H+t			
AaDO2t			
ctO2			
ctCO2(B)			
MCHC			
Osmolaridad			
Qt Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
SERVICIO DE MICOLOGIA			
IDENTIFICACION Y SENSIBILIDAD DE MICROORGANISMOS (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
141	Identificacion de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	260
142	Sensibilidad de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	260
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION Y SENSIBILIDAD DE MICROORGANISMOS (Solicitados en los Items 141 al 142)			
Especies y sub especies en equipo automatizado, individuales para tres identificaciones:		C/U	1 EQUIPO
Gram Negativos (Fermentadores y no Fermentadores), Gram Positivos (Staphylococcus y Estreptococos) y Levaduras (Candida, incluyendo C.auris; Cryptococcus, incluyendo C. gattii)			
Con capacidad de 70 a 100 identificaciones diarias con su respectiva sensibilidad antibiótica y Micograma para seis anti fúngicos de última generación para levaduras.			
Detección de Mecanismos de Resistencia (BLEE, BLEA, AMP-C, MRSA, VRSA, AMLS, CARBAPENEMASAS Y BETALACTAMASAS)			
Sistema experto para la interpretación de los resultados MIC ISO basado en guías de CLSI, con reglas y puntos de corte actualizados. Trazabilidad completa con códigos de barra. Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
MICOLOGIA IDENTIFICACION DE LEVADURAS ,MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
143	SISTEMA AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION DE LEVADURAS MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS.	PRUEBA	1000
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION DE LEVADURAS, MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS (Solicitados en el item 143)			
Sistema de masa con PC integrado. Óptica de iones innovadores. Base de datos robusta, IVD y clínicamente relevante. Flujo de trabajo: carga continua de lámina. Procesamiento de hasta 16 láminas simultaneas en el interior del equipo priorización de láminas urgentes. kits de preparación de muestras y protocolos de análisis validados y seguros. aprobación CE y FDA para identificación de levaduras. kits comerciales de nocardia. Microorganismos autorizados por la FDA. Estabilidad de más de 48 horas después de la preparación de las láminas. trazabilidad de las láminas, escaneo automático de código de barras. integración automática de los resultados de identificación con las pruebas de susceptibilidad a antimicrobianos. Reactivos listos para usar. Algoritmo basado en un modelo de por especies. Resultados de elección única a nivel de especie, género o grupo en minutos.		C/U	1 EQUIPO

Porcentaje y valor de confianza para los resultados. Verificación automática del sistema y ajuste automatizado. Consumibles: Puntas para realizar la prueba de microorganismos en el SLID Matrix para identificacion de microorganismos en el equipo automatizado. Se requiere minimo un año de vencimiento			
INMUNOLOGIA INMUNOFLURESCENCIA INDIRECTA (IFI) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
144	Inmunofluorescencia ANA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos antinucleares (ANA)en suero humano	PRUEBAS	240
145	Inmunofluorescencia ds DNA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos DNA doble cadena en suero humano	PRUEBAS	240
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS INMUNOLOGIA INMUNOFLURESCENCIA INDIRECTA (IFI) ITEMS 144 Y 145)			
EQUIPO AUTOMATIZADO PARA REALIZAR INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (IFI) Metodología: inmunofluorescencia indirecta automatizada con microscopio de fluorescencia integrado. Poseer Lámpara LED y cámara integrada. Reactivos listos para su uso. Módulo de captura de imágenes. Poseer lector de código de barra para reactivos y muestras. Capacidad mínima de 10 a 25 láminas por corrida. Software integrado en español. Proveer de impresora láser, tóner y papel de acuerdo al consumo mensual de los mismos. Requerir con controles, calibradores y consumibles. Realizar mantenimiento preventivo con una calendarización bien definida y se presente la propuesta con todos los detalles por escrito. UPS para los respectivos equipos y que proteja de los constantes fallos en la energía eléctrica. Capacidad de conectarse a un sistema de red integrado LIS. Presentar una propuesta que detalle la Logística para abordar las emergencias de fallos en el equipo y especificar tiempos de respuesta. Requerir con certificado ISO 15189 y el FDA. Incluir computadora, monitor, CPU, Mouse, teclado, impresora y UPS .		C/U	1 EQUIPO
Certificados ISO 15189 Y FDA			
Que permita colocación continua de láminas y una velocidad de proceso de 40 a 60 láminas/hora.			
Señal de alarma de reactivo bajo.			
Que incluya secador de lamina.			
Con regulador de voltaje incluido.			
Última versión actualizada de dicho equipo. Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos			
IDENTIFICACION Y SENSIBILIDAD DE MICROORGANISMOS (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO) REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LOS ITEMS 141 Y 142			
146	Identificacon de Streptococcus Gram positivos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	2400
147	Sensibilidad de Streptococcus Gram positivos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	2400
148	Sensibilidad de Staphylococcus Gram positivos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	2400
149	Identificacion de Gram Negativo NO FERMENTADORES (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	6000
150	Identificacion de Gram Negativo FERMENTADORES (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	2400
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL SAI			

RECUENTO DE CELULAS CD4 (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
151	Cartucho para el recuento de células TCD4	PRUEBAS	400
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA EL RECUENTO DE CELULAS CD4 (Solicitados en item 151)			
	Equipo automatizado para realizar el conteo de células CD4 en pacientes VIH POSITIVO. Reactivos listos para su uso. Control de calidad integrado. Teclado alfanumérico integrado, pantalla táctil que permita introducir la información de los pacientes. Con lector de códigos de barra para identificación y una mejor trazabilidad de los mismos. Con una velocidad de procesamiento mínima de 3 – 5 pruebas por hora o más de preferencia 10 a 15 pruebas por hora. Capacidad de medición con una sensibilidad de detección <=50 células CD4. Capacidad de conexión LIS.Tipo de muestra: sangre total con EDTA o capilar. se requiere equipo nuevo. Se requiere un sistema para control de acceso de los usuarios. Si el equipo el rendimiento por prueba es de 2 a 3 muestras por hora se requiere la instalacion de 2 equipos para recuento de celulas CD4. Debe incluir todos los insumos necesarios para la realizacion de los recuentos de CD4. Se requiere minimo un año de vencimiento	C/U	2 EQUIPOS
REACTIVOS MANUALES (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
152	Sabouraud Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	15
153	Proteína C reactiva (PCR) : PRUEBA DE AGLUTINACION EN LATEX PARA LA DETECCION DE PROTEINA C REACTIVA EN SUERO HUMANO,SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA 98% CONCENTRACION MINIMA 6mg/l Fecha de vencimiento minimo un año	SET 100 PBS	160
154	Mhatp (prueba rapida confirmatoria para sifilis):inmunoanalisis cuantitativo de lectura visual para detectar anticuerpos de treponema pallidum en suero,plasmay sangre completa Fecha de vencimiento minimo un año	SET 100 PBS	2
155	Antigeno Helicobacter Pilory en heces Fecha de vencimiento minimo un año	SET 20 PBS	50
156	Prueba rápida para el análisis de chlamydia trachomatis Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 PBS	1
157	Factor reumatoideo (FR) Prueba de aglutinacion en latex para la deteccion del factor reumatoide en suero humano. Sensibilidad diagnostica 98%,especificidad diagnostica 97%, concentracion minima detectable 8 UI/ml Fecha de vencimiento minimo un año	SET 100 PBS	10
158	Glutol, listo para uso 75gr Fecha de vencimiento minimo un año	C/FRASCO	1000
159	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIO TIPO "A" Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 ml	8
160	Adenosina REACTIVO Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 gr	2
161	Chromo Agar candida plus Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 gr	4
162	Dextrosa en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	frasco/500 gr	1
163	Dulcitol en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1
164	Lisina iron Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1
165	Manitol salt Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1
166	Mycosel Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	10
167	salmonela - shiguella Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1
168	PRUEBA INMUNOENZIMATICA P/LA DETECCION DEL ANTIGENO GALACTOMANANO DE	KIT	8

	ASPERGUILLUS EN SUERO, KIT DE 96 PBS Fecha de vencimiento minimo un año		
169	PRUEBA INMUNOENZIMATICA P/LA DETECCION DEL ANTIGENO GALACTOMANANO EN ORINA PARA HISTOPLASMA, KIT DE 96 PBS Fecha de vencimiento minimo un año	KIT	8
170	Cristal Violeta polvo Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 25 gr	8
171	Cristal violeta solucion de trabajo Fecha de vencimiento minimo un año	LITRO	1
172	Metodo colorimtrico para aislamiento de candida criptococcus asperguillusFecha de vencimiento minimo un año	KIT /20 PRUEBAS	10
173	Prueba de flujo lateral para criptococcus antigeno Fecha de vencimiento minimo un año	KIT/50 PRUEBAS	10
174	Suplemento B (Vitox) Fecha de vencimiento minimo un año	Caja / 10 fcos	4
175	Reactivo de proteinas,orina/LCR Fecha de vencimiento minimo un año	FRASCO	16
176	Reactivo de proteinas totales Fecha de vencimiento minimo un año	FRASCO	16
177	ORAQUICK Prueba rapida confirmatoria para el diagnostico de HIV Tipo 1 y 2 (KIT 10 PBS) Fecha de vencimiento minimo un año	SET 30 PBS	12
178	ASO(antiestreptolisina O) Prueba de aglutinacion en latex para la deteccion de antiestreptolisina O en suero humano,con control negativo y positivo, sensibilidad 98% y especificidad diagnostica 97%,concentracion minima detectable 200 IU/ml Fecha de vencimiento minimo un año	SET 100 PBS	12
179	Acetato de sodio anhidro Fecha de vencimiento minimo un año	fco/1 kg	1
180	Acido Sulfosalicilico dihidratado en cristal Fecha de vencimiento minimo un año	fco/500 gr	6
181	Prueba rápida Antígeno de Tuberculosis Fecha de vencimiento minimo un año	set/25 pbas	4
182	Glicerina Fecha de vencimiento minimo un año	galon	4
183	Asparagina Fecha de vencimiento minimo un año	fco/500 gr	1
184	Hidroxido de Sodio(perlas) Fecha de vencimiento minimo un año	Fco/ 1 kg	1
185	Levofloxacina Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/tiras	3
186	DISCOS DE SENSIBILIDAD COLISTIN ,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	3
187	DISCOS DE SENSIBILIDAD OPTOQUINA,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1
188	DISCOS DE SENSIBILIDAD POLIMIXINA "B",CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1
189	DISCOS DE SENSIBILIDAD TIGECICLINA,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	3
190	Pruebas de fructuosa Fecha de vencimiento minimo un año	c/u	100
191	Prueba de zinc Fecha de vencimiento minimo un año	c/u	100
192	Pruebas de diagnostico rapido para Leishmaniasis Visceral, detección de anticuerpos IgG/IgM (Actualmente las provee el Laboratorio Nacional de Vigilancia) Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 PBS	2

193	Pruebas de diagnóstico rápido HIV 1/2 detección de antígeno Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 PBS	8
194	Plato Petri 60x15mm	caja de 500 unidades	80
195	Agar cosmogonico candida color blanco Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 gr	10
196	500 ul TIPS (1000PCS) Puntas Fecha de vencimiento minimo un año	PQT 1000UD	2
197	CINTAS REACTIVAS PARA GLUCOMETRIA CON GLUCOMETRO INCLUIDO: tiras reactivas para la determinacion cuantitativa de la glucemia en sangre capilar fresca. Presentacion en frasco por 50 unidades que incluya 125 glucometros y baterias de repuesto para cada glucometro a solicitud del almacen.	C/U	300,000
PERFILES CARDIACOS (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
198	Tnl Troponina I Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360
199	CK-MB Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360
200	NT-ProBNP Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360
201	PTC (Procalcitonina) Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360
202	Cardiopulmonary Markers Controls (cTnl, MYO, CK-MB, NT-proBNP) Fecha de vencimiento minimo un año	Kit A/B	2
203	PTC Control Fecha de vencimiento minimo un año	Kit A/B	3
204	Whashing Solution 10PC Fecha de vencimiento minimo un año	C/U	3
205	Trigger Solution 10PCS Fecha de vencimiento minimo un año	C/U	3
206	Pre Trigger 10 pcs Fecha de vencimiento minimo un año	C/U	3
LOTE N°2 BANCO DE SANGRE			
CONTROL DE CALIDAD EXTERNO COMPARATIVO HIV/Hepatitis Programa, Syphilis/Chagas Programa (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
207	CONTROL DE CALIDAD EXTERNO COMPARATIVO HIV/Hepatitis Programa, Syphilis/Chagas Programa	c/u	1
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL SOTWARE DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO COMPARATIVO HIV/Hepatitis Programa, Syphilis/Chagas Programa Items N. 207			
Equipo automatizado nuevo con garantia de fabrica con todos sus accesorios para su funcionamiento con su correspondiente: pantalla táctil, de ser necesario computadora que incluya teclado, mouse, cpu, impresora con su respectivo papel para impresión de resultados, lector de código de barra, regulador de voltaje para evitar daños en los equipos. Capacitacion al personal para su utilizacion.Fecha de vencimiento minimo un año		C/U	1 EQUIPO
REACTIVOS PARA PRUEBAS ESPECIALES DE TAMIZAJE A DONANTES Y PACIENTES (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
208	Reactivo para Hepatitis B (HBsAg) antígeno de superficie método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia última generación, para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6500
209	Reactivo para Hepatitis B AntiCore Total IgG/ IgM método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000

210	Reactivo para Sífilis método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000
211	Reactivos para Chagas método quimioluminiscencia /electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000
212	Reactivo para Hepatitis C método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000
213	Reactivo para HTLV I y II método quimioluminiscencia/electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000
214	Reactivo para HIV, combo Ag y Ac método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000
215	Reactivo de Hepatitis A IgM método quimioluminiscencia/electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 100 pruebas.	PRUEBAS	200
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO PRUEBAS ESPECIALES DE TAMIZAJE A DONANTES Y PACIENTES (Solicitado en los Items 208 al 215)			
Equipo automatizado nuevo con garantia de fabrica o que se encuentre actualmente en linea en el mercado y en perfecto estado, con todos sus accesorios para su funcionamiento con su correspondiente: pantalla táctil, teclado, mouse, cpu, impresora con su respectivo papel en forma continua para impresión de resultados, lector de código de barra, UPS con la capacidad necesaria para evitar daños en los equipos. Acondicionamiento del area para instalacion del equipo, incluyendo la temperatura ambiente para el buen funcionamiento del mismo. Reactivos listos para su uso		C/U	2 EQUIPOS (1 NUEVO Y OTRO DE RESPALDO)
Con una eficiencia hasta de un mínimo 200 resultados por hora			
Método quimioluminiscencia/ de preferencia electroquimioluminiscencia última generación			
Capacidad de muestra a bordo mínimo 100 muestras simultáneamente.			
Capacidad de resultado en memoria 50,000 análisis o mas.			
Volumen de muestra aproximadamente de 20 a 200µl por prueba.			
Capacidad de reactivos a bordo hasta 25 reactivos refrigerados, con estabilidad de 30 días.			
Sin contaminación de arrastre.(CERO ARRASTRE): puntas y cubetas individuales descartables en el proceso de cada muestra, lavado ultrasonico que no interfiera en el arrastre y contaminación.			
Calibración requerida con cambio de lote de reactivos o cuando el control de calidad lo solicite			
Sensores detección de burbujas y coágulos.			
Registro de mantenimiento diario, semanal y mensual.			
Mantenimiento correctivo inmediato y preventivo con su respectiva calendarización			
Lector de código de barra en tubos de muestras y reactivos.			
Que cuente con un sistema para control de acceso de los usuarios.			
Proveer mensualmente 1 rollo de 2,500 viñetas para la identificación con código de barras del tubo para realizar las pruebas de tamizaje.			

Realizar backup mensualmente y hacer vaciado de la información en una unidad de almacenamiento externo.			
Equipo con capacidad de voltaje de 110 voltios .			
Proporcionar software de Banco de Sangre CERTIFICADO para la trazabilidad desde atención desde la atencion de donantes hasta la transfusión de los hemocomponentes, así como control de inventarios de reactivos y hemocomponentes con todos los equipos necesarios para el funcionamiento e instalacion. Asi como la produccion del usuario para la realizacion de informes.			
Ademas proporcionar un (1) equipo de back up de la misma metodologia del adjudicado, en caso que ninguno de los dos equipos se encuentre en funcionamiento, el proveedor debera enviar las muestras de donantes a Cruz Roja Hondureña, asumiendo los costos economicos de procesamiento y envio de las mismas.			
Capacitación y certificación nacional e internacional del personal en el manejo de los equipos y actualizaciones en el tema de tamizaje de agentes infecciosos.			
Que el vencimiento de los reactivos sea como mínimo de 1 año, con opción de cambio si la fecha es menor a la solicitada.			
Proporcionar todos los consumibles para la realización de las pruebas, incluyendo papel y tinta para la impresión de resultados			
Que el proveedor presente un cuadro comparativo de lo solicitado y lo ofertado. Fecha de vencimiento minimo un año para los reactivos			
216	Ensayo cualitativo para confirmación de anticuerpos diferenciados contra VIH 1 y VIH 2. Utilizado como segunda opinión en los casos reactivos por HIV en tamizaje. Que el vencimiento sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/KIT	4
217	Anti A, Monoclonal. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	830
218	Anti B, Monoclonal. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	830
219	Anti D, IgG/IgM. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	1000
220	Antiglobulina humana, Polyspecific o test de Coombs. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	830
221	Suero Anti A1 Lectina. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como mínimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	200
LOTE N°3 SERVICIO DE TRANSPLANTE (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA 6 A 8 MESES)			
222	Enzima Ag Path One Step 1X Kit de 1000 reacciones	c/kit	6
223	Kit Purificaccion Manual de ADN/ARN Viral. Kit de 50 Pruebas	c/kit	36
224	Kit Elisa NS1 Dengue. Kit de 96 Pruebas	c/kit	6
225	Dengue Elisa IgM de Captura. Kit de 96 Pruebas	c/kit	6
226	Dengue Elisa IgG de Captura. Kit de 96 Pruebas	c/kit	2
227	Medio de separación de linfocitos (1.077 g/mL). Frasco de 500 ml.	C/FRASCO	1
228	Soporte de Placa de precisión para tiras tubos de 0,1 ml. 7500 Fast (Compatible con equipo de PCR en tiempo Real AB-7500 Fast) Ref. 4388506	c/u	1
229	Kit tipificación HLA-A eRES SSO LIFECODES Ref. 628913 (Kit 50 Pruebas) o equivalente.	Kit	1

230	Kit tipificación HLA-B eRES SSO LIFECODES Ref. 628917 (Kit 50 Pruebas) o equivalente.	Kit	1
231	Kit tipificación HLA-DRB1 eRES SSO LIFECODES Ref. 628925 (Kit 50 Pruebas) o equivalente.	Kit	1
232	Conjugado R-Ficoeritrina Estreotavidina SA-PE 1mg/ml Ref. 628511. Vial de 85 µl o equivalente.	Vial	3
233	Kit Perlas de Calibración Luminex 100/200 (Kit de 25 Pruebas)	Kit	1
234	Kit de Perlas de Verificación de Rendimiento Luminex 100/200 (Kit de 25 pruebas)	Kit	1
235	Kit de detección de Anticuerpos IgG frente a moleculas HLA Clase I y II (LifeScreen Deluxe Class I y II) Ref. 628215 (Kit de 96 Pruebas) o equivalente.	Kit	1
236	Detección de Anticuerpos ID Clase I LIFECODES Ref 628200 (Kit de 24 pruebas) o equivalente.	Kit	1
237	Detección de Anticuerpos ID Clase II LIFECODES Ref 628223 (Kit de 24 pruebas) o equivalente.	Kit	1
238	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase I (LSA Clase I). LIFECODES Ref. 265100R (Kit de 24 pruebas) o equivalente.	Kit	1
239	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase II (LSA Clase II). Ref.265200R (Kit de 24pruebas) o equivalente.	Kit	1
240	Detección de anticuerpos especificos del donante DSA LIFECODES Ref 628230 (Kit de 96 pruebas) o equivalente.	Kit	1
241	Cinta de sellado térmico para placas de 96 pocillos. Selladores de placa adhesiva de aluminio (Thermowell Sealing Tape for 96 well Plates. Aluminum adhesive plate sealers). Ref. 888631 (Caja de 100 cintas) o equivalente.	Caja	1
242	Millipore multiscreen filter plates Ref. 888633 (Caja de 10 placas) o equivalente.	Caja	1
243	Placas de PCR de 96 pocillos Costar 6509 o Lifecodes Ref. 888630 (Caja de 25 placas) o equivalente.	Caja	1
244	Cinta selladora de polietileno LIFECODES Ref. N° 888635 (Caja de 100 cintas) o equivalente.	Caja	1
245	Líquido de envoltura Luminex (Luminex Sheath Fluid) Ref 628010 (Frasco 20 L). o equivalente.	Frasco	6
Requerimientos Minimos SERVICIO DE TRANSPLANTE (Solicitados en los items 229 al 240 y 245)			
Reactivos e Insumos compatibles con equipo luminex 200. Equipo propiedad del Hospital Escuela.			
Requerimientos: La casa ofertante de productos exclusivos para equipo Luminex 200 (propiedad del Hospital Escuela), debe incluir mantenimiento preventivo para el equipo Luminex 200 (Verificación de laser, aguja, limpieza o cambios de filtros de ser necesario), Soporte técnico y asistencia al llamado. Capacitación al personal del Servicio en cuanto a manejo de software para análsis según lo requieran los pruebas.Fecha de vencimiento minimo un año			
LOTE N°4 CLINICAS PERIFERICAS CLIPERS (HATO, SITIO Y CRUCITAS) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
246	Lugol: Es una disolución de yodo molecular y yoduro de potásico en agua destilada. Usado para la coloracion de estadios parasitarios en el examen general de heces.	FRASCOS	3

.

MATRIZ DE ENTREGA						
No.	**Descripción Completa del Producto**	**Unidad de Medida**	**Cantidad**	**PRIMERA ENTREGA 1 - 5 DIAS HABILES DESPUES DE LA FIRMA DE CONTRATO**	**SEGUNDA ENTREGA 30 DIAS HABILES DESPUES DE LA FIRMA DEL CONTRATO**	**TERCERA ENTREGA 50 DIAS HABILES DESPUES DE LA FIRMA DEL CONTRATO**
LOTE N°1 (LABORATORIO CLINICO)						
1	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	PRUEBAS	180000	40000	70000	70000
2	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	PRUEBAS	180000	40000	70000	70000
3	FIBRINOGENO	PRUEBAS	3000	1000	1000	1000
4	CONTROL NORMAL	FRASCO	24000	8000	8000	8000
5	CONTROL PATOLOGICO	FRASCO	24000	8000	8000	8000
6	DIMERO D: detección cuantitativa del dímero D en plasma humano realizada en equipo automatizado.	PRUEBAS	2000	500	750	750
7	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR VIII: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor VIII en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	400	100	150	150
8	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR IX: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor IX en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	140	40	50	50
9	FACTOR VON WILLEBRAND: determinación cuantitativa para la dosificación de actividad del factor Von Willebrand en el plasma humano para realizarse en equipo automatizado.	PRUEBAS	200	50	75	75
10	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGENO: determinación cuantitativa para la dosificación de antigeno del factor Von Willebrand en el plasma humano para realizarse en equipo automatizado.	PRUEBAS	200	50	75	75
11	ANTICOAGULANTE LUPICO SCREENING: Prueba de neutralización mediante fosfolípidos purificados de fase hexagonal para la detección de anticoagulantes de tipo lupico I y II en equipo automatizado.	PRUEBAS	200	50	75	75

12	ANTICOAGULANTE LUPICO CONFIRMACION: Prueba de neutralización mediante fosfolípidos purificados de fase hexagonal para la detección de anticoagulantes de tipo lupico I y II en equipo automatizado.	PRUEBAS	80	20	30	30
13	DETERMINACION PROTEINA C: Determinación cuantitativo de la actividad de la proteina C basado en el principio de inhibición del factor Va en equipo automatizado.	PRUEBAS	140	40	40	60
14	DETERMINACION DE PROTEINA S: Determinación cuantitativo de la actividad de la proteina S basado en el principio de inhibición del factor V en equipo automatizado.	PRUEBAS	20	5	5	10
15	REACTIVO PARA HEMOGRAMA COMPLETO: Determinación de los diferentes elementos formes de la sangre midiendo la serie roja, recuento plaquetario, determinación de serie blanca: diferencial en cinco o seis partes (Linfocitos, Monocitos y basofilos, eosinofilos, neutrofilos) mediante equipo automatizado. Debe incluir todos los reactivos e insumos necesarios para la realización de los hemogramas	PRUEBAS	80000	40000	20000	20000
16	REACTIVO PARA RETICULOCITOS: Determinación del conteo y porcentaje de reticulocitos mediante equipo automatizado	PRUEBAS	12000	3000	6000	3000
17	REACTIVO PARA EL EQUIPO COLOREADOR DE LAMINAS: Coloración de los Frotis de Sangre Periféricas y Laminas de medula ósea de los diferentes servicios de atención del Hospital Escuela. Debe incluir todos los reactivos e insumos necesarios para la realización de las coloraciones de las láminas de Frotis de Sangre Periférica y Medula Ósea.	PRUEBAS	19200	6000	6000	7200
18	Velocidad de Eritro Sedimentacion: para equipo automatizado	PRUEBAS	10500	5000	2500	3000
19	Tiras reactivas para orina de 10 parámetros de uso totalmente automatizado (Leucocitos, Nitritos, Urobilinógeno, Proteínas,	PRUEBAS	10,000	3000	4000	3000

	PH, Sangre, Cetonas, Bilirrubinas, Glucosa, Densidad (gravedad especifica).					
20	Reactivo para Equipo automatizado para el análisis del examen de Espermograma para la consulta externa del HEU. Debe incluir todos los reactivos e insumos necesarios para la realización de analisis del Espermograma.	PRUEBA	60	20	20	20
21	Capilares para Tets de espermograma en equipo automiatizado	UNO	60	20	20	20
22	AMILASA: Determinación cuantitativa de la Amilasa pancreatica en suero/plasma/orina o liquidos corporales. Para ser usado en equipo automatizado.	PRUEBAS	10890	4000	3000	3890
23	CALCIO: Determinación cuantitativa de Calcio en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	80000	20000	30000	30000
24	CPK TOTAL: Determinación cuantitativa con inhibición de un anticuerpo específico para la Creatin Kinasa total en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	10000	3000	4000	3000
25	FOSFORO: Determinación cuantitativa de Fosforo en suero/plasma/orina o liquidos corporales. en equipo automatizado.	PRUEBAS	37000	10000	15000	12000
26	LDH: Determinación cuantitativo del total de la actividad del lactato deshidrogenasa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	30000	10000	10000	10000
27	ALT: TGP: Determinación cuantitativa de la actividad de la alanino aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	200000	50000	75000	75000
28	AST -TGO:Determinación cuantitativa de la actividad de la aspartato aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	200000	50000	75000	75000
29	BILIRRUBINA DIRECTA: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Directa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	50000	15000	20000	15000

30	BILIRRUBINA TOTAL: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Total en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	50000	15000	20000	15000
31	CREATININA: Determinación cuantitativa de la creatinina en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	100000	30000	35000	35000
32	ELECTROLITOS: Determinación cuantitativa sodio, potasio, cloro total en suero/plasma/orina o liquidos corporales para determinar en equipo automatizado.	PRUEBAS	150000	50000	50000	50000
33	FOSFATASA ALCALINA: Determinación cuantitativa de Fosfatasa Alcalina en suero O plasma en equipo automatizado. :	PRUEBAS	20000	5000	7500	7500
34	GLUCOSA: Determinación cuantitativa de la Glucosa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	100000	35000	30000	35000
35	UREA/ BUN: Determinación cuantitativa de nitrógeno ureico en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	100000	35000	30000	35000
36	PROTEINAS TOTALES: Determinación cuantitativa de Proteínas Totales en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	15000	5000	5000	5000
37	LIPASA: Determinación cuantitativa que proporciona la actividad de lipasa en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	15000	5000	5000	5000
38	GGT: Determinación cuantitativa de la actividad de la GGT en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	10000	2000	4000	4000
39	ALBUMINA: Determinación cuantitativa de Albumina en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	30000	10000	10000	10000
40	ACIDO URICO: Determinacion cuantitativa de acido urico en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	30000	10000	10000	10000
41	COLESTEROL TOTAL: Determinacion cuantitativa de colesterol total en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	30000	10000	10000	10000

42	COLESTEROL HDL: Determinacion cuantitativa de colesterol HDL en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	15000	5000	5000	5000
43	TRIGLICERIDOS: Determinacion cuantitativa de Trigliceridos en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	30000	10000	10000	10000
44	HIERRO SERICO: Determinacion cuantitativa de hierro en suero y plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	4000	1000	2000	1000
45	HEMOGLOBINA GLICOSILADA: Determinacion cuantitativa de hemoglobina glicosilada en sangre total y/o plasma-suero humano en equipo automatizado	PRUEBAS	25000	7000	8000	10000
46	MAGNESIO: Determinacion cuantitativa de magnesio en suero o plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	600	200	200	200
47	AMONIO: Determinacion cuantitativa de amonio en plasma heparinizado o EDTA en equipo automatizado	PRUEBAS	600	200	200	200
48	PROTEINAS EN ORINA: Determinacion cuantitativa de proteinas en orina en equipo automatizado	PRUEBAS	1200	400	400	400
49	Procalcitonina: Determinacion cuantitativa de procalcitonina en suero o plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	5000	1000	2000	2000
50	ESTRADIOL: Ensayo diseñado para la determinacion cuantitativa de estradiol -17 beta,en suero humano en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
51	FENITOINA: Medicion cuantitativa de fenitoina en suero o plasma heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
52	FENOBARBITAL: Medicion cuantitativa de fenobarbital en suero o plasma heparinizado, en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
53	FERRITINA: Medicion cuantitativa de ferritina en suero o plasma ,en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	3000	1000	1000	1000

.

54	FSH: Medicion cuantitativa de la hormona estimulante en sueroo plasma ,utilizando el equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800	200	300	300
55	HELICOBACTER PILORY Ig G: Medicion cuantitativa de anticuerpos IgG para Helicobacter pilory en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	100	150	150
56	HORMONA DE CRECIMIENTO: Medicion cuantitativa de hormona de crecimiento en sueroo plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	100	150	150
57	INSULINA: Medicion cuantitativa de insulina en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	5000	2000	1500	1500
58	LH: Para el diagnostico in vitro para la determinacion cuantitativa de hormona luteinizante en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800	200	300	300
59	PROGESTERONA: Medicion cuantitativa de progesterona en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
60	PROLACTINA: Medicion cuantitativa de prolactina en suero o plasma, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800	300	250	250
61	PSA LIBRE: Medicion cuantitativa del antigeno prostatico especifico libre,no unido a alfa-1 antiquimiotripsina en suero o plasma humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
62	PSA TOTAL: Medicion cuantitativa del antigeno prostatico especifico en sueroo plasma humano,como ayuda en la deteccion del cancer de prostata,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	3000	1000	1000	1000

.

63	PTH: Medicion cuantitativa de la hormona paratiroidea en plasma con EDTA y suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1000	300	300	400
64	T3 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de T3 total en suero o plasma , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	4200	1200	1500	1500
65	T3 LIBRE: Medicion cuantitativa de T3 libre en suero o plasma humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	100	150	150
66	T4 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de tiroxina total en suero o plasmahumano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	4800	1800	1500	1500
67	T4 LIBRE EN SANGRE: Determinacion cuantitativa de tiroxina no unida a proteinas ,en suero y plasma con heparina o EDTA,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	19600	6000	7000	6600
68	TESTOSTERONA: Medicion cuantitativa de testosterona total en suero y plasma heparinizado o EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente /electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1000	200	400	400
69	TIROGLOBULINA: Para la cuantificacion de tiroglobulina en suero o plasma heparinizado o EDTA,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1000	200	400	400
70	TROPONINA: Medicion cuantitativa de troponina I en suero,plasma con EDTA o heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
71	TSH EN SANGRE: Para el diagnostico in vitro para la medicion cuantitativa de tirotropina en sueroo plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	25000	8000	7000	10000

72	VITAMINA B12: Para la cuantificacion de vitamina B12 en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	2800	800	1000	1000
73	ACIDO VALPROICO: Para la determinacion cuantitativa de acido valproico en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
74	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES: Medicion cuantitativa de anticuerpos microsomales en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1200	400	400	400
75	ANTICUERPOS ANTI TIROGLOBULINAS: Medicion cuantitativa de anticuerpos antitiroglobulinas en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1200	400	400	400
76	ACTH: Medicion cuantitativa de la hormona adenocorticotropa en plasma EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	100	150	150
77	ALFAFETOPROTEINA: Medicion cuantitativa de alfafetoproteina en suero o plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1800	500	800	500
78	BETA-HCG: Medicion cuantitativa de la sub unidad beta-HCG libre en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
79	BETA 2 MICROGLOBULINA: Medicion cuantitativa de beta 2 microglobulina en suero y orina ,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
80	CA 125: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA-125 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1400	400	500	500

81	CA 19-9: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA19-9 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1400	400	500	500
82	CEA: Para la medicion cuantitativa del antigeno carcino embrionario en suero utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1600	400	600	600
83	CARBAMAZEPINA: Para la medicion cuantitativa de carbamazepina en suero o plasma heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
84	CORTISOL: Para la medicion cuantitativa de cortisol en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1200	400	400	400
85	CK-MB: Para la medicion cuantitativa de CK-MB en suero, plasma con EDTA o heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800	200	300	300
86	DIGOXINA: Para la medicion cuantitativa de digoxina en suero o plasma heparinizado , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
87	ACIDO FOLICO: Para la determinacion cuantitativa de acido folico en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electtroquimioluminiscente	PRUEBAS	2000	500	750	750
88	NT-Pro BNPPara la determinacion in- vitro para dosificacion cuantitativa del peptido pro-natriuretico cerebral en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electtroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
89	CA 15-3 Para la medicion cuantitativa del antigeno CA-15-3 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
90	Inmunoglobulina IgA: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Inmunoglobulina IgA en suero humano.	PRUEBAS	800	200	300	300

91	Inmunoglobulina IgG: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Inmunoglobulina IgG en suero humano.	PRUEBAS	800	200	300	300
92	Inmunoglobulina IgM: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Inmunoglobulina IgM en suero humano.	PRUEBAS	800	200	300	300
93	C3: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Complemento C3 en suero humano.	PRUEBAS	800	200	300	300
94	C4: Prueba en equipo automatizado para la determinación cuantitativa de Complemento C4 en suero humano.	PRUEBAS	800	200	300	300
95	Acs. Antinucleares (ANA): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección de acs. antinucleares de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	1400	500	500	400
96	Anca MPO: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs.de clase IgG antimieloperoxidasa en suero humano.	PRUEBAS	500	100	200	200
97	Anca PR3: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la determinación cuantitativa de acs. antiproteinasa 3 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	500	100	200	200
98	Ds-DNA: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de Aacs. para el antígeno dsDNA en suero humano.	PRUEBAS	500	100	200	200
99	Herpes1 IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgG contra el virus del Herpes 1 IgG en suero humano.	PRUEBAS	200	50	50	100
100	Herpes1 IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgM contra el virus del Herpes 1 IgM en suero humano.	PRUEBAS	200	50	75	75
101	Herpes 2 IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgG contra el virus del Herpes 2 IgG en suero humano.	PRUEBAS	200	50	75	75

102	Herpes 2 IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgM contra el virus del Herpes 2 IgM en suero humano.	PRUEBAS	200	50	75	75
103	Mycoplasma IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. de clase IgG contra Mycoplasma pneumoniae en suero humano.	PRUEBAS	200	50	75	75
104	Mycoplasma IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. de clase IgM contra Mycoplasma pneumoniae en suero humano.	PRUEBAS	200	50	75	75
105	Acs. Centrómero B: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. centrómero B en suero humano	PRUEBAS	200	50	75	75
106	Acs.peptidos Cíclicos citrulinados (Anti CCP): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anticitrulinados en suero humano.	PRUEBAS	200	50	75	75
107	Citomegalovirus IgG: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgG de Citomegalovirus en suero humano.	PRUEBAS	180	60	60	60
108	Citomegalovirus IgM: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgM de Citomegalovirus en suero humano	PRUEBAS	180	60	60	60
109	Epstein Barr IgG: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa anticuerpos IgG frente al antígeno de la cápside viral de Virus del Epstein Barr en suero humano.	PRUEBAS	180	60	60	60
110	Epstein Barr IgM: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa anticuerpos IgM frente al antígeno de la cápside viral de Virus del Epstein Barr en suero humano.	PRUEBAS	180	60	60	60
111	Toxoplasma IgM: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM de Toxoplasma gondii en suero humano.	PRUEBAS	580	180	200	200

112	IgE especifica dermatophagoides pteronipsinus: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano. (KIT 20 PRUEBAS)	PRUEBAS	600	200	200	200
113	IgE especifica Candida albicans: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano. (KIT 40 PRUBAS)	PRUEBAS	600	200	200	200
114	IgE especifica Epitelio de Gato: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
115	IgE especifica Mosquito: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
116	IgE especifica Cucaracha: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
117	IgE especifica Epitelio de Perro: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
118	IgE especifica Polvo Casero: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
119	IgE. Especifica Dermatophagoides Farinae: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
120	IgE especifica Aspergillus Níger: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
121	IgE especifica Camarón: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200

122	IgE especifica Carne de cerdo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
123	IgE especifica Carne de pollo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
124	IgE especifica Carne de res : Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
125	IgE especifica Cangrejo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
126	IgE especifica Cacahuate: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
127	IgE especifica Chocolate: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
128	IgE especifica Fresa: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
129	IgE especifica Gluten: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
130	IgE especifica Huevo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
131	IgE especifica Soya: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200

132	IgE especifico leche: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
133	IgE especifico trigo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
134	IgE especifico penicillium notatum: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
135	IgE especifico veneno de abeja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
136	IgE especifico naranja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
137	IgE especifico raton: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
138	IgE especifico piña: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	600	200	200	200
139	IgE 3º generación/especifica: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para inhalantes y alimentos para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	8000	2200	2600	3200
140	GASES ARTERIALES	PRUEBA	80000	21200	22000	36800
141	Identificacion de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	260	60	100	100
142	Sensibilidad de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	260	60	100	100

143	SISTEMA AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION DE LEVADURAS MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS.	PRUEBA	1000	300	300	400
144	Inmunofluorescencia ANA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos antinucleares (ANA)en suero humano	PRUEBAS	240	80	80	80
145	Inmunofluorescencia ds DNA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos DNA doble cadena en suero humano	PRUEBAS	240	80	80	80
146	Identificacon de Streptococcus Gram positivos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	2400	800	800	800
147	Sensibilidad de Streptococcus Gram positivos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	2400	800	800	800
148	Sensibilidad de Staphylococcus Gram positivos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	2400	800	800	800
149	Identificacion de Gram Negativo NO FERMENTADORES (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	6000	2000	2000	2000
150	Identificacion de Gram Negativo FERMENTADORES (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	2400	800	800	800
151	Cartucho para el recuento de células TCD4	PRUEBAS	400	100	100	200
152	Sabouraud Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	15	5	5	5
153	Proteína C reactiva (PCR) : PRUEBA DE AGLUTINACION EN LATEX PARA LA DETECCION DE PROTEINA C REACTIVA EN SUERO HUMANO,SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA 98% CONCENTRACION MINIMA 6mg/l Fecha de vencimiento minimo un año	SET 100 PBS	160	60	50	50
154	Mhatp (prueba rapida confirmatoria para sifilis):inmunoanalisis cuantitativo de lectura visual para	SET 100 PBS	2	1	1	0

	detectar anticuerpos de treponema pallidum en suero,plasmay sangre completa Fecha de vencimiento minimo un año					
155	Antigeno Helicobacter Pilory en heces Fecha de vencimiento minimo un año	SET 20 PBS	50	15	20	15
156	Prueba rápida para el análisis de chlamydia trachomatis Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 PBS	1	1	0	0
157	Factor reumatoideo (FR) Prueba de aglutinacion en latex para la deteccion del factor reumatoide en suero humano. Sensibilidad diagnostica 98%,especificidad diagnostica 97%, concentracion minima detectable 8 UI/ml Fecha de vencimiento minimo un año	SET 100 PBS	10	3	4	3
158	Glutol, listo para uso 75gr Fecha de vencimiento minimo un año	C/FRASCO	1000	300	400	300
159	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIO TIPO "A" Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 ml	8	2	3	3
160	Adenosina REACTIVO Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 gr	2	1	1	
161	Chromo Agar candida plus Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 gr	4	1	1	2
162	Dextrosa en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	frasco/500 gr	1		1	
163	Dulcitol en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1		1	
164	Lisina iron Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1		1	
165	Manitol salt Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1		1	
166	Mycosel Agar Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	10	5	5	
167	salmonela - shiguella Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 500 gr	1		1	
168	PRUEBA INMUNOENZIMATICA P/LA DETECCION DEL ANTIGENO GALACTOMANANO DE ASPERGUILLUS EN SUERO, KIT DE 96 PBS Fecha de vencimiento minimo un año	KIT	8	4	4	
169	PRUEBA INMUNOENZIMATICA P/LA DETECCION DEL ANTIGENO GALACTOMANANO EN ORINA	KIT	8	4	4	

	PARA HISTOPLASMA, KIT DE 96 PBS Fecha de vencimiento minimo un año					
170	Cristal Violeta polvo Fecha de vencimiento minimo un año	FCO 25 gr	8	4	4	
171	Cristal violeta solucion de trabajo Fecha de vencimiento minimo un año	LITRO	1	0	1	
172	Metodo colorimtrico para aislamiento de candida criptococcus asperguillusFecha de vencimiento minimo un año	KIT /20 PRUEBAS	10	3	3	4
173	Prueba de flujo lateral para criptococcus antigeno Fecha de vencimiento minimo un año	KIT/50 PRUEBAS	10	2	3	5
174	Suplemento B (Vitox) Fecha de vencimiento minimo un año	Caja / 10 fcos	4	1	1	2
175	Reactivo de proteinas,orina/LCR Fecha de vencimiento minimo un año	FRASCO	16	5	6	5
176	Reactivo de proteinas totales Fecha de vencimiento minimo un año	FRASCO	16	5	6	5
177	ORAQUICK Prueba rapida confirmatoria para el diagnostico de HIV Tipo 1 y 2 (KIT 10 PBS) Fecha de vencimiento minimo un año	SET 30 PBS	12	4	4	4
178	ASO(antiestreptolisina O) Prueba de aglutinacion en latex para la deteccion de antiestreptolisina O en suero humano,con control negativo y positivo, sensibilidad 98% y especificidad diagnostica 97%,concentracion minima detectable 200 IU/ml Fecha de vencimiento minimo un año	SET 100 PBS	12	4	4	4
179	Acetato de sodio anhidro Fecha de vencimiento minimo un año	fco/1 kg	1		1	
180	Acido Sulfosalicilico dihidratado en cristal Fecha de vencimiento minimo un año	fco/500 gr	6	2	2	2
181	Prueba rápida Antígeno de Tuberculosis Fecha de vencimiento minimo un año	set/25 pbas	4	1	1	2
182	Glicerina Fecha de vencimiento minimo un año	galon	4	1	1	2
183	Asparagina Fecha de vencimiento minimo un año	fco/500 gr	1		1	

184	Hidroxido de Sodio(perlas) Fecha de vencimiento minimo un año	Fco/ 1 kg	1		1	
185	Levofloxacina Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/tiras	3		1	2
186	DISCOS DE SENSIBILIDAD COLISTIN ,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	3	1	2	
187	DISCOS DE SENSIBILIDAD OPTOQUINA,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1		1	
188	DISCOS DE SENSIBILIDAD POLIMIXINA "B",CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1		1	
189	DISCOS DE SENSIBILIDAD TIGECICLINA,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	3	1	2	
190	Pruebas de fructuosa Fecha de vencimiento minimo un año	c/u	100	20	40	40
191	Prueba de zinc Fecha de vencimiento minimo un año	c/u	100	20	40	40
192	Pruebas de diagnostico rapido para Leishmaniasis Visceral, detección de anticuerpos IgG/IgM (Actualmente las provee el Laboratorio Nacional de Vigilancia) Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 PBS	2	1	1	
193	Pruebas de diagnóstico rápido HIV 1/2 detección de antígeno Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 PBS	8	2	2	4
194	Plato Petri 60x15mm	caja de 500 unidades	80	20	30	30
195	Agar cosmogonico candida color blanco Fecha de vencimiento minimo un año	Fco 500 gr	10	2	4	4
196	500 ul TIPS (1000PCS) Puntas Fecha de vencimiento minimo un año	PQT 1000UD	2	1	1	
197	CINTAS REACTIVAS PARA GLUCOMETRIA CON GLUCOMETRO INCLUIDO: tiras reactivas para la determinacion cuantitativa de la glucemia en sangre capilar fresca. Presentacion en frasco por 50 unidades que incluya 125 glucometros y baterias de repuesto para cada glucometro a solicitud del almacen.	C/U	300,000	100000	100000	100000

198	Tnl Troponina I Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360	120	120	120
199	CK-MB Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360	120	120	120
200	NT-ProBNP Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360	120	120	120
201	PTC (Procalcitonina) Fecha de vencimiento minimo un año	Kit 60 pbas/cal	360	120	120	120
202	Cardiopulmonary Markers Controls (cTnl, MYO, CK-MB, NT-proBNP) Fecha de vencimiento minimo un año	Kit A/B	2	1	1	
203	PTC Control Fecha de vencimiento minimo un año	Kit A/B	3	1	2	
204	Whashing Solution 10PC Fecha de vencimiento minimo un año	C/U	3	1	2	
205	Trigger Solution 10PCS Fecha de vencimiento minimo un año	C/U	3	1	2	
206	Pre Trigger 10 pcs Fecha de vencimiento minimo un año	C/U	3	1	2	
LOTE N°2 BANCO DE SANGRE						
207	CONTROL DE CALIDAD EXTERNO COMPARATIVO HIV/Hepatitis Programa, Syphilis/Chagas Programa	c/u	1		1	
208	Reactivo para Hepatitis B (HBsAg) antígeno de superficie método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia última generación, para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6500	1500	3000	2000
209	Reactivo para Hepatitis B AntiCore Total IgG/ IgM método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000	2000	2000	2000
210	Reactivo para Sífilis método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en	PRUEBAS	6000	2000	2000	2000

	equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.					
211	Reactivos para Chagas método quimioluminiscencia /electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000	2000	2000	2000
212	Reactivo para Hepatitis C método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000	2000	2000	2000
213	Reactivo para HTLV I y II método quimioluminiscencia/electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000	2000	2000	2000
214	Reactivo para HIV, combo Ag y Ac método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.	PRUEBAS	6000	2000	2000	2000
215	Reactivo de Hepatitis A IgM método quimioluminiscencia/electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 100 pruebas.	PRUEBAS	200	50	75	75
216	Ensayo cualitativo para confirmación de anticuerpos diferenciados contra VIH 1 y VIH 2. Utilizado como segunda opinión en los casos reactivos por HIV en tamizaje. Que el vencimiento sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/KIT	4	1	2	1

217	Anti A, Monoclonal. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	830	230	300	300
218	Anti B, Monoclonal. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	830	230	300	300
219	Anti D, IgG/IgM. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	1000	300	350	350
220	Antiglobulina humana, Polyspecific o test de Coombs. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	830	230	300	300
221	Suero Anti A1 Lectina. Que el vencimiento de los reactivos sea de 2 años como mínimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/FCO	200	50	75	75
LOTE N°3 SERVICIO DE TRANSPLANTE						
222	Enzima Ag Path One Step 1X Kit de 1000 reacciones	c/kit	6			6
223	Kit Purificaccion Manual de ADN/ARN Viral. Kit de 50 Pruebas	c/kit	36			36
224	Kit Elisa NS1 Dengue. Kit de 96 Pruebas	c/kit	6			6
225	Dengue Elisa IgM de Captura. Kit de 96 Pruebas	c/kit	6			6
226	Dengue Elisa IgG de Captura. Kit de 96 Pruebas	c/kit	2			2
227	Medio de separación de linfocitos (1.077 g/mL). Frasco de 500 ml.	C/FRASCO	1			1
228	Soporte de Placa de precisión para tiras tubos de 0,1 ml. 7500 Fast (Compatible con equipo de PCR en tiempo Real AB-7500 Fast) Ref. 4388506	c/u	1			1
229	Kit tipificación HLA-A eRES SSO LIFECODES Ref. 628913 (Kit 50 Pruebas) o equivalente.	Kit	1			1

230	Kit tipificación HLA-B eRES SSO LIFECODES Ref. 628917 (Kit 50 Pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
231	Kit tipificación HLA-DRB1 eRES SSO LIFECODES Ref. 628925 (Kit 50 Pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
232	Conjugado R-Ficoeritrina Estreotavidina SA-PE 1mg/ml Ref. 628511. Vial de 85 µl o equivalente.	Vial	3			3
233	Kit Perlas de Calibración Luminex 100/200 (Kit de 25 Pruebas)	Kit	1			1
234	Kit de Perlas de Verificación de Rendimiento Luminex 100/200 (Kit de 25 pruebas)	Kit	1			1
235	Kit de detección de Anticuerpos IgG frente a moleculas HLA Clase I y II (LifeScreen Deluxe Class I y II) Ref. 628215 (Kit de 96 Pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
236	Detección de Anticuerpos ID Clase I LIFECODES Ref 628200 (Kit de 24 pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
237	Detección de Anticuerpos ID Clase II LIFECODES Ref 628223 (Kit de 24 pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
238	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase I (LSA Clase I). LIFECODES Ref. 265100R (Kit de 24 pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
239	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase II (LSA Clase II). Ref.265200R (Kit de 24pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
240	Detección de anticuerpos especificos del donante DSA LIFECODES Ref 628230 (Kit de 96 pruebas) o equivalente.	Kit	1			1
241	Cinta de sellado térmico para placas de 96 pocillos. Selladores de placa adhesiva de aluminio (Thermowell Sealing Tape for 96 well Plates. Aluminum adhesive plate sealers). Ref. 888631 (Caja de 100 cintas) o equivalente.	Caja	1			1
242	Millipore multiscreen filter plates Ref. 888633 (Caja de 10 placas) o equivalente.	Caja	1			1

243	Placas de PCR de 96 pocillos Costar 6509 o Lifecodes Ref. 888630 (Caja de 25 placas) o equivalente.	Caja	1			1
244	Cinta selladora de polietileno LIFECODES Ref. N° 888635 (Caja de 100 cintas) o equivalente.	Caja	1			1
245	Líquido de envoltura Luminex (Luminex Sheath Fluid) Ref 628010 (Frasco 20 L). o equivalente.	Frasco	6			6
LOTE N°4 CLINICAS PERIFERICAS CLIPERS (HATO, SITIO Y CRUCITAS)						
246	Lugol: Es una disolución de yodo molecular y yoduro de potásico en agua destilada. Usado para la coloracion de estadios parasitarios en el examen general de heces.	FRASCOS	3	1	2	

3.1 Los oferentes deberán presentar "FICHA TECNICA" en la cual describan si los EQUIPOS ofertados por la empresa, cumple ó no cumple con lo solicitado por el Hospital Escuela, se detalla un EJEMPLO de lo quererido:

AL MOMENTO DE PRESENTAR SU OFERTAD DEBERA INCLUIR ESTE CUADRO EN FORMATO EXCEL EN LA USB (OBLIGATORIO)

FORMULARIO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS **CONTRATACIÓN DIRECTA CD-SESAL-HE-20-2025** **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS "**					
REQUERIMIENTOS MINIMOS para el EQUIPO DE COAGULACION Y HEMOSTASIA SECCION DE URGENTES					
Nombre de la Empresa: **(EMPRESA)**					
No. DE ITEM	**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS POR HOSPITAL ESCUELA**	**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFRECIDAS POR (EMPRESA)**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIONES**
1 AL 14	**REQUERIMIENTOS MÍNIMOS PARA EL EQUIPO DE COAGULACION Y HEMOSTASIA SECCION DE URGENTES** Provisión, instalación, puesta en marcha y entrenamiento para Coagulómetros totalmente automatizados, nuevos de reciente fabricación, con tecnología actualizada y de	**OFRECEMOS PARA EL EQUIPO DE COAGULACION Y HEMOSTASIA SECCION DE URGENTES** *Provision, Instalacion….	X		Se Oferta 4 Equipos y 2 de backup Marca: Modelo: País de origen:

	alto nivel tecnológico. Software en español. Se deberá garantizar la plena disponibilidad de los equipos el 100% del tiempo. Incluir sin cobro adicional, los controles de calidad internos y externos para los equipos. Debe tener certificado de calidad ISO, FDA Incluir UPS online de acuerdo a la carga que demanda el equipo. Contar con Impresora incorporada al equipo, termo sensible, LÁSER con provisión continúa de papel de acuerdo a la demanda del servicio sin costo adicional para la institución. Lector e Impresora para códigos de barra. Garantizar con un equipo de respaldo por cualquier eventualidad que se presente, de iguales a las condiciones del primero. La metodología debe ser en base a mecanismo de detección turbidimétrico. Calibración para cálculo de las pruebas realizadas de acuerdo al proceso definido. Compartimentos independientes para reactivos. Compartimientos de lavado para evitar arrastre de la muestra.				

	Velocidad de análisis: 30 a 50 PT/hora. Pruebas incluidas: TP, APTT Fibrinógeno Anticoagulante lupico Antitrombina III Proteína c Proteína s Dímero d Factor von willebrand Deficiente factor v Con capacidad para manejar tubo primario / copas o micro copas con sistema de agitación integrado. Tener acceso flujo continuo: carga continúa de muestras/cubetas. Contar con sistema que sea capaz de generar lectura de prueba INR. Debe dispensar, incubar y medir muestras y/o reactivos de manera automatizada. Que cuente con funciones para realizar y almacenar gráficas de Levy-Jennings para control de proceso. Se requiere fecha de vencimiento minimo un año para los reactivos.				

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1.1 Evaluación Legal:

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio **(Ejemplo de Posible ficha):**

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Fotocopia de la Escritura de Constitución de la Sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente. (DS)		
2. Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el Secretario de la Sociedad Mercantil. (DS)		
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. (DS)		
4.Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente vigente. (DS)		
5.Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal. (DS)		
6.Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal. (DS)		
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. (DS) de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "La solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta …"		
8.Declaraciones Juradas Del Representante legal (DS): cuya firma deberá estar debidamente autenticada por Notario, las declaraciones deberán indicar que tanto él como su representada cumplen con lo siguiente: a) Están enterados y aceptan todas y cada una de las condiciones, especificaciones, requisitos y sanciones establecidas en estas Especificaciones Técnicas y Condiciones de Contratación; b) No están comprendidos en ninguna de las circunstancias a que se refieren los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado; y, c)No están comprendidos en ninguno de los casos a que se refiere el artículo 439 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos comprendido en el DECRETO No. 130-2017.; d)Declaración Jurada de integridad.		
9.CONSTANCIA DE ANTICORRUPCIÓN (VIGENTE) (DS): Emitida por la Secretaría General del Ministerio Publico. En el cual se exprese que ni la empresa, representantes o sus socios están sujetos a procesos de investigación por actos de corrupción en las dependencias siguientes: 1.Dirección de Lucha Contra el Narcotráfico (DLCN); 2.Fiscalía Especial para la Transparencia y Combate a la Corrupción Pública (FEPCCOP); 3.Fiscalía Especial Contra el Crimen Organizado (FESCCO); 4.Unidad Fiscal Especializada contra las Redes de Corrupción (UFERCO).		
10.Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR). (DS)		
11. Registro de Beneficiario (PIN SIAFI Vigente y Legible) (DS)		
12 Registro Sanitario Vigente (DS)		
13. Tres (03) Constancias de satisfacción de venta y entrega de los bienes: objeto de esta Contratación efectuados en otras instituciones similares, en los últimos dos (02) años, extendidas por el gerente administrativo o el funcionario que pueda dar fe del servicio prestado a dichas instituciones a la que, se le haya brindado servicio. (DS)		

14. Constancia Bancaria, donde se refleje la cuenta del PIN SIAFI (legible número de cuenta) (DS) 15. Autorización para que el Hospital Escuela pueda verificar la documentación presentada. (DS)		

1.2 Evaluación Económica/Financiera:

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio **(Ejemplo de Posible ficha):**

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Constancia de líneas de créditos. (DS)		
Copia autenticada del Balance General debidamente auditado, del último ejercicio fiscal inmediatoanterior, sellado y timbrado por el contador general, o por un profesional de la Contaduría Pública o Perito Mercantil y Contador Público, debidamente colegiado y solvente; o, una Firma Auditora debidamente inscrita en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS). (DS)		
Copia autenticada del Estado de Resultado debidamente auditado, del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general, o por un profesional de la Contaduría Pública o Perito Mercantil y Contador Público, debidamente colegiado y solvente; o, una Firma Auditora debidamente inscrita en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS). (DS)		
Formulario de Presentación de la Oferta. (DNS)		
Formulario de Oferta por Item. (DNS)		
Garantía de Mantenimiento de Oferta Original (DNS). La cual deberá incluir número, nombre y tipo de Licitación, clausula obligatoria, beneficiario. La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, a por lo menos, dos por ciento (2%) del valor total de la oferta. Con una vigencia de 150 días calendario contados a partir de la fecha de apertura de ofertas.		

1.3 Evaluación Técnica:

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio **(Ejemplo de Posible ficha):**

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Especificaciones técnicas solicitadas en los puntos 2 y 3 de la Sección II.		

Análisis Comparativo de las Ofertas:
La Evaluación de las Ofertas comprende el análisis y evaluación de las propuestas, que debe ser realizado por la Comisión de Evaluación nombrada para tal efecto. Como apoyo del proceso de evaluación preliminar La Comisión de Evaluación podrá requerir dictámenes o informes técnicos o especializados si resultare necesario, los cuales se emitirán dentro del plazo de validez de las ofertas. En ningún caso la Comisión de Evaluación podrá exigir requisitos no previstos en el presente Pliego de Condiciones. Una vez finalizada la Evaluación de las Ofertas la Comisión de Evaluación emitirá las recomendaciones pertinentes.

VI.- FORMULARIOS Y FORMATOS DE LA OFERTA

1.- FORMULARIOS DE LA OFERTA:

El PROVEEDOR deberá presentar los Formularios siguientes:

a) **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**.

b) **EL LISTADO DE PRECIOS POR ÍTEM debe ser presentado y completado por EL PROVEEDOR según el formulario suministrado.**

c) **LISTADO DE PRECIOS NO MODIFICABLE es un archivo en formato Excel que se entrega al proveedor el día que presenta la solicitud de participar y posteriormente será utilizado el día de la apertura de ofertas. Contiene el listado de los insumos que requiere EL HOSPITAL ESCUELA en orden correlativo. Su empresa solo debe completar la información de los campos correspondientes a los ítems en los que participa, sin modificar el formato del archivo. El archivo que contiene el listado debe estar incluido en una USB y presentarse dentro del sobre cerrado que contiene su oferta original el día de la apertura de ofertas. (INCLUIR ESTE LISTADO EN SU OFERTA ORIGINAL IMPRESA).**

Nota: En caso de diferencias entre el Lista de Precios y el Listado de Precios NO MODIFICABLE prevalecerá el primero.

2.- FORMATO DE LOS FORMULARIOS incluidos en el Pliego de Condiciones: Los Formularios deberán adjuntarse en el formato solicitado, algunos formularios se deberán presentar en físico y digital.

a) Formulario de Presentación de la Oferta. (Físico y Digital)

b) Formulario de Lista de Precio (Presentar en físico y Adjuntar formato en Excel en oferta digital)

c) LISTADO DE PRECIOS NO MODIFICABLE (Presentar en físico y la versión en Excel será utilizada el día de la presentación de ofertas)

d) Cuadro de presentación de Muestras (físico)

e) Formulario de Información sobre el Oferente. (físico)

f) Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio. (físico)

g) Formato Acta de Compromiso de Reemplazo (físico)

h) Formulario de Declaración Jurada de Integridad (físico)

i) Formulario De Declaración Jurada Sobre Aceptación De Términos (físico)

j) Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad. (físico)

k) Formulario De Declaración Jurada Sobre Lavado De Activos Según Artículo 439 Del Decreto 130-217 Del Código Penal Vigente. (físico)

l) Formato Fianza/Garantía de Mantenimiento de Oferta (físico)

m) Formato Fianza/Garantía de Cumplimiento. (físico)

n) Formato Fianza/Garantía de Calidad. (físico)

.

Formulario de Presentación de la Oferta

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permiten alteraciones al contexto de este formulario]

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*
Contratación Directa No*: [Indicar el número del proceso licitatorio]*
Nombre del Proceso: *[indicar el nombre del proceso]*

A: *[nombre completo y dirección de El Hospital]*

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-20XX-HE, de conformidad con la misma, ofrezco suministrar los ítems **siguientes:**
_____

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

(a) Declaro que he leído los pliegos de condiciones de esta contratación directa y acepto su contenido en su totalidad, *incluso sus Enmiendas Nos. [indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];*

(b) Ofrecemos proveer los siguientes insumos de conformidad con los datos del proceso y de acuerdo con las entregas establecidas en las especificaciones técnicas y aceptamos la aplicación de multas por incumplimiento de servicio*: [indicar una descripción breve de los Suministro de Bienes y/o Servicios];*

(c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el inciso (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras, indicando las diferentes cifras en las monedas respectivas];*

(d) Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

Descuentos. Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables: *[detallar cada descuento ofrecido y el artículo específico en la Lista de Bienes al que aplica el descuento o nuestra oferta no está sujeta a descuentos]*.

Metodología y Aplicación de los Descuentos. Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *[Detallar la metodología que se aplicará a los descuentos en caso de proporcionarlos];*

(e) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en ciento veinte (120) días calendario, a partir de la fecha límite fijada para la Presentación y Apertura de las Ofertas. Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;

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

(g) La nacionalidad del oferente es: *[indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es un Consorcio]*

(h) No tenemos conflicto de intereses

(i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los Contratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del contrato son elegibles.

(j) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el Contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.

(k) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja ni ninguna otra oferta que reciban.

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*
Firma: *[indicar la firma de la persona cuyo nombre y calidad se indican]*
En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*
Dirección y teléfonos de servicio del Oferente:
NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE /REPRESENTANTE LEGAL/ SELLO DE LA EMPRESA
Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre jurídico completo de: [*indicar el nombre completo de la empresa Oferente]*

En fe de lo cual y para seguridad de EL HOSPITAL ESCUELA, firmo la presente a los

El día _____ del mes _____ del año _____

La presente oferta consta de XXX folios útiles.

.

FORMULARIO DE LISTA DE PRECIO
Contratación Directa CD-SESAL-HE-20-2025

NOMBRE DE EL PROVEEDOR (EMPRESA TAL COMO ESTÁ EN EL RTN):
NOMBRE COMERCIAL PRODUCTO:
PAÍS DE ORIGEN DEL PRODUCTO:
REGISTRO SANITARIO:
VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO:
VIDA ÚTIL OFERTADA:

No. de Ítem	Nombre del Producto	Descripción Técnica Ofertada	Marca	Unidad de Presentación	Cantidad Ofertada	Precio Unitario (LPS) (Max. dos decimales)	Precio por Cantidad Ofertada	I.S.V. (si Aplica)	Precio Total (LPS) (Max. dos decimales)	Plazos de Entrega ofertados

OBSERVACIONES :
LUGAR DE ENTREGA DEL PRODUCTO : ALMACÉN DE LABORATORIO HOSPITAL ESCUELA
LUGAR Y FECHA :
NOMBRE (DE QUIEN FIRMA) :
CARGO (DE QUIEN FIRMA) :
FIRMA/SELLO (EMPRESA) :

.

CUADRO DE PRESENTACIÓN DE MUESTRAS

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA: (PARA USO DEL ÓRGANO CONTRATANTE)

ÍTEM	UNIDAD DE PRESENTACIÓN	NOMBRE DE INSUMO	PAIS DE ORIGEN	OBSERVACIONES

Nombre y Cargo de la persona que entrega: _____

Firma y Sello: _____

Fecha: _____

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]*

Nombre jurídico del Oferente [*indicar el nombre jurídico del Oferente]*
Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: *[indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]*
País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse *[indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o país donde intenta constituirse o incorporarse]*
Año de constitución o incorporación del Oferente: *[indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]*
Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: [*indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]*
Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado]* Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado]* Números de teléfono y facsímile*: [indicar los números de teléfono y facsímile del representante autorizado]* Dirección de correo electrónico: *[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]*
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 indicada en el párrafo1 anterior Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio. Si se trata de un ente gubernamental hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales.

.

Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio

[El Oferente y cada uno de sus miembros deberán 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]*
Proceso No.*: [indicar el número del proceso]*

Nombre jurídico del Oferente [*indicar el nombre jurídico del Oferente]*
Nombre jurídico del miembro del Consorcio *[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]*
Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio *[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]*
Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: *[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]*
Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: *[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]*
Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Números de teléfono y facsímile*: [[indicar los números de teléfono y facsímile del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Dirección de correo electrónico: *[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]*
Copias adjuntas de documentos originales de: *[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]* Estatutos de la Sociedad de la empresa indicada en el párrafo 2. Si se trata de un ente gubernamental hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales.

.

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 EL HOSPITAL ESCUELA 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

.

FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte N°. _____ 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 mi representada y yo, "Estamos enterados y aceptamos todas y cada una de las condiciones, especificaciones, requisitos y sanciones establecidas en estas Especificaciones Técnicas y Condiciones de Contratación de la Licitación: _____".

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

FIRMA(S) AUTORIZADA(S)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

.

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, que a continuación se transcriben:

"ARTÍCULO 15.- Aptitud para contratar e inhabilidades. Podrán contratar con la Administración, las personas naturales o jurídicas, hondureñas o extranjeras, que teniendo plena capacidad de ejercicio, acrediten su solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica y profesional y no se hallen comprendidas en algunas de las circunstancias siguientes:
1) Haber sido condenados mediante sentencia firme por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe pública, cohecho, enriquecimiento ilícito, negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas, malversación de caudales públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores o representantes se encuentran en situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de las mismas;
2) DEROGADO;
3) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;
4) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la República;
5) Haber dado lugar, por causa de la que hubiere sido declarado culpable, a la resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración o a la suspensión temporal en el Registro de Proveedores y Contratistas en tanto dure la sanción. En el primer caso, la prohibición de contratar tendrá una duración de dos (2) años, excepto en aquellos casos en que haya sido objeto de resolución en sus contratos en dos ocasiones, en cuyo caso la prohibición de contratar será definitiva;
6) Ser cónyuge, persona vinculada por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de cualquiera de los funcionarios o empleados bajo cuya responsabilidad esté la precalificación de las empresas, la evaluación de las propuestas, la adjudicación o la firma del contrato;
7) Tratarse de sociedades mercantiles en cuyo capital social participen funcionarios o empleados públicos que tuvieren influencia por razón de sus cargos o participaren directa o indirectamente en cualquier etapa de los procedimientos de selección de contratistas. Esta prohibición se aplica también a las compañías que cuenten con socios que sean cónyuges, personas vinculadas por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de los funcionarios o empleados a que se refiere el numeral anterior, o aquellas en las que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de relación o de parentesco; y,
8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción.

ARTÍCULO 16.- Funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la República y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de Estado, los Directores Generales o Funcionarios de igual rango de las Secretarías de Estado, los Diputados al Congreso Nacional, los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, los miembros del Tribunal Supremo Electoral, el Procurador y Subprocurador General de la República, los magistrados del Tribunal Superior de Cuentas, el Director y Subdirector General Probidad Administrativa, el Comisionado Nacional de Protección de los Derechos Humanos, el Fiscal General de la República y el Fiscal Adjunto, los mandos superiores de las Fuerzas Armadas, los Gerentes y Subgerentes o funcionarios de similares rangos de las instituciones descentralizadas del Estado, los Alcaldes y Regidores Municipales en el ámbito de la contratación de cada Municipalidad y los demás funcionarios o empleados públicos que por razón de sus cargos intervienen directa o indirectamente en los procedimientos de contratación."

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).

EN VIRTUD DEL ARTICULO NO. 632, NUMERAL 5, DEL DECRETO LEGISLATIVO No. 130-2017, SE PRESENTA FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE LAVADO DE ACTIVOS SEGÚN ARTICULO 439 DEL DECRETO 130-217 DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE.

.

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte N°. _____ 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 no nos encontramos comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren el **ARTÍCULO No. 439**.- **LAVADO DE ACTIVOS**, Comprendido en el **DECRETO No. 130-2017**, que a continuación se transcribe.

Incurre en lavado de activos quien por sí o por *interpósita persona, adquiera, invierta, posea, utilice, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, conserve, traslade, oculte, dé apariencia de legalidad o impida la determinación del origen o la verdadera naturaleza, así como la ubicación, el destino, el movimiento o la propiedad de activos productos directos o indirectos de cualquier delito grave y en todo caso de los delitos de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de personas o armas de fuego, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros, secuestro, amenazas o chantaje, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, malversación de caudales públicos, cohecho, tráfico de influencias, delitos contra la propiedad intelectual e industrial, el patrimonio cultural, explotación sexual y pornografía infantil, urbanísticos, explotación de recursos naturales y medioambientales, contrabando o de enriquecimiento ilícito, cometidos por él o por un tercero, o que no tengan causa o, justificación económica o lícita de su procedencia. Las conductas descritas en el párrafo anterior deben ser castigadas conforme a las reglas siguientes: Cuando el valor de los activos objeto de lavado no sea superior a Dos Millones de Lempiras (L.2.000,000), se deben imponer las penas de prisión de cinco (5) a ocho (8) años y multa igual al cincuenta por ciento (50%) de dicho valor; 2) Cuando el valor de los activos objeto del lavado sea superior a Dos Millones de Lempiras (2.000,000) y no exceda los Cinco Millones de Lempiras (5.000,000), se deben imponer las penas de prisión de ocho (8) a diez (10) años y multa igual al cien por ciento (100%) de dicho valor; y, 3) Cuando el valor de los activos objeto de lavado sea superior a Cinco Millones de Lempiras (5.000,000), se deben imponer las penas de prisión de diez (10) a trece (13) años y multa igual al ciento cincuenta por ciento (150%) de dicho valor. Las penas establecidas en los numerales anteriores, se deben rebajar a la mitad cuando se trate de posesión o utilización de bienes sin título por parte de personas unidas por relación personal o familiar con el responsable del hecho. Las penas anteriores se deben aumentar en un cuarto (1/4) en los casos siguientes: Cuando los bienes o activos proceden de delitos relativos al tráfico de drogas, terrorismo, extorsión o delitos de explotación sexual; 2) Cuando la actividad de lavado de activos se realiza a través de un grupo delictivo organizado. Si el responsable es promotor, jefe, dirigente o cabecilla del grupo delictivo organizado, la pena se debe aumentar en un tercio (1/3); o, 3) Cuando el responsable es profesional del sector financiero o no financiero designado, bursátil o bancario en el ejercicio de su profesión, o funcionario o empleado público en el ejercicio de su cargo. En estos casos se debe imponer, además, la pena de inhabilitación absoluta por el doble del tiempo de la pena de prisión.*

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

Firma: _____

Nombre del Representante Legal

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

.

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD

YO_____, Mayor de edad,de Estado Civil_____, de Nacionalidad_____, con domicilio en_____,
Y con Tarjeta de Identidad/Pasaporte No, actuando en mi condición de Representante Legal de____
, por la presente HAGO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD: Que mi persona y mi representada se comprometen a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudadmunicipio de _____, Departamento dea los___, días del mes de_____del año_____.

FIRMA Y SELLO
(en caso de persona Natural solo Firma)

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

.

FORMATO DE CONTRATO

CONTRATO DE SUMINISTRO N°XX-2025
CONTRATACIÓN DIRECTA N° SESAL-HE-20-2025
PARA LA "ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"

Nosotros**, HERBERT ANTONY LOPEZ MENDOZA**, mayor de edad, Médico Especialista en Medicina Interna, soltero, hondureño, con el documento nacional de identificación N° 0801-1970-07966 y de este domicilio, actuando en su condición de Director General del Hospital Escuela, con facultades amplias y suficientes para realizar este tipo de actos, según ACUERDO N° 7126-A-2022 de fecha siete (07) de febrero del dos mil veintidós (2022), suscrito por el Secretario de Estado en los Despachos de Salud **DR. CARLA MARINA PAREDES REYES**; quien en adelante y para los efectos de este Contrato se denominará "**EL HOSPITAL";** y por la otra parte el señor XXXXXXXXXX**,** mayor de edad, hondureño, soltero, Ingeniero, con documento nacional de identificación (DNI) número 0801-1973-02814, de este domicilio Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central; Actuando en su condición de Representante Legal de la empresa XXXXXXXXXXXXXXXXX con RTN N°XXXXXXXXXX; Poder Otorgado mediante Instrumento Publico Numero Treinta (30) de fecha quince (15) de abril del año dos mil nueve (2009) por la señora **XXXXXXX** en su condición de Presidenta del Consejo de Administración, ante los oficios del notario XXXXXXXXXX**;** Ostentando facultades suficientes para celebrar este tipo de actos y quien en adelante se le denominara "**EL PROVEEDOR"** ambos en pleno goce y ejercicio de sus facultades suscriben el presente contrato para la **"**Adquisición de Reactivos para el Hospital Escuela". De conformidad a las cláusulas y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA. - ANTECEDENTES: Este Contrato corresponde al resultado de la **CONTRATACIÓN DIRECTA N° XX-20-2025** para la **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LABORATORIO DEL HOSPITAL ESCUELA"** aprobada mediante **RESOLUCION No. XX-20XX-DGHE** de fecha treinta y uno (31) de agosto del año dos mil veintitrés (20XX), emitida por el Director General del Hospital Escuela.

CLÁUSULA SEGUNDA. - OBJETO DEL CONTRATO: El objeto de este contrato es la **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LABORATORIOS DEL HOSPITAL ESCUELA"** los que serán entregados por **"EL PROVEEDOR"** al "**HOSPITAL ESCUELA"**, de acuerdo a las condiciones y estipulaciones legales pertinentes, así como las establecidas en el Pliego de Condiciones y en el Presente Contrato.

CLÁUSULA TERCERA. –REQUERIMIENTOS TECNICOS: "**EL PROVEEDOR"** deberá cumplir con las especificaciones técnicas especiales que se detallan a continuación: 1) Los Reactivos, que en virtud de este contrato se compromete a suministrar deberá entregarlos según lo descrito en los documentos presentados en la oferta. 2) Los Reactivos ofertados serán objeto de revisión por parte del **"HOSPITAL"** para verificar que se cumplan con las especificaciones técnicas ofertadas y solicitadas con la disposición de personal técnico de ambas partes. 3) En el caso que los Reactivos que se entreguen, no corresponda a la calidad, características y especificaciones técnicas ofertadas, serán rechazados, estando obligado "**EL PROVEEDOR"** a retirarlos y reponer los mismos de forma inmediata, cumpliendo con las mismas condiciones establecidas en el pliego de condiciones y en la oferta, corriendo todos los costos bajo su responsabilidad, eximiendo expresamente de responsabilidad alguna al **"HOSPITAL"**.

CLÁUSULA CUARTA. - DESCRIPCIÓN DE LOS SUMINISTROS. - "**EL PROVEEDOR"** se compromete a suministrar los reactivos objeto del presente Contrato, conforme al detalle presentado en su oferta y que se muestra en el cuadro a siguiente:

PDA	INSUMO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA	UND	PAÍS	REGISTRO SANITARIO	CANTIDAD	PRECIO	SUB TOTAL	TOTAL	TIEMPO DE ENTREGA
25	XXXX	XXXXX	VIAL	XXX	XXXX	5,750	34.22	196,765.00	196,765.00	PRIMERA ENTREGA INMEDIATA (1-5 DÍAS) 1439 - SEGUNDA ENTREGA EN 30 DÍAS 1437 - TERCERA ENTREGA EN 60 DÍAS 1437 - CUARTA ENTREGA EN 90 DÍAS 1437 CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN.
51	XXX	XXXXXX	VIAL	XXXX	XXXXX	1,800	15.09	27,162.00	27,162.00	PRIMERA ENTREGA INMEDIATA (1-5 DÍAS) 450 - SEGUNDA ENTREGA EN 30 DÍAS 450 - TERCERA ENTREGA EN 60 DÍAS 450 - CUARTA ENTREGA EN 90 DÍAS 450 CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN.
								3,791,855.64	**3,791,855.64**	

CLÁUSULA QUINTA. – PRECIOS Y ENTREGA DE LOS SUMINISTROS: Los precios contenidos en la oferta de "**EL PROVEEDOR"** y en este Contrato son fijos y no serán objeto de modificación en ningún momento. La entrega de los Reactivos se considerará realizada cuando "**EL HOSPITAL"** efectivamente los reciba y que estos reúnan la calidad, especificaciones técnicas y las demás condiciones previstas en este Contrato, en el Pliego de Condiciones y en la Oferta de "**EL PROVEEDOR"**. Si dentro del plazo establecido existen entregas parciales se levantará un **ACTA PROVISIONAL**. Cuando los reactivos no se presenten de acuerdo a las especificaciones solicitadas por "**EL HOSPITAL"**, o presenten defectos visibles, o cuando ocurran faltantes o cualquier otra razón calificada, se hará constar estas circunstancias en el acta que se levante al efecto, así como las instrucciones precisas a "**EL PROVEEDOR"** para que proceda a su reposición. La entrega y recepción definitiva no podrán realizarse sin que se corrijan las circunstancias señaladas, todo lo cual deberá constar

debidamente acreditado en el expediente respectivo, constando las firmas de ambas partes; de la Comisión de Recepción que "**EL HOSPITAL"** nombre al efecto y del representante legal de "**EL PROVEEDOR"** o la persona que este último designe. La Recepción Definitiva deberá realizarse después de las inspecciones, pruebas y verificaciones que se efectúen, "**EL PROVEEDOR"** deberá entregar nota de compromiso para cambio de productos, contados a partir de la fecha de entrega, el cual será supervisado por "**EL HOSPITAL"**. Para que la entrega se entienda satisfecha por parte de "**EL HOSPITAL"** se deberá realizar **ACTA DEFINITIVA** debiendo ser firmada por representantes de ambas partes.

CLÁUSULA SEXTA. - PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: La entrega de los Reactivos objeto del presente contrato, deberá realizarla "**EL PROVEEDOR"** de acuerdo al tiempo de entrega, que se detalla en el cuadro establecido en la CLÁUSULA CUARTA. -DESCRIPCION DE LOS SUMINISTROS. Los reactivos serán entregados en el **ALMACÉN DE LABORATORIO,** localizado en EL HOSPITAL ESCUELA, Boulevard Suyapa, Calle la Salud, Bloque Materno Infantil, Tegucigalpa Municipio del Distrito Central o cualquier otra instalación que el HOSPITAL designe.

CLÁUSULA SEPTIMA.- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor total de los Reactivos objeto de este Contrato es de "**TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO LEMPIRAS CON 64/100" (L.3,791,855.64)** el pago correspondiente se efectuara mediante pagos parciales en un plazo no mayor a cuarenta y cinco (45) días calendario, contados a partir de la recepción satisfactoria por parte del **"HOSPITAL"** de los documentos de cobro por las cantidades y porcentaje recibido, según el tiempo ya estipulado y lo cual deberá de detallarse en el acta provisional que elaborará para su efecto "**EL HOSPITAL",** respectivamente en cada entrega estipulada hasta completar el cien por ciento (100%) de las partidas adjudicas con la emisión del **ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA**. El pago se realizara siempre y cuando se haya formalizado el contrato y la documentación legal haya sido debidamente presentada.

CLÁUSULA OCTAVA. - VIGENCIA DEL CONTRATO: La vigencia de este contrato comienza a correr a partir de la notificación de adjudicación hasta que el proveedor entregue el (100%) adjudicado; tal como se describe en la oferta presentada y el tiempo de entrega estipulado en la CLÁUSULA CUARTA.- DESCRIPCION DE LOS SUMINISTROS.

CLÁUSULA NOVENA. - PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA LA REPOSICIÓN DE LOS PRODUCTOS: "**EL HOSPITAL"** podrá hacer devoluciones o reclamos dentro del periodo de garantía cuando se compruebe su mala calidad, como resultado del análisis técnico de los mismos. En este caso "**EL PROVEEDOR"** deberá reponer los mismos en un plazo que no deberá exceder de treinta (30) días calendario, los reactivos, deberán ser sustituidos por unos de igual o superior calidad y características a las detalladas, plazo que empezará a correr desde que se comunique por escrito el incumplimiento respectivo. **"EL PROVEEDOR"** deberá garantizar que la entrega del nuevo producto se efectuará en el lugar de destino final indicado en la CLÁUSULA SEXTA. - PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA, la devolución de los reactivos por causas distintas a las indicadas en los párrafos anteriores se efectuará previo acuerdo entre las partes.

CLÁUSULA DECIMA. - DOCUMENTOS A ENTREGAR PREVIO AL PAGO: Antes de que "**EL HOSPITAL"** efectué el pago, "**EL PROVEEDOR"** debe entregar los siguientes documentos: a) Factura comercial original a nombre del Hospital Escuela; b) Recibo de pago original a nombre del Hospital Escuela. c) Acta de recepción definitiva de los suministros; d) Garantía de Cumplimiento de Contrato presentada en original; e) Solvencia fiscal del Servicio de Administración de Rentas (SAR) vigente; f) Nota de autorización de pago emitida por **"EL PROVEEDOR"**; g) Copia de constancia bancaria acreditando número de cuenta a la que se efectuará la transferencia de pago. h) Garantía de Calidad del Suministro, deberá presentarse al momento de la entrega definitiva de los suministros y cuando estos hayan sido recibidos a entera satisfacción por EL HOSPITAL.

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA. - ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA: El pago del valor de este Contrato será financiado según: NÚMERO DE DOCUMENTO: 081; NOMBRE DEL OBJETO DE GASTO: REACTIVOS; OBJETO DE GASTO: 35251; PEDIDO N°: 072-20XX; ALMACÉN SOLICITANTE: LABORATORIO; FUENTE DE FINANCIAMIENTO: SEFIN 11; LINEA PACC: RENGLÓN N° 34.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA.- RIESGO DEL PROVEEDOR: "**EL PROVEEDOR"** no tendrá derecho a indemnización por causa de perdidas, averías o perjuicios ocasionados a los Reactivos, antes de su entrega a "**EL HOSPITAL"**, entendiéndose que la misma será efectiva, después del levantamiento de la respectiva **ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA** debidamente firmada y sellada por la Comisión de Recepción, salvo cuando "**EL HOSPITAL"** hubiere incurrido en mora de recibir y **" EL PROVEEDOR"** haya efectuado la oportuna denuncia, por medio de nota debidamente firmada y sellada dirigida a **" EL HOSPITAL".**

CLAUSULA DECIMA TERCERA. - SEGURO: De conformidad con los INCOTERMS 2010 (DDP: ENTREGA DERECHOS PAGADOS) "**EL PROVEEDOR"** deberá de contratar un seguro que cubra cualquier contingencia que pueda ocurrir en cuanto al traslado y entrega de los Reactivos, el cual deberá cubrir el valor total del Contrato.

CLÁUSULA DECIMA CUARTA. - CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR: El incumplimiento total o parcial de las obligaciones que le corresponden a "**EL PROVEEDOR"** de acuerdo a este Contrato, el Pliego de Condiciones y la Oferta no será considerado como tal si se atribuye a casos de fuerza mayor o caso fortuito, debidamente comprobados y aceptados por "**EL HOSPITAL"**.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS O DIFERENCIAS: En caso de existir cualquier divergencia o controversia que deriven del presente Contrato, las partes las resolverán de común acuerdo, de persistir las mismas, "**EL PROVEEDOR"** tendrá derecho a presentar el respectivo reclamo Administrativo en los plazos y la forma establecida como lo determina los artículos; 3 Régimen Jurídico; 3-A Mesas de Resolución de

Disputas; 3-B Clausula Penal de la Ley de Contratación del Estado, en cuyo efecto **"EL PROVEEDOR"** renuncia a su domicilio y se somete expresamente al domicilio de "**EL HOSPITAL"**, en la Ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, Departamento de Francisco Morazán, para la resolución de los conflictos que se generen.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA.- ANTIFRAUDE Y PREVENCION DE LA CORRUPCION: "EL PROVEEDOR", está obligado a observar las más estrictas normas legales durante el proceso de ejecución del contrato, de conformidad a lo siguiente: 1. A efecto de la presente cláusula, se definen las siguientes expresiones: a) "Práctica fraudulenta" cuando un funcionario o empleado público que, interviniendo por razón de su cargo en cualesquiera de las modalidades de contratación pública o en liquidaciones de efectos o haberes públicos, se concierta con los interesados o usa otro artificio para defraudar a cualquier ente público. b)"Prácticas coercitivas" significa hacer daño o amenazar de hacer daño, directa indirectamente, a personas o a su propiedad para influir o para afectar la ejecución de un contrato. c) "Cohecho" también conocido como soborno, es cuando un funcionario o empleado público que, en provecho propio o de un tercero, recibe, solicita o acepta, por si o por persona interpuesta, dádiva, favor, promesa o retribución de cualquier clase para realizar un acto propio de su cargo. d) "Extorsión o instigación al delito " Quien, con violencia o intimidación y ánimo de lucro, obliga o trata de obligar a otro a realizar u omitir un acto o negocio jurídico HONDURAS en perjuicio de su patrimonio el de un tercero. e) "Trafico de influencias" es cuando un particular influye en un funcionario o empleado público, prevaliéndose de cualquier situación derivada de su relación personal con este o con otro funcionario o empleado público, para conseguir una resolución de naturaleza pública, que le pueda generar directa o indirectamente un beneficio o ventaja indebidos de cualquier naturaleza para sí o para un tercero. 2 "El HOSPITAL" anulará la adjudicación del contrato, sin responsabilidad, si determina en cualquier que el "EL PROVEEDOR" seleccionado para dicha adjudicación ha participado directamente o a través de un agente o representante, en actividades corruptas, fraudulentas, colusorias, coercitivas o cualquier otra de las enunciadas en el numeral 1 de la presente clausula, al competir el contrato en cuestión. 3. "El HOSPITAL" anulará la adjudicación del contrato, sin responsabilidad si determina en cualquier momento que los representantes o socios del adjudicatario han participado en prácticas corruptas, fraudulentas, colusorias o coercitivas durante el proceso de licitación o de la ejecución de dicho contrato y sin que el adjudicatario hubiera adoptado medidas oportunas y apropiadas y que el contratante considere satisfactorias para corregir la situación. 4. El Contratante, notificará a 1a Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado (ONCAE) cuando las empresas o individuos incurran en estas faltas, una vez hayan agotado el procedimiento legal interno y cuenten con resolución firme emitida por la institución contratante, para lo cual la ONCAE deberá hacer las anotaciones en el Registro de Proveedores del Estado y determinar si se debe aplicar la sanción de suspensión del Registro de Proveedores de conformidad al procedimiento establecido en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento. 5. El ente contratante tendrá el derecho a exigir a los proveedores, contratistas o consultores o a quien éste designe, inspeccionar los registros contables, estados financieros y otros documentos relacionados con la ejecución del contrato y auditarlos por auditores designados por el Ente Competente, sin que medie objeción alguna por parte del proveedor, contratista o consultor. Asimismo, el proveedor, se adhiere, conoce acepta y se compromete a: 1.1 Cumplir pacto de integridad que incluye el compromiso de prevenir o evitar prácticas fraudulentas, coercitivas, colusorias o cualquier otra de las enunciadas en el numeral 1 de la presente clausula, con el fin de prevenir actividades corruptas e ilícitas, controlar que las partes cumplan con el contrato y compromiso asumido. 2.2 Conducirse en todo momento, tanto el cómo sus agentes, representantes, socios o terceros sujetos a su influencia determinante, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, integrantes de los órganos de personas vinculadas, tomando las medidas necesarias para asegurar que ninguna de las personas antes indicadas practique los actos señalados. 3.3 No dar soborno para el uso o beneficio de cualquier persona o entidad, con el fin de influir o inducir a un funcionario o servidor público, para obtener cualquier beneficio o ventaja indebida. 4.4 No usar el tráfico de influencias con el fin de obtener un beneficio o ventaja indebida para el instigador del acto o para cualquier otra persona.

CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA. - ENMIENDAS, MODIFICACIONES Y/O PRORROGAS: Toda enmienda, modificación y/o prórroga deberá realizarse dentro de los límites legales con sujeción a los requisitos correspondientes. Todas las modificaciones y/o prorrogas que solicite "**EL PROVEEDOR"** al **"HOSPITAL"**, en cuanto se refieran a la modificación del plazo de entrega establecido en las CLÁUSULAS CUARTA.- DESCRIPCION DE LOS SUMINISTROS Y SEXTA.-PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA, de cualquier otra estipulación que no afecte la naturaleza del contrato, "**El PROVEEDOR"** deberá presentar solicitud de prórroga a más tardar treinta (30) días calendario después de ocurrida la situación que la motiva expresando las razones y señalando el tiempo probable de su duración, de conformidad con el artículo 190 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado. Todas las solicitudes que se presenten dentro del plazo señalado, estarán sujetas a la aprobación del **"HOSPITAL"** y las mismas procederán cuando la causa que originó el atraso no sea imputable al "**PROVEEDOR**" y que dichas circunstancias consten debidamente acreditadas. En todo caso, la modificación y/o prorroga al plazo de entrega será por un periodo de tiempo proporcional al tiempo de atraso y de suscribirse cualquier enmienda, modificación y/o prórroga "**EL PROVEEDOR"** deberá ampliar la Garantía de Cumplimiento por un plazo de tres (3) meses, después de la fecha de modificación del Contrato, pero únicamente por el monto del producto que se encuentre pendiente, para cubrir satisfactoriamente el cumplimiento del Contrato en aplicación del Artículo 240 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.- Así mismo, "**EL HOSPITAL"** podrá modificar por razón de interés público el presente Contrato de conformidad a lo establecido en los artículos 121, 122 y 123 de la Ley de Contratación del Estado, así como acordar su resolución dentro de los límites y con sujeción a los requisitos y efectos señalados en la misma ley.

.

CLÁUSULA DECIMA OCTAVA. - CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN: Queda terminantemente prohibido a **"EL PROVEEDOR**" la cesión de este Contrato o subcontratación a terceros, salvo que la cesión o subcontratación se haga con autorización expresa de "**EL HOSPITAL**". La violación de esta Cláusula dará lugar a la resolución del Contrato de pleno derecho y a la ejecución de la Garantía de Cumplimiento.

CLÁUSULA DECIMA NOVENA. - SANCIONES: 1) Si **"EL PROVEEDOR"** incumple cualquiera de las obligaciones de este contrato, se ejecutará la garantía de cumplimiento. 2) Si **"EL PROVEEDOR"** no cumple con la entrega de los Reactivos, en el plazo estipulado en la CLÁUSULAS CUARTA.- DESCRIPCION DE LOS SUMINISTROS Y SEXTA.- PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA, se le aplicará la multa de cero punto treinta y seis (0.36%) por ciento en relación al monto por incumplimiento de los plazos parciales o en su defecto por el total adjudicado en el Contrato de acuerdo a lo establecido en el artículo 88 del PRESUPUESTO GENERAL DE INGRESOS Y EGRESOS DE LA REPÚBLICA Y SUS DISPOSICIONES GENERALES EJERCICIO FISCAL 20XX. 3) Si "**EL PROVEEDOR"** no presentara la Garantía de Calidad se ejecutará la Garantía de Cumplimiento.

CLÁUSULA VIGESIMA. - CAUSAS DE RESOLUCION: 1) El grave o reiterado incumplimiento de cualquiera de las Cláusulas de este Contrato; 2) Si "**El PROVEEDOR"** no entrega los Reactivos dentro del periodo establecido o dentro de alguna prorroga otorgada por "**EL HOSPITAL."** 3) La falta de Constitución de la Garantía de Cumplimiento de Contrato o de las demás garantías a cargo de "**EL PROVEEDOR"** dentro de los plazos correspondientes. 4) Por disolución de la empresa **XXXXXXXXXXXXX.** 5) Si "**EL PROVEEDOR"**, a juicio del órgano contratante, durante el proceso licitación o de ejecución del Contrato, ha participado en actos de fraude y corrupción. 6) La declaración de quiebra o de suspensión de pagos del **"PROVEEDOR"** o su comprobada incapacidad financiera. 7) Los motivos de interés público o las circunstancias imprevistas calificadas como caso fortuito o fuerza mayor, sobrevinientes a la celebración del Contrato, que imposibiliten o agraven desproporcionadamente la entrega de los productos. 8) El recorte presupuestario de fondos nacionales que se efectúe 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, imprevistos o de emergencia, como lo establece el artículo 90 del PRESUPUESTO GENERAL DE INGRESOS Y EGRESOS DE LA REPÚBLICA Y SUS DISPOSICIONES GENERALES EJERCICIO FISCAL 20XX. 9) Si se logra determinar que el proveedor ha participado directamente o a través de un agente o representante, en actividades corruptas, fraudulentas, colusorias y coercitivas. 10) Asimismo cuando un funcionario o empleado público que, interviniendo por razón de su cargo en cualquiera de las modalidades de la contratación pública o en liquidaciones de efectos o haberes públicos, se concierta con los interesados o usa otro artificio para defraudar a cualquier ente público. 11) **"EL HOSPITAL"** anulara la adjudicación del contrato sin responsabilidad si se determina en cualquier momento que los representantes o socios del adjudicatario han participado en prácticas corruptas, fraudulentas, colusorias o coercitivas durante el proceso de licitación o de la ejecución de dicho contrato. 12) Por mutuo consentimiento. 13) Las demás que se establezcan expresamente en el Contrato, en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento.

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA. GARANTIAS: "**EL PROVEEDOR"**, está en la obligación de presentar a favor del **"HOSPITAL"**, las garantías siguientes: a) **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**, por el quince por ciento (15%) del valor del Contrato, según lo dispuesto en el artículo 100 de la Ley de Contratación del Estado, entregándose al momento de suscribir el Contrato y deberá estar vigente tres (3) meses después de la fecha prevista de culminación de la entrega de los Reactivos del presente contrato, (Artículo 101 de la Ley de Contratación del Estado). b) **GARANTÍA DE CALIDAD** deberá presentarse al momento de la entrega definitiva de los Reactivos, objeto del Contrato y cuando este haya sido recibido a entera satisfacción por "**EL HOSPITAL**". La Garantía de Calidad es para garantizar la calidad del bien por el cinco (5%) por ciento del valor del Contrato, con una vigencia de un (1) año, contado a partir de la fecha de recepción definitiva del producto. Ambas garantías deben llevar una Cláusula que estipule que la misma debe ser ejecutada a simple requerimiento de **"EL HOSPITAL",** acompañada de un Certificado de Incumplimiento emitido por **"EL HOSPITAL".** La ejecución de la Garantía de Calidad no eximirá a **"EL PROVEEDOR"** de la obligación de reponer los productos defectuosos. El plazo para reparar o reemplazar el producto será de treinta (30) días hábiles.

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA- DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Forman parte del presente Contrato los documentos siguientes: a) Pliego de Condiciones; b) La Oferta presentada por "**EL PROVEEDOR"** y sus demás documentos. c) Acta de Apertura de Ofertas. d) Informe de Recomendación de la Adjudicación; e) Número de Resolución en la que se adjudicó el Contrato y la Notificación de la Adjudicación, f) La Garantía de Cumplimiento de Contrato presentada por "**EL PROVEEDOR";** g) Otros documentos suscritos por las partes contratantes en relación con este contrato.

CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA.- DE INTEGRIDAD: "**EL PROVEEDOR"** Y "**EL HOSPITAL"** en cumplimiento en lo establecido en el artículo 7 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LTAIP) y con la convicción que evitando las prácticas de corrupción podremos consolidar los procesos de contratación y adquisiciones del estado con el fin de fortalecer el Estado de Derecho, libre y voluntariamente se comprometen a: 1) Mantener el más alto nivel de conducta ética, moral y de Respeto a las leyes de la República, así como los valores de **INTEGRIDAD, LEALTAD CONTRACTUAL, EQUIDAD, TOLERANCIA, IMPARCIALIDAD Y DISCRECIÓN CON LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE SE TIENE, ABSTENIÉNDOSE DE DAR DECLARACIONES PÚBLICAS SOBRE LA MISMA**. 2) Asumir una estricta observancia y aplicación de los principios fundamentales bajos los cuales se rigen los procesos de contratación y adquisiciones públicas tal y como lo establecen los artículos 5, 6 y 7 de la Ley de Contratación del Estado, 3) Que durante la ejecución del Contrato ninguna persona actúe indebidamente a nuestro nombre y representación y que ningún empleado o trabajador, socio asociado, autorizado o no, Realizara: a) Practicas corruptivas; b) Practicas colusorias. 4) Revisar y verificar toda la información que deba ser presentada a través de terceros a la otra parte, para efectos del Contrato y dejamos manifestado que, durante el proceso de contratación o adquisición de este Contrato, la información intercambiada fue debidamente revisada y verificada, por lo que ambas partes asumen y asumirán la responsabilidad por suministros inconsistentes, imprecisas o que no corresponda a la realidad, para efectos de este Contrato. 5) Mantener la debida

confidencialidad sobre toda información a que se tenga acceso por razón del Contrato, y no proporcionar ni divulgar a terceros y a su vez, abstenerse de utilizarla para fines distintos.

6) Aceptar las consecuencias a que hubiere lugar, en caso de declararse el incumplimiento de alguno de los compromisos de esta Cláusula ante el Tribunal competente, y sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal en la que se incurra. 7) Denunciar en forma oportuna ante las autoridades correspondientes cualquier hecho o acto irregular cometido por nuestros empleados o trabajadores, socios o asociados del cual se tenga un indicio razonable y que pudiese ser constitutivo de responsabilidad civil, administrativa, laboral y/o penal. El incumplimiento de cualquiera de los enunciados de esta cláusula dará lugar: a) De parte del Contratista: i. A la inhabilitación para contratar con el Estado, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieren deducírsele. ii) A la aplicación al trabajador, ejecutivo, representante, socio, asociado o apoderado que haya incumplido esta Cláusula, de las sanciones o medidas disciplinarias derivadas régimen laboral y, en su caso entablar las acciones legales que correspondan. b) De parte del Contratante: i) La eliminación definitiva del (Contratista y a los subcontratistas responsables o que pudiendo hacerlo no denunciaron la irregularidad) de su Registro de Proveedores y Contratistas que al efecto llevare para no ser sujeto de elegibilidad futura en procesos de contratación. ii) A la aplicación al empleado o funcionario infractor, de las sanciones que correspondan según el Código de Conducta Ética del Servidor Público, sin perjuicio de exigir la responsabilidad administrativa, civil y/o penal a las que hubiere lugar. En fe de lo anterior, las partes manifiestan la aceptación de los compromisos adoptados en el presente documento, bajo el entendido que esta Declaración forma parte integral del Contrato, firmando voluntariamente para constancia.

CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA. - DE ACEPTACIÓN: Ambas partes manifestamos estar de acuerdo con todas y cada una de las cláusulas de este contrato, comprometiéndose a su fiel cumplimiento. Se firma en tres (3) ejemplares del mismo texto. Tegucigalpa Municipio del Distrito Central a los veintinueve (29) días del mes de septiembre del año 20XX.

XXXXXXXXX **DIRECTOR GENERAL**	**XXXXXXXXXXXXXXXXX**
	REPRESENTANTE LEGAL
HOSPITAL ESCUELA	**XXXXXXXXXXXX**

BORRADOR DE POSIBLE CONTRATO, SUJETO A CAMBIOS

.

FORMATO GARANTÍA MANTENIMIENTO DE OFERTA

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTÍA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA
Nº_____

FECHA DE EMISIÓN: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____

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

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

CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: LA PRESENTE GARANTÍA SERA EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL (BENEFICIARIO) ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCIÓN FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGÚN OTRO REQUISITO PUDIENDO REQUERIRSE EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA/FIANZA. Las garantías o fianzas emitidas a favor del BENEFICIARIO serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática **y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.**

Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:

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

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

FIRMA AUTORIZADA

.

FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO
ASEGURADORA / BANCO

GARANTÍA / FIANZA DE CUMPLIMIENTO Nº: _____

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 suscrito proveniente del proceso de Contratación N°: _____" 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 EL HOSPITAL ESCUELA **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 Nº: _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de_____, para garantizar la **CALIDAD DEL SUMINISTRO** del Contrato suscrito proveniente del proceso: _____, 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 EL HOSPITAL ESCUELA **no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.**

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de_____, Municipio de_____, a los _____del _____mes de _____del año_____.

FIRMA AUTORIZADA **AFIANZADA**