GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL ESCUELA

DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA

HOSPITAL ESCUELA

CONTRATACIÓN DIRECTA

CD-SESAL-HE-10-2026

CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 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, Acuerdo Ejecutivo 01-2026. Decreto ejecutivo No. 5-2026 de feche 6 de febrero de 2026 Acuerdo No. 3240-2026 de fecha 1 de junio 2026.

Tegucigalpa, Honduras C.A.
AGOSTO 2026

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS | HOSPITAL ESCUELA

INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS
CONTRATACIÓN DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026
CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de "REACTIVOS"

SEÑORES
REPRESENTACIONES CACERES
PRESENTE.

EL HOSPITAL ESCUELA cordialmente le invita a participar en el Proceso de Contratación Directa N° **CD-SESAL-HE-10-2026 CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de "REACTIVOS",** a ser financiado con fondos Nacionales.

Se deberá de presentar nota dirigida a la Licenciada Cielo Leiva jefe del Departamento de Adquisiciones y Suministros, 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.**

Este documento base esta publicado en la plataforma "HONDUCOMPRAS" www.honducompras.gob.hn deberá ser retirado en el Departamento de Adquisiciones y Suministros**, a partir del día jueves 27 de agosto del 2026, en un horario de 7:30am - 3:30pm.**

El Pliego de Condiciones le será entregado en forma electrónica (Traer Memoria USB ó a través de Correo Electrónico) sin costo alguno

La recepción de la oferta deberá presentarse en sobre cerrado en el Departamento de Adquisiciones y Suministros ubicado en el Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, Boulevard Suyapa, Calle "La Salud", Tegucigalpa. M.D.C. a partir de la publicación en el portal de honducompras previo haber sido registrado mediante la nota de interés en participar.la fecha límite de recepción de ofertas, la hora límite de recepción de ofertas será **LUNES 7 DE SEPTIEMBRE DEL 2026**, a las diez en punto de la mañana **(10:00 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 noventa (90) días hábiles 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 y **tendrá una vigencia de treinta (30) días ADICIONALES, después del período de validez inicial de la Oferta.**

Si la oferta es presentada tardía se devolverá sin abrir.

Para consultas o información dirigirse a las siguientes direcciones de Correo Electrónico Depto_adquisiciones@hospitalescuela.edu.hn con copia a cielo.leiva@hospitalescuela.edu.hn

Tegucigalpa, M.D.C. 27 de AGOSTO DEL 2026.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

i.- Instrucciones A Los Oferentes. (Iao) 3
1.- Instrucciones A Los Oferentes (Iao): 4
2.- Documentos Solicitados En La Oferta: 4
3.-Preparación De Las Ofertas 7
4.-Presentación De Las Ofertas 7
5.-Manejo De Documentos 8
6.-Aceptación O Rechazo De Las Ofertas 9
7.- Aceptación 9
8.-Adjudicación Del Contrato 9
9.-Garantías 11
10.-Pagos 11
11.-Acta De Recepción Definitiva 12
12.-Solución De Controversias 12
Ii.- Especificaciones Técnicas 12
1.-Especificaciones Técnicas: 12
2.-Requisitos De Los Productos: 12
3.- Especificaciones Técnicas: 12
Especificaciones Técnicas: 13
Matriz De Entrega ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Iii. Criterios De Evaluación 129
1.-Criterios De Evaluación 129
1.1 Evaluación Legal: 129
1.2 Evaluación Económica/Financiera: 129
1.3 Evaluación Técnica: 130
Vi.- Formularios Y Formatos De La Oferta 130
1.- Formularios De La Oferta: 130
2.-Formato De Los Formularios 130
Formulario De Presentación De La Oferta 132
Formulario De Lista De Precio 133
Cuadro De Presentación De Muestras 136
Formulario De Información Sobre El Oferente 137

Formulario De Información Sobre Los Miembros Del Consorcio....138

Formato Acta De Compromiso De Reemplazo....139

Formulario De Declaración Jurada Sobre Aceptación De Términos....140

Declaración Jurada Sobre Prohibiciones O Inhabilidades....141

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....142

Formulario Declaración Jurada De Integridad....143

Formato De Contrato....144

Formato Garantía Mantenimiento De Oferta....149

Formato Fianza / Garantía De Cumplimiento....150

Aseguradora / Banco....150

Formato Fianza / Garantía De Calidad....152

Aseguradora / Banco....152

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 **CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de "REACTIVOS"** financiados con fondos NACIONALES 2026 Todas las definiciones indicadas en las condiciones generales de estos documentos contractuales, son aplicables a las instrucciones a los Oferentes.

1.02 Presentación del Desglose de Precio de Oferta:

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

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

1.03 Tipo de Contrato:

Como resultado de esta Contratación Directa se otorgará un Contrato de Suministro, entre EL HOSPITAL 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 **NOVENTA (90) DÍAS HABILES** 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 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)**

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

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

4. **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 …"

5. **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.

6. **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)**

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

8. **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, **debidamente autenticada (Autentica de Firma artículos 39 y 40 del Reglamento del código del Notariado)**

9. **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, **debidamente autenticada (Autentica de Firma artículos 39 y 40 del Reglamento del Código del Notariado.)**

10. **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** y **tendrá una vigencia de treinta (30) días ADICIONALES, después del período de**

validez inicial de la Oferta.

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

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. **Cuenta bancaria del proveedor:** todos los proveedores participantes deben de presentar copia de la libreta de cuenta o constancia de banco de la cuenta, la cual debe **coincidir con la cuenta registrada en el Pin SIAFI.**

3. 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)

4. 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)

5. **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, **debidamente autenticada (Autentica de Firma artículos 39 y 40 del Reglamento del código del Notariado)**

6. **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, **debidamente autenticada (Autentica de Firma artículos 39 y 40 del Reglamento del Código del Notariado.)**

7. **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 90 días HABILES contados a partir de la fecha de apertura de ofertas** y **tendrá una vigencia de treinta (30) días ADICIONALES, después del período de validez inicial de la Oferta.**

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). 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 Médico Quirúrgico, 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:

Presentar su oferta el día Lunes siete (7) de septiembre a partir de la publicación en el portal de honducompras previo haber sido registrado mediante la nota de interés en participar.

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 Forma de Presentación de la Oferta:

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. ***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**	**PARTE CENTRAL** **DR. DARIO BENJAMIN ZUNIGA** **DIRECTOR EJECUTIVO** **HOSPITAL ESCUELA**	**ESQUINA SUPERIOR DERECHA** **Fecha de presentación** **No abrir antes del día lunes 7 DE septiembre DEL 2026 a las 10:00 A:M**
ESQUINA INFERIOR IZQUIERDA **CONTRATACIÓN DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de "REACTIVOS"**		

4.05. Apertura de Ofertas

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

La comisión de apertura de sobres de oferta levantará un acta, donde se consignarán todos los detalles del proceso, la cual será firmada por la comisión interna delegada por la máxima autoridad. En dicha Acta se dejará constancia de la propuesta presentada y de cualquier observación referente al acto. **Una copia del Acta de Apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras.**

5.-MANEJO DE DOCUMENTOS

5.01. Cuadro descriptivo de Productos y Precios

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

5.02 Retiro de Documentos

Registro de Participación.

El oferente deberá estar formalmente inscrito en el control de registro de participación en este proceso enviando una nota de interés en participar: **Se deberá de presentar nota dirigida a la Licenciada Cielo Leiva jefe del Departamento de Adquisiciones y Suministros, 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.**
  Si no está inscrito en el registro de participación no se recibirá la oferta.

El Documento base de Contratación Directa una vez presentando la solicitud y habiendo sido registrado en el libro de REGISTRO DE PARTICIPACION. Puede ser descargado de la plataforma de HonduCompras, o retirado en el Departamento de Adquisiciones y Suministros de **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.-ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LAS OFERTAS

Se aceptarán todas aquellas ofertas que estén registradas en el libro de registro de proveedores a participar en este proceso de contratación previa solicitud dirigida y recibida en el Departamento de Adquisiciones y Suministros.

No serán aceptadas las ofertas que dicha casa comercial no tenga su registro en el libro de registro de proveedores a participar en este proceso de contratación previa solicitud dirigida y recibida en el Departamento de Adquisiciones y Suministros.

7.- 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.

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 Adjudicación y Firma del Contrato:

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 ITEM** 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 HOSPITAL PODRA BAJAR CANTIDADES PARA AJUSTARSE A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA.

El oferente seleccionado deberá formalizar el contrato dentro (30) días Hábiles, 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.

8.05 Notificación de la Adjudicación:

La resolución de adjudicación del contrato que emita el órgano responsable de la contratación, será notificada a los oferentes y publicada en el portal de HonduCompras. Asimismo, se dejará constancia de la notificación en el expediente del proceso.

Si la adjudicación no se notifica dentro del plazo de la vigencia de las ofertas NOVENTA (90) DIAS HABILES, los proponentes podrán retirar sus ofertas sin responsabilidad de su parte.

8.06 Negociación del Contrato:

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 Documentación previa a la firma del Contrato:

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).

3. La documentación que la comisión evaluadora estipule que no son documentos no sustanciales los cuales debe presentar al momento de firmar el contrato.

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

8.08 Lugar de Entrega de los Productos

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

8.09 Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos (solo aplica para medicamentos y reactivos)

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.

9.-GARANTÍAS

9.01 Garantía De Mantenimiento De Oferta

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.**

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 Garantía de Cumplimiento:

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

9.02 Garantía de Calidad:

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

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

10.-PAGOS

10.01 Forma de Pago:

EL HOSPITAL ESCUELA pagará en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contado a partir de la recepción satisfactoria de los insumos y documentos requisitos de pago, previo a la presentación de documentos relativos al cobro en la Gerencia Administrativa. 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 2026, para el desarrollo de la gestión del año 2026, 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 MATERIALES 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 Presentación de Muestras:

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

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

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 Dirección Administrativa Financiera 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 que debe de presentar su oferta. 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:

a) La recepción de muestras se llevará a cabo durante el Acto de recepción de ofertas, en la siguiente dirección: en el Departamento de Adquisiciones y Suministros, ubicado en el Primer Piso del Hospital Escuela bloque Materno Infantil, Boulevard Suyapa, Calle “La Salud”, Tegucigalpa. M.D.C.

2.-REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS:

2.01 Requisitos del Producto:

1. presentar una (1) **órdenes de compra o contratos o constancias** de haber estado continuamente comercializando y utilizando el producto satisfactoriamente en el mercado nacional al menos durante un (1) 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, 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 Materiales 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. Por tal razón el tiempo de entrega debe ofertarse únicamente cuando la empresa realmente cuente con el insumo.

Se tomará en cuenta como día UNO (1) el día hábil siguiente a la fecha de la firma del Contrato. Entiéndase por 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:

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

No.	Descripción Completa del Producto	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada
LOTE N°1 (LABORATORIO CLINICO) (Registro sanitario: Si Muestra: N/A)			
HEMOSTASIA Y COAGULACION (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO.) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO)			
1	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	PRUEBAS	60,000
2	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	PRUEBAS	60,000
3	FIBRINOGENO	PRUEBAS	4,440
4	CONTROL NORMAL	PRUEBAS	11,000
5	CONTROL PATOLOGICO	PRUEBAS	11,000
6	DIMERO D: detección cuantitativa del dímero D en plasma humano realizada en equipo automatizado.	PRUEBAS	1,800
7	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR VIII: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor VIII en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	160
8	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR IX: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor IX en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	160
9	FACTOR VON WILLEBRAND AC: determinación cuantitativa para la dosificación de actividad del factor Von Willebrand en el plasma humano para realizarse en equipo automatizado.	PRUEBAS	132
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	265
11	ANTICOAGULANTE LUPICO SCREENING: Prueba de neutralización mediante fosfolípidos purificados de fase hexagonal para la detección de	PRUEBAS	100

	anticoagulantes de tipo lupico I y II en equipo automatizado.		
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	100
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	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	60
15	PROTEINA S LIBRE	PRUEBAS	180
16	REACTIVO PARA VES	PRUEBAS	8,000
17	COLORANTE AUTOMATIZADO	KIT	7,200
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO DE COAGULACION Y HEMOSTASIA SECCION DE URGENTES (Solicitado del item No. 1 al 17)			
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 (Completamente Nuevos)**
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) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.)			
18	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	PRUEBAS	87,500

	e insumos necesarios para la realización de los hemogramas		
19	REACTIVO PARA RETICULOCITOS: Determinación del conteo y porcentaje de reticulocitos mediante equipo automatizado	PRUEBAS	3,600
REQUERIMIENTOS MINIMOS EQUIPO DE HEMATOLOGIA Y URGENTES (Solicitado Item 18 y 19)			
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 (Completamente Nuevos)
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) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.)			
20	REACTIVO PARA EL EQUIPO COLOREADOR DE LAMINAS (COLORANTE WRIGHT): 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	2,700
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO COLOREADOR DE LAMINAS PARA FROTIS DE SANGRE PERIFERICA Y MEDULA OSEA (Solicitado Item No. 20)			
Equipo completamente automatizado para teñir preparaciones hematologicas		C/U	2 EQUIPO (Completamente Nuevos)
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			
SERVICIO DE UROANALSIS y URGENTES (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.)			
UROANALISIS 12 PARAMETROS			
21	Tiras reactivas para orina de 12 parámetros de uso totalmente automatizado (Leucocitos, Nitritos, Urobilinógeno, Proteínas, PH, Sangre, Cetonas, Bilirrubinas, Glucosa, Densidad, creatinina y albumina (gravedad especifica).	PRUEBAS	27,000
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO PARA UROANALISIS (12 PARAMETROS) (Solicitado Item No. 21)			
Equipo para uroanlaisis de uso totalmente automatizado en orina :Requerimientos minimos		C/U	**6 EQUIPO (Completamente Nuevos)**
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) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)		
22 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	100
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO PARA ANALIZADOR AUTOMATICO DE SEMEN (ESPERMOGRAMA) (SOLICITADO ITEM No. 22)		
Evaluación completa cuantitativa y cualitativa de la muestra de semen.	C/U	**1 EQUIPO (Completamente Nuevos)**
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			
SERVICIO DE BIOQUIMICA Y URGENTES			
BIOQUIMICA RUTINA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.)			
23	AMILASA: Determinación cuantitativa de la Amilasa pancreatica en suero/plasma/orina o liquidos corporales. Para ser usado en equipo automatizado.	PRUEBAS	15,120
24	CALCIO: Determinación cuantitativa de Calcio en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	39,840
25	CPK TOTAL: Determinación cuantitativa con inhibición de un anticuerpo específico para la Creatin Kinasa total en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	19,200
26	FOSFORO: Determinación cuantitativa de Fosforo en suero/plasma/orina o liquidos corporales. en equipo automatizado.	PRUEBAS	19,680
27	LDH: Determinación cuantitativo del total de la actividad del lactato deshidrogenasa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	19,200

28	ALT: TGP: Determinación cuantitativa de la actividad de la alanino aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	63,840
29	AST -TGO:Determinación cuantitativa de la actividad de la aspartato aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	51,120
30	BILIRRUBINA DIRECTA: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Directa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	42,000
31	BILIRRUBINA TOTAL: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Total en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	20,160
32	CREATININA: Determinación cuantitativa de la creatinina en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	60,000
33	ELECTROLITOS: Determinación cuantitativa sodio, potasio, cloro total en suero/plasma/orina o liquidos corporales para determinar en equipo automatizado.	PRUEBAS	104,000
34	FOSFATASA ALCALINA: Determinación cuantitativa de Fosfatasa Alcalina en suero O plasma en equipo automatizado. :	PRUEBAS	11,800
35	GLUCOSA: Determinación cuantitativa de la Glucosa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	95,040
36	UREA/ BUN: Determinación cuantitativa de nitrógeno ureico en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	60,000
37	PROTEINAS TOTALES: Determinación cuantitativa de Proteínas Totales en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	12,000
38	LIPASA: Determinación cuantitativa que proporciona la actividad de lipasa en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000

39	GGT: Determinación cuantitativa de la actividad de la GGT en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	4,320
40	ALBUMINA: Determinación cuantitativa de Albumina en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	26,400
41	ACIDO URICO: Determinacion cuantitativa de acido urico en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	32,160
42	COLESTEROL TOTAL: Determinacion cuantitativa de colesterol total en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	17,760
43	COLESTEROL HDL: Determinacion cuantitativa de colesterol HDL en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	12,000
44	TRIGLICERIDOS: Determinacion cuantitativa de Trigliceridos en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	24,000
45	HIERRO SERICO: Determinacion cuantitativa de hierro en suero y plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	1,680
46	HEMOGLOBINA GLICOSILADA: Determinacion cuantitativa de hemoglobina glicosilada en sangre total y/o plasma-suero humano en equipo automatizado	PRUEBAS	13,920
47	MAGNESIO: Determinacion cuantitativa de magnesio en suero o plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	600
48	AMONIO: Determinacion cuantitativa de amonio en plasma heparinizado o EDTA en equipo automatizado	PRUEBAS	600
49	PROTEINAS EN ORINA: Determinacion cuantitativa de proteinas en orina en equipo automatizado	PRUEBAS	640
50	Procalcitonina: Determinacion cuantitativa de procalcitonina en suero o plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	8,040

SUBTOTAL		
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS BIOQUIMICA RUTINA (Solicitado en los Items 23 al 50)		
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) Completamente Nuevos**
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) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.)			
51	ESTRADIOL: Ensayo diseñado para la determinacion cuantitativa de estradiol -17 beta,en suero humano en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
52	FENITOINA: Medicion cuantitativa de fenitoina en suero o plasma heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
53	FENOBARBITAL: Medicion cuantitativa de fenobarbital en suero o plasma heparinizado, en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
54	FERRITINA: Medicion cuantitativa de ferritina en suero o plasma ,en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
55	FSH: Medicion cuantitativa de la hormona estimulante en sueroo plasma ,utilizando el equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
56	HORMONA DE CRECIMIENTO: Medicion cuantitativa de hormona de crecimiento en sueroo plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
57	INSULINA: Medicion cuantitativa de insulina en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado	PRUEBAS	2,400

	quimioluminiscente/electroquimioluminiscente		
58	LH: Para el diagnostico in vitro para la determinacion cuantitativa de hormona luteinizante en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
59	PROGESTERONA: Medicion cuantitativa de progesterona en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
60	PROLACTINA: Medicion cuantitativa de prolactina en suero o plasma, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
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	400
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	1,600
63	PTH: Medicion cuantitativa de la hormona paratiroidea en plasma con EDTA y suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
64	T3 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de T3 total en suero o plasma , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1,000

65	T3 LIBRE: Medicion cuantitativa de T3 libre en suero o plasma humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
66	T4 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de tiroxina total en suero o plasmahumano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1,600
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	12,000
68	TESTOSTERONA: Medicion cuantitativa de testosterona total en suero y plasma heparinizado o EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente /electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
69	TIROGLOBULINA: Para la cuantificacion de tiroglobulina en suero o plasma heparinizado o EDTA,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
70	TROPONINA: Medicion cuantitativa de troponina I en suero,plasma con EDTA o heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
71	TSH EN SANGRE: Para el diagnostico in vitro para la medicion cuantitativa de tirotropina en sueroo plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	12,000
72	VITAMINA B12: Para la cuantificacion de vitamina B12 en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado	PRUEBAS	400

	quimioluminiscente/electroquimioluminiscente		
73	ACIDO VALPROICO: Para la determinacion cuantitativa de acido valproico en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
74	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES: Medicion cuantitativa de anticuerpos microsomales en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800
75	ANTICUERPOS ANTI TIROGLOBULINAS: Medicion cuantitativa de anticuerpos antitiroglobulinas en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600
76	ACTH: Medicion cuantitativa de la hormona adenocorticotropa en plasma EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
77	ALFAFETOPROTEINA: Medicion cuantitativa de alfafetoproteina en suero o plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
78	BETA-HCG: Medicion cuantitativa de la sub unidad beta-HCG libre en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
79	BETA 2 MICROGLOBULINA: Medicion cuantitativa de beta 2 microglobulina en suero y orina ,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200

80	CA 125: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA-125 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
81	CA 19-9: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA19-9 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
82	CEA: Para la medicion cuantitativa del antigeno carcino embrionario en suero utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
83	CARBAMAZEPINA: Para la medicion cuantitativa de carbamazepina en suero o plasma heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
84	CORTISOL: Para la medicion cuantitativa de cortisol en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400
85	CK-MB: Para la medicion cuantitativa de CK-MB en suero, plasma con EDTA o heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1,600
86	DIGOXINA: Para la medicion cuantitativa de digoxina en suero o plasma heparinizado , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200
87	ACIDO FOLICO: Para la determinacion cuantitativa de acido folico en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electtroquimioluminiscente	PRUEBAS	600

88	NT-Pro BNP Para 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	200
90	VITAMINA D	PRUEBAS	600
91	TRANSFERRINA	PRUEBAS	200
92	IGF-1	PRUEBAS	200
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS BIOQUIMICA ESPECIALES (Solicitado en los Items 51 al 92)			
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) Completamente Nuevos**
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			
INMUNOLOGIA ELISA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.)			
93	Acs. Antinucleares (ANA): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección de acs. antinucleares de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	192
94	Anca MPO: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs.de clase IgG antimieloperoxidasa en suero humano.	PRUEBAS	192
95	Anca PR3: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la determinación cuantitativa de acs. antiproteinasa 3 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	192
96	Acs. Cardiolipinas IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anticardiolipina de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	432
97	Acs. Cardiolipinas IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anticardiolipina de clase IgM en suero humano.	PRUEBAS	408
98	Ds-DNA: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de Aacs. para el antígeno dsDNA en suero humano.	PRUEBAS	1,152
99	Membrana Glomerular Basal (GBM): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgG de antiGBM en suero humano.	PRUEBAS	24

100	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	360
101	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	360
102	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	360
103	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	336
104	Scl -70: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anti Scl 70 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	96
105	SSA/RO: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anti SSA/RO de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	72
106	SSB/LA: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs.anti SSB/LA de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	360
107	Beta 2 glicoproteína IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. beta 2 glicoproteína IgG en suero humano.	PRUEBAS	72
108	Beta 2 glicoproteína IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. beta 2 glicoproteína IgM en suero humano.	PRUEBAS	24
109	Acs. LKM1: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección	PRUEBAS	24

	cuantitativa de acs. LKM1 de clase IgG en suero humano.		
110	Acs. Centrómero B: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. centrómero B en suero humano	PRUEBAS	200
111	JO1: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. JO1 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	200
112	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 (Solicitado en los Items 93 al 112)			
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 (Completamente Nuevos)
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		
Se requiere minimo un año de vencimiento para los reactivos		

INMUNOLOGIA (ALERGIAS)
(EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.)
(FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)

113	Citomegalovirus IgG: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgG de Citomegalovirus en suero humano.	PRUEBAS	200
114	Citomegalovirus IgM: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgM de Citomegalovirus en suero humano	PRUEBAS	200
115	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	200
116	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	200
117	Toxoplasma IgM: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM de Toxoplasma gondii en suero humano.	PRUEBAS	200
118	IgE total: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE total en suero humano.	PRUEBAS	400
119	IgE especifica Candida albicans: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	160
120	IgE especifica Epitelio de Gato: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	80

121	IgE especifica Mosquito: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	140
122	IgE especifica Cucaracha: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	80
123	IgE especifica Epitelio de Perro: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	80
124	IgE especifica Polvo Casero: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	120
125	IgE. Especifica Dermatophagoides Farinae: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	240
126	IgE especifica Aspergillus Níger: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	60
127	IgE especifica Camarón: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	40
128	IgE especifica Carne de cerdo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	240
129	IgE especifica Carne de pollo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de	PRUEBAS	140

	IgE alérgeno- Específica en suero humano.		
130	IgE especifica Carne de res : Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	120
131	IgE especifica Cangrejo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	60
132	IgE especifica Cacahuate: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	80
133	IgE especifica Chocolate: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	140
134	IgE especifica Fresa: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	180
135	IgE especifica Gluten: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	200
136	IgE especifica Huevo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	180
137	IgE especifica Soya: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	80

138	IgE especifico leche: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	240
139	IgE especifico trigo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	40
140	IgE especifico penicillium notatum: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	80
141	IgE especifico veneno de abeja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	120
142	IgE especifico naranja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	120
143	IgE especifico raton: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	60
144	IgE especifico piña: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	140
145	Eritropoyetina: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de eritropoyetina en suero humano.	PRUEBAS	200
146	IgE 3º generación/especifica: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para inhalantes y alimentos para la determinación cuantitativa de	PRUEBAS	3,000

	IgE alérgeno- Específica en suero humano.		
147	Acs. Ciclosporina	PRUEBAS	48
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS INMUNOLOGIA (Alergias) (Solicitados en los Items 113 al 147)			
Equipo Automatizado para realizar Pruebas Inmunologicas y Alergias.		C/U	**2 EQUIPO(incluyendo 1 de respaldo) completamente Nuevos**
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		
INMUNOLOGIA INMUNOFLURESCENCIA INDIRECTA (IFI) (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
148	Inmunofluorescencia ANA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos antinucleares (ANA)en suero humano	PRUEBAS	1,600
149	Inmunofluorescencia ds DNA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos DNA doble cadena en suero humano	PRUEBAS	1,000
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS INMUNOLOGIA INMUNOFLURESCENCIA INDIRECTA (IFI) ITEMS 148 Y 149)			
	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	C/U	**1 EQUIPO (Completamente Nuevos)**

computadora, monitor, CPU, Mouse, teclado, impresora y UPS .			
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			
GASOMETRIA ARTERIAL PARA EL SERVICIO DE URGENTES			
GASOMETRIA ARTERIAL (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
150	GASES ARTERIALES	PRUEBA	41,250
REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS PARA GASOMETRIA ARTERIAL PARA EL SERVICIO DE URGENTES (Solicitado en Items 150)			
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 (Completamente Nuevos)**

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		
IDENTIFICACION DE GRAM NEGATIVO Y GRAM POSITIVO (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
151	Identificacion de Gram negativos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	80
152	Tarjetas/Cartuchos identificacion de Gram Positivos	PRUEBA	800

153	Tarjetas / Cartuchos sensibilidad de Gram Positivos	PRUEBA	800
154	sensibilidad de Gram negativos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	1,000
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION DE GRAM NEGATIVO Y GRAM POSITIVO (Solicitados en los Items 151 al 154)			
Especies y sub especies en equipo automatizado, individuales para tres identificaciones:		C/U	**2 EQUIPO (Completamente Nuevos)**
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			
IDENTIFICACION Y SENSIBILIDAD DE MICROORGANISMOS (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
155	Identificacion de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	1,200
156	Sensibilidad de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	1,200
SUBTOTAL			
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION Y SENSIBILIDAD DE MICROORGANISMOS (Solicitados en los Items 155 al 156)			
Especies y sub especies en equipo automatizado, individuales para tres identificaciones:		C/U	**1 EQUIPO (Completamente Nuevos)**

	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		
MICROBIOLOGIA HEMOCULTIVOS (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
157	Frascos de hemocultivos pediatricos compatible con equipo automatizado (Aerobios pediatricos)	C/FRASCO	1,200
158	Frascos de hemocultivos adultos compatible con equipo automatizado (Aerobios adultos)	C/FRASCO	800
SUBTOTAL			
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA INCUBACION DE FRASCOS DE HEMOCULTIVOS (Solicitados en los Items 157 al 158)			
	a) Combina módulos de control e incubadores en un mismo instrumento. b) Capacidad de 240 frascos en cuatro cajones c) Conecte hasta a 3 módulos incubadores a un instrumento Combo d) Flexibilidad en el diseño de los cajones para favorecer la carga para usuarios diestros o zurdos e) Cajones configurados para cultivo de sangre o micobacterias. hace lecturas cada 15 min, dando alarmas de positividad para pronta respuesta. Con capacidad instalada de hasta 600 hemocultivos mensuales. Se requiere minimo un año de vencimiento	C/U	1 EQUIPO (Completamente Nuevos)
MICOLOGIA IDENTIFICACION DE LEVADURAS MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			

159	SISTEMA AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION DE LEVADURAS MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS.	PRUEBA	1,200
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION DE LEVADURAS, MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS (Solicitados en el item 159)			
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. 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	C/U	**1 EQUIPO (Completamente Nuevos)**	
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL SAI			
RECUENTO DE CELULAS CD4 (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
160	Cartucho para el recuento de células TCD4	PRUEBAS	7

REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA EL RECUENTO DE CELULAS CD4 (Solicitados en item 160)			
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 como ser papel termico para la impresora del equipo PIMA para la realizacion de los recuentos de CD4 entre otros. Se requiere minimo un año de vencimiento		C/U	**2 EQUIPOS (Completamente Nuevos)**
REACTIVOS AUTOMATIZADOS DE PRUEBAS EPIDEMIOLOGICAS PARA MICROBIOLOGIA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
161	ANTIGENO PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	C/CAJA	10
162	TOXINA A/B PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	C/CAJA	8
163	DENGUE NS1	C/CAJA	1
164	DENGUE IgM	C/CAJA	1
165	RUBEOLA IgM	C/CAJA	1
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO AUTOMATIZADO PARA PRUEBAS DE EPIDEMIOLOGICAS DE MICROBIOLOGIA (Solicitados en item 161 -165)			
1. Reactivos listos para su uso 2. Que procese hasta 36 pruebas por hora y agilice el flujo de trabajo 3.Deteccion optima de la muestra 4. Que cuente con alarmas en caso de problemas con las muestras y aumente la facilidad de uso para la entrada de datos y la presentación de informes de los resultados de los pacientes . 5. Que cuente con computadora e impresora integradas 6.Concepto de unidad, reactivos listos para su uso.		C/U	**1 EQUIPOS (Completamente Nuevos)**

7.Identificación automatizada con código de barras solo cargar y listo			
REACTIVOS MANUALES LABORATORIO CLINICO			
REACTIVOS MANUALES (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
166	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIO TIPO "A" Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	9
167	Agar cromogenico candida Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	6
168	Agar simple en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	1
169	Caldo Infusion Cerebro Corazon Medio de Cultivo deshidratado	Frasco 500 gr	1
170	Chromo Agar candida plus Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	1
171	Dextrosa en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	2
172	Mac Conkey Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	20
173	Mycosel Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	1
174	Sabouraud Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	2
175	Tripticasa Soya Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	15
176	GS Agar base Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	4
177	ASPERGILLUS GALACTOMANANO LATERAL FLOW ENSAYO 50 TESTS	KIT	4
178	HISTOPLASMA PRUEBA DE DETECCION DE ANTIGENO URINARIO ELISA DE 96	KIT	4

	POZOS, KIT DE 96 PBS Fecha de vencimiento minimo un año		
179	Cristal Violeta polvo Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 25 gr	5
180	Metodo colorimtrico para aislamiento de candida criptococcus asperguillusFecha de vencimiento minimo un año	KIT /20 PRUEBAS	6
181	Prueba Alere Determine TB-LAM antigeno en orina Fecha de vencimiento minimo un año	KIT/25PRUEBAS	4
182	Prueba de flujo lateral para criptococcus antigeno Fecha de vencimiento minimo un año	KIT/50 PRUEBAS	5
183	Suplemento B (Vitox) Fecha de vencimiento minimo un año	Caja / 10 Frascos	60
184	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	CADA SET DE 100 PBS	480
185	RPR(Antígeno con partículas de carbón y cardiolipinas * Método de floculación no treponemal cualitativa y semicuantitativa para detección de anticuerpos réagines en el suero y plasma, para la detección serológica de la sífilis * Incluye Control ++, Control +, Control -) Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	15,000
186	Pruebas de embarazo (cassette) Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	6,000
187	Sangre Oculta en heces(prueba rapida de un solo paso ;inmunoensayo cromatografico) Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	1,600
188	Mhatp (prueba rapida confirmatoria para sifilis):inmunoanalisis cuantitativo de lectura visual para detectar anticuerpos de treponema pallidum en suero,plasmay sangre completa	PRUEBAS	150

	Fecha de vencimiento minimo un año		
189	Antigeno Helicobacter Pilory en heces Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	1,600
190	Prueba rápida para el análisis de chlamydia trachomatis Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	60
191	Reactivo ORO COLOIDAL para la determinacion de ACS HIV TIPO 1 y 2, Prueba rapida de Tamizaje Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	500
192	ORAQUICK Prueba rapida confirmatoria para el diagnostico de HIV Tipo 1 y 2 Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	50
193	BEADS ESTANDAR Control de calidad para el recuento de celulas TCD	SET	2
194	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	PRUEBAS	600
195	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	PRUEBAS	600
196	Tuberculosis - Igra Fecha de vencimiento minimo un año Tuberculosis - Igra	C/caja	1
197	Glicerina Pura Fecha de vencimiento minimo un año	Galon	6
198	Hidroxido de Sodio(perlas) Fecha de vencimiento minimo un año	Fco/ 1 kg	1

199	Hidroxido de potasio, granulado	C/FRASCO	2
200	DISCOS DE SENSIBILIDAD Bacitracina ,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1
201	DISCOS DE SENSIBILIDAD Linezolid ,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1
202	Cefiderocol MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	6
203	Minociclina MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	6
204	Meropenem-Varbobactam MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	3
205	Vancomisina MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	12
206	COLISTIN MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/5 viales	6
207	DISCOS DE SENSIBILIDAD OPTOQUINA,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1
208	Pruebas de fructuosa Fecha de vencimiento minimo un año	Pruebas	100
209	Prueba de zinc Fecha de vencimiento minimo un año	Pruebas	100
210	Prueba de Clamydia Chlamydia trachomatis antigeno Fecha de vencimiento minimo un año	Pruebas	50
211	Pruebas de diagnóstico rápido para Malaria (Plasmodium vivax y P. falciparum), detección de antígeno Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 Pruebas	1
212	Prueba de diagnóstico rápido para la detección de Trypnosoma cruzi, deteccion de anticuerpos IgG/IgM Fecha de vencimiento minimo un año	Set 20 Pruebas	1
213	Trutol, listo para uso 75gr Fecha de vencimiento minimo un año	C/FRASCO	600

214	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 200 Glucometros y Baterias de repuesto para cada glucometro. (Total 800 baterias)	C/U	325,000
PRUEBAS ESPECIALES PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA (EL EMPAQUE SECUNDARIO DEBE VENIR VIÑETADO CON EL NOMBRE DEL REACTIVO COMO ES SOLICITADO.) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
215	Reactivos para Chagas método quimioluminiscencia /electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones	PRUEBAS	100
216	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	PRUEBAS	200
217	Reactivo para Hepatitis A método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones	PRUEBAS	100
218	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.	PRUEBAS	200

219	Reactivos para Hepatitis C método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones.	PRUEBAS	200
SUBTOTAL			
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO PRUEBAS ESPECIALES PARA LA CONSULTA EXTERNA (Solicitado en los Items 215 al 219)			
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 NUEVOS COMPLETAMENTE 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		
SUB TOTAL LOTE No. 1			
LOTE N°2 BANCO DE SANGRE (Registro Sanitario: Si Muestra: N/A)			
REACTIVOS PARA PRUEBAS ESPECIALES DE TAMIZAJE A DONANTES Y PACIENTES (Fecha de Vencimiento de 2 años , presentar nota de cambio en caso de no cumplir con lo solicitado)			
220	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	10,000
221	Reactivo para Hepatitis B AntiCore Total IgG/ IgM método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en	PRUEBAS	10,000

	equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.		
222	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	10,000
223	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	10,000
224	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	10,000
225	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	10,000
226	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	10,000
SUB TOTAL			

Requerimientos minimos para el equipo pruebas especiales de Tamizaje a Donantes y Pacientes (Solicitado en los Items 220 al 226)		
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 NUEVOS COMPLETAMENTE Y OTRO NUEVO 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		
TARJETAS EN GEL Y REACTIVOS PARA INMUNOHEMATOLOGIA (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)		

227	Tarjeta Gel de origen monoclonal para la determinación de Tipo ABO y Rh, más la doble determinación del antígeno D (antígeno débil o parcial), si la tarjeta no cuenta con la doble determinacion del antigeno D debera proporcionar los reactivos para procesamiento manual, ademas debera incluir los respectivos pocillos para control y prueba inversa en donantes, debidamente sellados, con espacio suficiente para la identificación y que únicamente se perfore los pocillos a utilizar para el análisis y que la misma tarjeta pueda ser utilizada para otros análisis en los pocillos no perforados. Que incluya todos los insumos necesarios en cantidad proporcional para uso en equipo automatizado y que tenga incorporado un software para lectura de código de barra. Proporcionar el Control de Calidad Interno (Describa el tipo de tarjeta a ofertar en observaciones.)	C/TARJETA	10,000
228	Tarjetas Gel conteniendo reactivos anti IgG para rastreo de anticuerpos irregulares con Células Pool o Pantalla I y II para la detección de anticuerpos irregulares en donantes de sangre y las células pantallas 1, 2 y 3 para el rastreo de anticuerpos irregulares en pacientes, que únicamente se perfore los pocillos a utilizar y que la misma tarjeta pueda ser utilizada para otros análisis en los pocillos no perforados; más el panel de identificación de anticuerpos(panel normal a 37°C y papainizado) más comunes en nuestra población, aproximadamente 1 kit al mes incluyendo las soluciones auxiliares para la identificación de anticuerpos irregulares encontrados, más los insumos necesarios(cloroquina,PEG,etc) y reactivos necesarios para la	C/TARJETA	2,400

	fenotipificación de las unidades y pacientes con RAI positivo(fenotipo Rh,Kell,Kidd.MNS), incluyendo el fenotipo extendido para la y las tarjetas o antisueros necesarios para realizar Coombs Directo fraccionado (IgG, IgA, IgM, C3d, C3c) de acuerdo a la necesidad.		
SUB -TOTAL			
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA (Solicitado en los items 227 y 228)			
Equipo automatizado nuevo con garantía de fábrica o que se encuentre actualmente en línea en el mercado y en perfecto estado, con todos sus accesorios con su correspondiente: pantalla táctil, teclado, mouse, cpu, impresora para la impresión de resultados en formato de lista, sino cuenta con la opción proporcionar una computadora con sus accesorios para realizar la impresión de los mismos, lector de código de barra y UPS con la capacidad necesaria para evitar daños en los equipos	C/U	**2 EQUIPO NUEVOS (1 AUTOMATIZADO Y UNA ESTACION MANUAL)**
Proporcionar 02 estaciones manuales con todos sus accesorios para el procesamiento de las muestras mediante la utilización de tarjetas Gel.		
Capacidad de conectarse al sistema LIS (Software de Banco de Sangre). Adquiriendo con los costos de conexión.		
Capacitación del personal en el manejo del equipo, y actualizaciones referentes a inmunohematología.		
Tiempo de iniciación de equipo: inmediata.		
Capacidad minima de carga para procesar 50 muestras inicialmente o más y de Flujo Continuo.		
Menú de pruebas: ABO/Rh (grupo hemático y sérico, Fenotipo y Rh, Escrutinio de anticuerpos irregulares, Coombs directo, Identificación de anticuerpos irregulares, Tipiaje de antígenos específicos (fenotipo extendido), realización de pruebas de compatibilidad.		

	Que cuente con un sistema para control de acceso de los usuarios.		
	Detección de coágulos y recuperación inmediata del trabajo programado en el equipo.		
	Estación de dilución con sistema de autolavado y antibloqueo.		
	Sistema de control anti-goteo.		
	Programa de control de calidad integrado, para los análisis y las tarjetas.		
	Verificación de compatibilidad de lotes y control de caducidades		
	Equipo con capacidad de voltaje de 110 voltios		
	Mantenimiento correctivo inmediato y preventivo con su respectiva calendarización		
	Proveer la impresora de viñetas y mensualmente 1 rollo de 2,500 viñetas para la identificación con código de barra del tubo para el análisis los realizados en el equipo automatizado.		
	Se solicita que el proveedor acondicione y climatice adecuadamente el área Tipos y Rh , garantizando condiciones óptimas de temperatura, ventilación y confort, conforme a los estándares técnicos requeridos para el correcto funcionamiento de los equipos y la seguridad del personal		
	Que el vencimiento de las tarjetas sea de 2 años como mínimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.		
	Que el proveedor presente un cuadro comparativo de lo solicitado y lo ofertado.		
HEMOGRAMAS PARA LA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO, SERIE BLANCAY PLAQUETAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTES (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO DOS AÑOS)			
229	Hemogramas para la determinacion de Hemoglobina,Hematocrito, serie blanca y plaquetas.Con los respectivos soluciones ,insumos para el procesamiento de la prueba.Que la fecha de vencimiento sea 2 años como minimo con opcion de cambio de ofrecer fecha menor a la solicitada	c/u	2,000
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO DE HEMOGRAMAS (ITEM 229)			

	Tipo de Analizador Diferencial de 3 a 5 partes Resultados: rápidos mas de 110 por hora Pantalla tactil y softwre amigable capaz de conectarse a Interfaz Liss, con su respectiva impresora y us respectivos insumos para entrega de resultados Servicio Tecnico de respuesta Inmediata Mantenimiento preventivo y su respectiva calendarización. El proveedor se compromete a dar respuesta inmediata para la activación del plan de contingencia y/o entrega del equipo de respaldo en caso de falla de Equipo ya sea por falla electrica mecanica o tecnica. Que el proveedor brinde la capacitacion Tecnica tanto del Equipo como la del Plan de Contingencia La solución temporal deberá garantizar una precisión y fiabilidad mínima aceptable, validada conjuntamente entre el proveedor y el cliente.	C/U	**1 Equipo Nuevo y 1 Equipo Nuevo de Respaldo en caso de Falla de Equipo**
REACTIVOS MANUALES MEDICINA TRANSFUSIONAL			
230	RPR, Antígeno de cardiolipinas con partículas de carbón. Para determinar Sífilis en etapa activa, en presentacion de 100 pruebas por kit. Que el vencimiento del reactivo sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.	C/KIT	1
231	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	500
232	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	500
233	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	600

234	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	500
SUB TOTAL			
SUB-TOTAL LOTE No. 2			
LOTE N°3 DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA (Registro Sanitario: Si Muetra: N/A)			
REACTIVOS PARA EQUIPO AUTOMATIZADO DE HISTOQUIMICA(COLORACIONES ESPECIALES)			
235	Fite de Faraco Tinción para identificar Bacilos alcohol ácidos residentes. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50pruebas	1
236	Pas Tinción para identificar Glucógeno en los tejidos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	2
237	Giemsa Tincion para identificar para identificar Células sanguíneas. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
238	Tricomico de Masson (Rojo y azul) Tinción especial para identificar Musculo y Colágeno.(1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
239	Reticulina Tinción especial para identificar Fibras Reticulares. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
240	Azul Alcian Tinción para identificar Mucina en Tejidos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
241	Hierro (Iron Stain) Tincion para detectar hierro (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
242	Rojo Congo Tinción para detectar amiloide (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
243	Metenamina de Jhons tinción para identificar Membranas Basales (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1

244	Grocot Tinción para identificar hongos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
245	Mucicarmin Tinción para detectar mucopolisacaridos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
246	Fibras Elasticas,Tincion para evaluar fibras elásticas. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
247	Whartin - Starry tinción para identificar microorganismos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1
SUB -TOTAL			
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO DE HISTOQUÍMICA (COLORACIONES ESPECIALES) (Solicitados en los Items 235 al 247)			
1. Equipo Automatizado con la disponibilidad de ofertar la mayor cantidad de Tinciones Usadas en el área Médica, incluyendo todos los insumos para el proceso (Laminas, Cubreobjetos y todo lo que se requiera para cada Tinción, Etc.)		C/U	**1 EQUIPO (y su Backup) Completamente Nuevos**
2. Equipo con Capacidad para realizar 20 Tinciones DIARIAS			
3. Realizar la mayor cantidad de tinciones diferentes en una sola corrida y con capacidad de procesar varias corridas al día en el menor periodo de tiempo.			
4. Software en Español, qué permita dar instrucciones claras, de fácil manejo.			
5. Soporte de Código de Barra si es requerido.			
6. El Oferente que resulte ganador deberá de proveer un refrigerador especial de conservación de reactivos, con temperatura de 0-8 grados centígrados, de dos puertas deslizables, transparentes, dé vidrio, que se abra de forma horizontal, con divisiones que permitan el fácil acomodamiento de los Reactivos; 110V, 45 pie Cúbico o más.			
7. Equipo debe contar con espacios para la tinción, reactivos, fluidos, y residuos.			
8. El Equipo debe cumplir con las Normas Internacionales de Calidad de la FDA o Comunidad Europea (CE).			
9. El Equipo debe tener la capacidad de recibir Muestras de Cortes de Tejido Procesado en Parafina y Extendidos Celulares.			
10. El Equipo debe permitir el ingreso de los Datos del Paciente, Numero de Biopsia, Nombre del Patólogo, Hospital, Número de Identidad, Prueba que se realiza.			
11. El Equipo debe realizar reportes de Trabajo Diario, semanal, mensual Y/o anual para llevar un mejor control de las pruebas realizadas.			
12. El Equipo debe Generar alerta para indicar el estado del contenedor de Desechos.			

13. El Equipo debe indicar la cantidad de Reactivos Disponibles.			
14. El Equipo debe tener la capacidad de Dispensar de forma automática el Cubreobjetos durante la Tinción.			
15. El Oferente debe Garantizar los Insumos (Reactivos) los 365 días del año.			
16. El Oferente debe Realizar el Mantenimiento Preventivo con calendarización bien definida, Presentado la propuesta con todos los detalles por escrito.			
17. El Oferente debe Proveer UPS para todos los Equipos que Proteja de los constantes fallos de Energía Eléctrica.			
18. Presentar una Propuesta que detalle la Logística para abordar las Emergencias de fallos en el Equipo y especificar tiempos de respuestas.			
19. Incluir consumibles **(agua destilada ultrapura)**			
20. Reactivos			
21. Mantenimiento y Soporte Técnico			
22. Capacitación permanente			
REACTIVOS PARA EQUIPO DE PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUIMICA			
248	Alfa Feto Proteína (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
249	BCL-2 (SP66) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
250	BCL-6 (GI191E/A8) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
251	BRAF (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
252	CD3 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	3
253	CD4 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
254	CD10 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
255	CD15 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
256	CD20 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	3
257	MYOGENIN (F50)	C/VIAL	1
258	CD23 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
259	CD30 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	4
260	CD31 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
261	CD34 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2

262	CD38 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
263	CD45 LCA (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
264	CD71 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
265	CD99 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
266	CD117 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
267	CD138 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
268	CDX-2 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
269	Citoqueratina AE1/AE3 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
270	CITOQUERATINA 5/6 (D5/1684)(1 año mínimo de garantía) 1 año minimo de vencimiento	C/VIAL	1
271	Cromogranina A (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
272	Desmina (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
273	Enolasa específcia neuronal (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
274	E-CADHERINA(vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
275	HMB-45 Melanosoma (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
276	HER-2 NEU (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
277	HEPAR-1(vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
278	HHV-8 (Virus del Herpes Humano) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
279	Ki67(30-9) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
280	MYELOPEROXIDASE (POLICLONAL) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
281	OCT-4(MRQ-10) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
282	P16 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1

283	P53 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
284	P63 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
285	PSA (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
286	Racemasa (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
287	Receptores de Estrógenos (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
288	Receptores de Progesterona (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
289	S-100 (monoclonal) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
290	Sinaptofisina (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
291	TDT (POLYCLONAL) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2
292	Virus del Epstein Barr (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
293	Vimentina (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
294	WT-1 (Proteina 1 del Tu de Willns) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1
295	MUM-1	C/VIAL	1
296	ANTI-S100 (4C4.9)	C/VIAL	1
297	SOX-10	C/VIAL	1
298	CD8	C/VIAL	1
299	Neurofilamento (2F11)	C/VIAL	1
300	CD1A (ep3622)	C/VIAL	1
301	ESTEIN BARR VIRUS (C51-4)	C/VIAL	1
302	ANTI-PRAME (EPR20330)	C/VIAL	1
SUB-TOTAL			
REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EL EQUIPO DE PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUIMICA (Solicitados en los items 248 al 302)			

1. Equipo automatizado de pie (Unidad de suelo), con disponibilidad de Ofertar la mayor cantidad de anticuerpos usados en el área médica, que utilice anticuerpos pre diluidos y reactivos listos para usar, en estado líquido, que se puedan almacenar en refrigeración o a temperatura ambiente, incluyendo todos los insumos para el proceso (Buffer, laminas, visualizador, recuperador, cromógeno, bloqueado. Hematoxilina de Mayer, medio de montaje, entre otros requeridos).	C/U	**1 EQUIPO (y su Backup) Completamente Nuevos**
2. Equipo con capacidad de identificar los reactivos solicitados.		
3. El equipo debe contar con un sistema de control que incluya al menos: PC Externa, teclado, Impresora para reportes, impresora de códigos de barra para etiquetar las láminas, UPS que lo proteja.		
4. El Equipo debe realizar todo el proceso, horneado, desparafinacion, recuperación antigénica. Tinción y contra tinción para Inmunohistoquimica (IHQ) y otras pruebas que se soliciten tales como inmunoflurescencia e hibridación insitu.		
5. El equipo debe contar con espacios para la tinción, Reactivos, fluidos y residuos.		
6. El equipo debe cumplir con las normas Internacionales de calidad de la FDA o Comunidad europea (CE).		
7. El equipo debe tener la capacidad de recibir muestras de Cortes de tejido procesado en parafina y extendidos celulares.		
8. El equipo debe permitir el ingreso de los datos del paciente, numero de biopsia, nombre del patólogo, Hospital, Número de identidad, prueba que se realiza.		
9. El equipo debe realizar reportes de trabajo diario, semanal, mensual y/o anual para llevar un mejor control de las pruebas realizadas.		
10. El equipo debe generar alertas para indicar el estado del contenedor de desechos.		
11. El equipo debe indicar la cantidad de reactivos disponibles (buffer, anticuerpos, etc.).		
12. El equipo debe tener una capacidad de carga mínima de 20 Laminas (20 pruebas) en una sola corrida, en el menor periodo de tiempo y con capacidad de realizar al menos 2 corridas al día.		
13. El equipo debe tener una capacidad de procesar al menos 40 láminas diarias.		
14. El equipo debe tener una capacidad mínima de 20 reactivos a bordo en forma simultánea.		
15. El equipo debe tener la capacidad de dispensar de forma automática el cubreobjetos durante la tinción.		
16. El equipo debe tener software en español, que permita dar instrucciones claras, de fácil manejo.		
17. El oferente que resulte ganador deberá de proveer un refrigerador especial de conservación de reactivos, con temperatura de 0-8 grados centígrados, de dos puertas		

deslizables, transparentes de vidrio, que se abran en forma horizontal, con divisiones que permitan el fácil acomodamiento de los reactivos; 110V, 45 pie cúbicos o más.		
18. El oferente debe garantizar los insumos (Reactivos) y consumibles los 365 días del año.		
19. El oferente debe proveer UPS para todos los equipos que proteja de los constantes fallos de la energía eléctrica.		
20. Presentar una propuesta que detalle la logística para abordar las emergencias de fallos en el equipo y especificar tiempos de respuesta.		

LOTE No. 4 SERVICIO DE ESTUDIOS PARA TRASPLANTES

(Registro Sanitario: Si Muestra. N/A)

REACTIVOS PARA EQUIPO LUMINEX 200 (PROPIEDAD EL HOSPITAL ESCUELA)

303	Kit tipificación HLA-A eRES SSO Ref. 628913 (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
304	Kit tipificación HLA-B eRES SSO Ref. 628917 (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
305	Kit tipificación HLA-DRB1 eRES SSO Ref. 628925 (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
306	Conjugado R-Ficoeritrina Estreotavidina SA-PE 1mg/ml Ref. 628511. Vial de 85 ul. Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Vial	8
307	Kit Perlas de Calibración Luminex Ref. 628018 (Kit de 25 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	2
308	Kit de Perlas de Verificación de Rendimiento Luminex Ref. 628019 (Kit de 25 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	2
309	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). Fecha de	Kit	2

	vencimiento mínima requerida 6 meses.		
310	Detección de Anticuerpos ID Clase I Ref 628200 (Kit de 25 pruebas) . Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
311	Detección de Anticuerpos ID Clase II Ref 628223 (Kit de 25 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
312	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase I (LSA Clase I). Ref. 265100R (Kit de 24 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
313	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase II (LSA Clase II). Ref.265200R (Kit de 24 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
314	Detección de anticuerpos especificos del donante DSA . Ref 628230 (Kit de 96 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4
315	Líquido de envoltura Luminex (Luminex Sheath Fluid) Ref 628010 (Frasco 20 Litros). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Frasco	12
Requerimientos: La casa ofertante de productos para equipo Luminex 200 (Propiedad del Hospital Escuela), debe incluir mantenimiento preventivo y Soporte Técnico para el equipo Luminex 200 (Verificación de laser, aguja, limpieza o cambios de filtros de ser necesario). (Solicitado Item 303-315)			
REACTIVOS PARA TRASPLANTES			
316	Kit de ensayo Qubit dsDNA HS alta sensibilidad (Qubit dsDNA hs Assay Kit Q33230) (Kit de 100 pruebas) .. (Compatible para uso en equipo Qubit 4.0.) Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	2
317	Kit de Purificación Manual de ADN genómico a base de membrana de sílice. (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	3

318	Medios de separación de densidad de linfocitos (1.077 - 1.080 g/mL) Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	4
319	Medio RPMI 1640 (1X) (Caja de 6 x 100 ml/Pack). Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Caja	2
320	Buffer fosfato salino PBS 10 X. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
321	Azida Sódica. Frasco de 100 g. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
322	Suero Fetal Bovino. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
323	Suero de conejo inactivado. Frasco de 100 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
324	Formaldehido al 37%. Frasco de 500ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
325	Solución de Hank. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
326	Anticuerpo monoclonal Anti A. Frasco de 10 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
327	Anticuerpo monoclonal Anti B. Frasco de 10 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
328	Anticuerpo monoclonal Anti D. Frasco de 10 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
329	Tris-HCl 10 mM Ph 8.0 . Frasco de 100 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
330	Tween 20 grado Biologia Molecular. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1
331	Anticuerpo Monoclonal CD3-PE (100 reacciones). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Frasco	2

332	Anticuerpo Monoclonal CD19-PE (100 reacciones). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses	Frasco	2
333	Anti inmunoglobulina humana FITC (Goat Fab2 Anti Human IgG FITC) (100 reacciones). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Frasco	2
REACTIVOS PARA VIRUS DE VIGILANCIA			
334	Enzima Ag Path One Step 1X. Kit de 1000 reacciones. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	6
335	Kit de purificación manual de ADN/ARN Viral. Kit de 50 pruebas. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	4
Requerimientos: La kits de extracción ADN/ARN Viral deben ser compatibles con el Sistema de Extracción automatizado solicitado. Ver descripción técnica Item 1 Equipo para Servicio de Estudios para Trasplantes. (Solicitados Item No. 334-335)			
LOTE N° 5 EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL (Registro Sanitario: Si Muestra. N/A)			
EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
336	Clostridium difficile GDH: Deteccion de antigeno para la determinacion de inmunoenzimatico tipo sandwich en dos etapas con una deteccion final por fluorecencia. (ELFA)	PRUEBAS	360
337	Clostridium difficile Toxinas A y B: Deteccion de antigeno para la determinacion de inmunoenzimatico tipo sandwich en dos etapas con una deteccion final por fluorecencia. (ELFA)	PRUEBAS	240
338	Antigeno Covid-19: Inmunoensayo cromatografico rapido para la deteccion cualitativa de antigenos SARS-Cov-2.	PRUEBAS	5,250

REQUERIMIENTOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL (Solicitado en los Items 336 y 338)			
Equipo que cuente con lector de Elisa de ultima generacion; utilizando tecnologia de fluorescencia enzimatica ligada (ELFA), en la que se tenga minima intervencion del usuario.		C/U	**1 EQUIPOS (Incluyendo 1 de Respaldo) Completamente Nuevos**
Los reactivos deben ser proporcionados ya listos para su uso, con capacidad de cargar de 12 pruebas por hora, que cuente con 12 posiciones de tiras reactivas a bordo, debe contar con una alta exactitud de pipeteo asi como para dispensar.			
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, tinta, papel, controles, calibradores y consumibles que se requiera para el procesamiento y entrega de resultados			
La UPS respectiva para el equipo, 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			
LOTE No. 6 U.C.I.A. Gases Arteriales (Registro Sanitario: Si Muestra. N/A) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)			
339	KIT DE CASSETTE O CARTUCHO PARA TOMA DE MUESTRA con los siguientes parametros de medicion : PH, PCO2, PO2, Na+, K+, CL-, Ca++, GLU, LAC, HT (Kit o Cartucho de 25 pruebas)	KIT	40
340	Paquete de fluido calibrante destinado a la calibracion PH, PCO2, PO2, Na+, , k+ , CL- , Ca++ , GLU, LAC,HT (paquete de 50 pruebas)	C/Paquete	20

GASES ARTERIALES DE U.C.I.A. Reactivos para ser usados en el Equipo de Gases Arteriales, Marca: EDAN, Modelo: 115
(Propiedad del Hospital Escuela) (solicitado item 339 y 340)

LOTE No. 7 CLINICAS PERIFERICAS DE EMERGENCIA (CLIPER) (Registro Sanitario: Si Muestra. N/A)
(FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)

(LOTE 7.1) SERVICIO DE HEMATOLOGIA

341	HEMOGRAMA COMPLETO: Determinación de los diferentes elementos formes de la sangre midiendo la serie roja, recuento plaquetario, determinación de serie blanca diferencial en tres partes (Linfocitos, Monocitos y granulocitos) y mediante equipo automatizado.	Pruebas	11,400

REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EQUIPO AUTOMATIZADO DE 5 PARTES DE HEMATOLOGIA (Solicitados Item 341)

	1. Abastecimiento, instalación, puesta en marcha y entrenamiento para equipos de hematologia automatizados, con metodología por impedancia o fotometría.
	2. Entregar todos los reactivos, controles, calibradores e insumos necesarios para que las clínicas periféricas puedan realizar el número de pruebas requeridas.
	3. 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. Con mecanismo que permita el aspirado automático de las muestras de 10 microlitros.
	4. Velocidad de análisis con un rendimiento mínimo de 50 a 60 hemogramas/hora.
	5. El equipo deberá tener la capacidad para procesar los siguientes parámetros:
	5.1 WBC: Leucocitos.
	5.2 RBC: Eritrocitos. Recuento de glóbulos rojos (NRBC en número y porcentaje) y corrección de poblaciones.
	5.3 HGB: Hemoglobina. La determinación se realice por medición directa y no por cálculo.
	5.4 HCT: Hematocrito.
	5.5 VCM: Volumen Corpuscular Medio.
	5.6 HCM: Hemoglobina Corpuscular Media.
	5.7 CHCM: Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular.
	5.8 RDW: Ancho de Distribución de Eritrocitos.
	5.9 PLT Plaquetas: análisis de plaquetas fluorescentes y de la fracción de plaquetas inmaduras.
	5.10 LIN: Linfocitos en Porcentaje y Número Absoluto.
	5.11 MO: Monocitos en Porcentaje y Número Absoluto.
	5.12 NEUTRO:Granulocitos en porcentaje y número absoluto.
	5.13 EOS:Granulocitos en porcentaje y número absoluto.
	5.1A BASO: Granulocitos en porcentaje y número absoluto.

	6. Con sistema de limpieza eficaz del sistema de muestreo.		
	7. Con mecanismo que permita la eliminación de coágulos durante todo el proceso.		
	8. Los reactivos deben ser libre de cianuro para evitar la contaminación al medio ambiente.		
	9. Que cuente con un sistema, con indicador de volumen restante de reactivos.		
	10. Con alarmas que permitan identificar de forma visual y audible los problemas que se presentan en tiempo real.		
	11. 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.		
	12. Se deberá garantizar el correcto funcionamiento de los equipos los 365 días del año, 24 horas del día.		
	13. Seran distribuidos uno equipo en cada Clibica Periferica de Emergencia; un equipo para Cliper El Sitio, un equipo para Cliper el Hato y un equipo para Cliper Las Crucitas.		
(LOTE 7.2) SERVICIO DE BIOQUIMICA			
QUIMICA SANGUINEA RUTINA			
342	ACIDO URICO: Determinacion cuantitativa de acido urico en suero en equipo automatizado	PRUEBAS	7,000
343	COLESTEROL TOTAL: Determinacion cuantitativa de colesterlo total en suero en equipo automatizado	PRUEBAS	6,000
344	COLESTEROL LDL: Determinacion cuantitativa de colesterlo LDL en suero en equipo automatizado	PRUEBAS	6,000
345	COLESTEROL HDL: Determinacion cuantitativa de colesterlo HDL en suero en equipo automatizado	PRUEBAS	6,000
346	CREATININA: Determinación cuantitativa de la creatinina en suero O plasma y orina en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000
347	GLUCOSA: Determinación cuantitativa de la Glucosa sérica mediante equipos automatizado.	PRUEBAS	6,000
348	AST-TGO: Determinación cuantitativa de la actividad de la aspartato aminotransferasa en suero o plasma para equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000
349	ALT-TGP: Determinación cuantitativa de la actividad de la alanino aminotransferasa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000
350	TRIGLICERIDOS: Determinacion cuantitativa de Trigliceridos en suero en equipo automatizado	PRUEBAS	6,000

351	ALBUMINA: Determinacion cuantativa de la albumina en suero mediante equipos automatizados	PRUEBAS	1,800
352	UREA/ BUN: Determinación cuantitativa de nitrógeno ureico en suero o plasma y orina en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000
	QUIMICA SANGUINEA		
	REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA EQUIPO AUTOMATIZADO DE QUIMICA SANGUINEA (Solicitados Item 342-352)		
	1. Abastecimiento, instalación, puesta en marcha y entrenamiento para equipo de QUIMICA SANGUINEA automatizado, mediante los principios de medicion; Fotometría de absorbancia, turbidimetría, tecnología de Electrodo Selectivo de Ion .		
	2. Entregar todos los reactivos, controles, calibradores e insumos necesarios para que las clínica periféricas de El Hato pueda realizar el número de pruebas requeridas.		
	3. 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.		
	4. Con mecanismo que permita el aspirado automático de las muestras de microlitros necesarios.		
	5. Velocidad de análisis con un rendimiento mínimo de100-200 pruebas/hora.		
	6. El equipo deberá tener la capacidad para procesar los siguientes parámetros: Acido urico,Colesterol total, LDL,HDL, Creatinina,Glucosa, TGO, TGP, Trigliceridos y Urea entre otros analitos que sean identificados en el servicio de bioquimica.		
	7. Con sistema de limpieza eficaz del sistema de muestreo.		
	8. Los reactivos deben ser libre de cianuro para evitar la contaminación al medio ambiente.		
	9. Que cuente con un sistema, con indicador de volumen restante de reactivos.		
	10. Con alarmas que permitan identificar de forma visual y audible los problemas que se presentan en tiempo real.		
	11. 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.		
	12. Se deberá garantizar el correcto funcionamiento de los equipos los 365 días del año, 24 horas del día.		
	(LOTE 7.3) SERVICIO DE UROANALISIS (frascos)		
353	**TIRAS REACTIVAS PARA EL ANALISIS DE ORINA DE 10 PARAMETROS**: Leucocitos, Nitritos, Urobilinógeno, Proteínas, PH, Sangre Oculta, Cetonas, Bilirrubinas, Glucosa, Densidad (gravedad especifica).	PRUEBAS	200
	(LOTE 7.4) SERVICIO DE SEROLOGIA		
354	**DENGUE DUO** : Casette que identifique en suero o plasma la presencia de PROTEINA NS1 encontrada en pacientes infectados por dengue.	PRUEBAS	800

355	**INFLUENZA A/B-ANTIGENO SARS-CoV-2 DUO:** Casette para la identifucacion INFUENZA A/B-Antigeno Covid, por muestra nasofaringeo.	PRUEBAS	800

No.	Descripción Completa del Producto	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato	Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato	Tercera Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato
LOTE N°1 (LABORATORIO CLINICO) (Registro sanitario: Si Muestra: N/A)						
1	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	PRUEBAS	60,000	15,000	20,000	25,000
2	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	PRUEBAS	60,000	15,000	20,000	25,000
3	FIBRINOGENO	PRUEBAS	4,440	1,480	1,480	1,480
4	CONTROL NORMAL	PRUEBAS	11,000	3,000	3,000	5,000
5	CONTROL PATOLOGICO	PRUEBAS	11,000	3,000	3,000	5,000
6	DIMERO D: detección cuantitativa del dímero D en plasma humano realizada en equipo automatizado.	PRUEBAS	1,800	400	600	800
7	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR VIII: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor VIII en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	160	-	160	

8	PLASMA DEFICIENTE DE FACTOR IX: Determinación cuantitativa del tiempo de coagulacion del factor IX en plasma humano en equipo automatizado.	PRUEBAS	160		160	
9	FACTOR VON WILLEBRAND AC: determinación cuantitativa para la dosificación de actividad del factor Von Willebrand en el plasma humano para realizarse en equipo automatizado.	PRUEBAS	132		132	
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	265		265	
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	100		100	
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	100		100	
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	60	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	60	60	-	
15	PROTEINA S LIBRE	PRUEBAS	180	90	90	
16	REACTIVO PARA VES	PRUEBAS	8,000	2,000	3,000	3,000
17	COLORANTE AUTOMATIZADO	KIT	7,200	2,000	2,000	3,200
18	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	87,500	30,000	25,000	32,500
19	REACTIVO PARA RETICULOCITOS: Determinación del conteo y porcentaje de reticulocitos mediante equipo automatizado	PRUEBAS	3,600	800	1,200	1,600

20	REACTIVO PARA EL EQUIPO COLOREADOR DE LAMINAS (COLORANTE WRIGHT): 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	2,700	800	1,000	900
21	Tiras reactivas para orina de 12 parámetros de uso totalmente automatizado (Leucocitos, Nitritos, Urobilinógeno, Proteínas, PH, Sangre, Cetonas, Bilirrubinas, Glucosa, Densidad, creatinina y albumina (gravedad especifica).	PRUEBAS	27,000	12,000	10,000	5,000
22	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	100		100	
23	AMILASA: Determinación cuantitativa de la Amilasa pancreatica en suero/plasma/orina o liquidos corporales. Para ser usado en equipo automatizado.	PRUEBAS	15,120	4,000	5,000	6,120
24	CALCIO: Determinación cuantitativa de Calcio en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	39,840	10,000	15,000	14,840

25	CPK TOTAL: Determinación cuantitativa con inhibición de un anticuerpo específico para la Creatin Kinasa total en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	19,200	6,000	6,000	7,200
26	FOSFORO: Determinación cuantitativa de Fosforo en suero/plasma/orina o liquidos corporales. en equipo automatizado.	PRUEBAS	19,680	6,000	6,000	7,680
27	LDH: Determinación cuantitativo del total de la actividad del lactato deshidrogenasa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	19,200	6,000	6,000	7,200
28	ALT: TGP: Determinación cuantitativa de la actividad de la alanino aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	63,840	18,000	18,000	27,840
29	AST -TGO:Determinación cuantitativa de la actividad de la aspartato aminotransferasa en suero O plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	51,120	18,000	18,000	15,107
30	BILIRRUBINA DIRECTA: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Directa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	42,000	12,000	15,000	15,000
31	BILIRRUBINA TOTAL: Determinación cuantitativa de la Bilirrubina Total en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	20,160	6,000	6,000	8,160
32	CREATININA: Determinación cuantitativa de la creatinina en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	60,000	15,000	20,000	25,000

33	ELECTROLITOS: Determinación cuantitativa sodio, potasio, cloro total en suero/plasma/orina o liquidos corporales para determinar en equipo automatizado.	PRUEBAS	104,000	32,000	36,000	36,000
34	FOSFATASA ALCALINA: Determinación cuantitativa de Fosfatasa Alcalina en suero O plasma en equipo automatizado. :	PRUEBAS	11,800	3,000	4,000	4,800
35	GLUCOSA: Determinación cuantitativa de la Glucosa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	95,040	30,000	30,000	35,040
36	UREA/ BUN: Determinación cuantitativa de nitrógeno ureico en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	60,000	20,000	20,000	20,000
37	PROTEINAS TOTALES: Determinación cuantitativa de Proteínas Totales en suero/plasma/orina o liquidos corporales en equipo automatizado.	PRUEBAS	12,000	3,000	4,000	5,000
38	LIPASA: Determinación cuantitativa que proporciona la actividad de lipasa en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000	2,000	2,000	2,000
39	GGT: Determinación cuantitativa de la actividad de la GGT en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	4,320	1,500	1,500	1,320
40	ALBUMINA: Determinación cuantitativa de Albumina en suero y plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	26,400	8,000	8,000	10,400
41	ACIDO URICO: Determinacion cuantitativa de acido urico en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	32,160	9,000	12,000	11,160

42	COLESTEROL TOTAL: Determinacion cuantitativa de colesterol total en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	17,760	5,000	6,000	6,760
43	COLESTEROL HDL: Determinacion cuantitativa de colesterol HDL en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	12,000	3,000	4,000	5,000
44	TRIGLICERIDOS: Determinacion cuantitativa de Trigliceridos en suero y plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	24,000	6,000	8,000	10,000
45	HIERRO SERICO: Determinacion cuantitativa de hierro en suero y plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	1,680	600	600	480
46	HEMOGLOBINA GLICOSILADA: Determinacion cuantitativa de hemoglobina glicosilada en sangre total y/o plasma-suero humano en equipo automatizado	PRUEBAS	13,920	4,000	4,000	5,920
47	MAGNESIO: Determinacion cuantitativa de magnesio en suero o plasma humano en equipo automatizado	PRUEBAS	600	200	200	200
48	AMONIO: Determinacion cuantitativa de amonio en plasma heparinizado o EDTA en equipo automatizado	PRUEBAS	600	200	200	200
49	PROTEINAS EN ORINA: Determinacion cuantitativa de proteinas en orina en equipo automatizado	PRUEBAS	640	200	200	240
50	Procalcitonina: Determinacion cuantitativa de procalcitonina en suero o plasma en equipo automatizado	PRUEBAS	8,040	2,000	2,000	4,040

51	ESTRADIOL: Ensayo diseñado para la determinacion cuantitativa de estradiol -17 beta,en suero humano en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
52	FENITOINA: Medicion cuantitativa de fenitoina en suero o plasma heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
53	FENOBARBITAL: Medicion cuantitativa de fenobarbital en suero o plasma heparinizado, en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
54	FERRITINA: Medicion cuantitativa de ferritina en suero o plasma ,en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
55	FSH: Medicion cuantitativa de la hormona estimulante en sueroo plasma ,utilizando el equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
56	HORMONA DE CRECIMIENTO: Medicion cuantitativa de hormona de crecimiento en sueroo plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
57	INSULINA: Medicion cuantitativa de insulina en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	2,400	800	800	800

58	LH: Para el diagnostico in vitro para la determinacion cuantitativa de hormona luteinizante en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
59	PROGESTERONA: Medicion cuantitativa de progesterona en suero o plasma utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	200	200	
60	PROLACTINA: Medicion cuantitativa de prolactina en suero o plasma, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	200	200	
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	400	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	1,600	400	600	600
63	PTH: Medicion cuantitativa de la hormona paratiroidea en plasma con EDTA y suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	

64	T3 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de T3 total en suero o plasma , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1,000	300	400	300
65	T3 LIBRE: Medicion cuantitativa de T3 libre en suero o plasma humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
66	T4 TOTAL EN SANGRE: Medicion cuantitativa de tiroxina total en suero o plasmahumano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1,600	300	600	700
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	12,000	4,000	4,000	4,000
68	TESTOSTERONA: Medicion cuantitativa de testosterona total en suero y plasma heparinizado o EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente /electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
69	TIROGLOBULINA: Para la cuantificacion de tiroglobulina en suero o plasma heparinizado o EDTA,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	200	200	
70	TROPONINA: Medicion cuantitativa de troponina I en suero,plasma con EDTA o heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	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	12,000	4,000	4,000	4,000
72	VITAMINA B12: Para la cuantificacion de vitamina B12 en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	200	200	
73	ACIDO VALPROICO: Para la determinacion cuantitativa de acido valproico en suero o plasma heparinizado, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	200	200	
74	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES: Medicion cuantitativa de anticuerpos microsomales en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	800	200	300	300
75	ANTICUERPOS ANTI TIROGLOBULINAS: Medicion cuantitativa de anticuerpos antitiroglobulinas en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
76	ACTH: Medicion cuantitativa de la hormona adenocorticotropa en plasma EDTA, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
77	ALFAFETOPROTEINA: Medicion cuantitativa de alfafetoproteina en suero o plasma,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	

78	BETA-HCG: Medicion cuantitativa de la sub unidad beta-HCG libre en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
79	BETA 2 MICROGLOBULINA: Medicion cuantitativa de beta 2 microglobulina en suero y orina ,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
80	CA 125: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA-125 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
81	CA 19-9: Para la medicion cuantitativa del antigeno CA19-9 en suero,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
82	CEA: Para la medicion cuantitativa del antigeno carcino embrionario en suero utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
83	CARBAMAZEPINA: Para la medicion cuantitativa de carbamazepina en suero o plasma heparinizado,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	200	200	
84	CORTISOL: Para la medicion cuantitativa de cortisol en suero humano, utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	400	200	200	

85	CK-MB: Para la medicion cuantitativa de CK-MB en suero, plasma con EDTA o heparinizado en equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	1,600	400	600	600
86	DIGOXINA: Para la medicion cuantitativa de digoxina en suero o plasma heparinizado , utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electroquimioluminiscente	PRUEBAS	200	100	100	
87	ACIDO FOLICO: Para la determinacion cuantitativa de acido folico en suero humano,utilizando equipo automatizado quimioluminiscente/electtroquimioluminiscente	PRUEBAS	600	200	200	200
88	NT-Pro BNP Para 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	200	100	100	
90	VITAMINA D	PRUEBAS	600	200	200	200
91	TRANSFERRINA	PRUEBAS	200	100	100	

92	IGF-1	PRUEBAS	200	100	100	
93	Acs. Antinucleares (ANA): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección de acs. antinucleares de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	192	48	72	72
94	Anca MPO: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs.de clase IgG antimieloperoxidasa en suero humano.	PRUEBAS	192	48	72	72
95	Anca PR3: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la determinación cuantitativa de acs. antiproteinasa 3 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	192	48	72	72
96	Acs. Cardiolipinas IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anticardiolipina de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	432	144	144	144
97	Acs. Cardiolipinas IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anticardiolipina de clase IgM en suero humano.	PRUEBAS	408	144	144	120
98	Ds-DNA: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de Aacs. para el antígeno dsDNA en suero humano.	PRUEBAS	1,152	480	480	192
99	Membrana Glomerular Basal (GBM): Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. IgG de antiGBM en suero humano.	PRUEBAS	24	24		

100	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	360	96	96	168
101	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	360	96	96	168
102	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	360	96	96	168
103	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	336	96	96	144
104	Scl -70: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anti Scl 70 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	96	48	48	
105	SSA/RO: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. anti SSA/RO de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	72	24	48	
106	SSB/LA: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs.anti SSB/LA de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	360	120	120	120

107	Beta 2 glicoproteína IgG: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. beta 2 glicoproteína IgG en suero humano.	PRUEBAS	72	24	48	
108	Beta 2 glicoproteína IgM: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. beta 2 glicoproteína IgM en suero humano.	PRUEBAS	24	24		
109	Acs. LKM1: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. LKM1 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	24	24		
110	Acs. Centrómero B: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. centrómero B en suero humano	PRUEBAS	200	100	100	
111	JO1: Prueba de elisa automatizado de ultima generacion para la detección cuantitativa de acs. JO1 de clase IgG en suero humano.	PRUEBAS	200	100	100	
112	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	100	100	
113	Citomegalovirus IgG: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgG de Citomegalovirus en suero humano.	PRUEBAS	200	100	100	

114	Citomegalovirus IgM: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de anticuerpos IgM de Citomegalovirus en suero humano	PRUEBAS	200	100	100	
115	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	200	100	100	
116	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	200	100	100	
117	Toxoplasma IgM: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM de Toxoplasma gondii en suero humano.	PRUEBAS	200	100	100	
118	IgE total: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE total en suero humano.	PRUEBAS	400	100	100	200
119	IgE especifica Candida albicans: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	160	80	80	

120	IgE especifica Epitelio de Gato: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	80	40	40	
121	IgE especifica Mosquito: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	140	80	60	
122	IgE especifica Cucaracha: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	80	40	40	
123	IgE especifica Epitelio de Perro: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	80	40	40	
124	IgE especifica Polvo Casero: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	120	60	60	
125	IgE. Especifica Dermatophagoides Farinae: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	240	60	80	100
126	IgE especifica Aspergillus Níger: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	60	30	30	

127	IgE especifica Camarón: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	40	20	20	
128	IgE especifica Carne de cerdo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	240	100	80	60
129	IgE especifica Carne de pollo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	140	40	40	60
130	IgE especifica Carne de res : Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	120	40	40	40
131	IgE especifica Cangrejo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	60	20	40	
132	IgE especifica Cacahuate: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	80	40	40	
133	IgE especifica Chocolate: inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	140	70	70	

134	IgE especifica Fresa: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	180	90	90	
135	IgE especifica Gluten: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	200	100	100	
136	IgE especifica Huevo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	180	90	90	
137	IgE especifica Soya: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	80	40	40	
138	IgE especifico leche: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	240	120	120	
139	IgE especifico trigo: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	40	20	20	
140	IgE especifico penicillium notatum: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	80	40	40	

141	IgE especifico veneno de abeja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	120	60	60	
142	IgE especifico naranja: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	120	60	60	
143	IgE especifico raton: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno-Específica en suero humano.	PRUEBAS	60	30	30	
144	IgE especifico piña: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	140	70	70	
145	Eritropoyetina: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para la determinación cuantitativa de eritropoyetina en suero humano.	PRUEBAS	200	100	100	
146	IgE 3º generación/especifica: Inmunoensayo automatizado quimioluminiscente para inhalantes y alimentos para la determinación cuantitativa de IgE alérgeno- Específica en suero humano.	PRUEBAS	3,000	1,000	1,000	1,000
147	Acs. Ciclosporina	PRUEBAS	48	24	24	

148	Inmunofluorescencia ANA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos antinucleares (ANA)en suero humano	PRUEBAS	1,600	600	600	400
149	Inmunofluorescencia ds DNA:prueba automatizada de inmunofluorescencia indirecta para la deteccion anticuerpos DNA doble cadena en suero humano	PRUEBAS	1,000	300	300	400
150	GASES ARTERIALES	PRUEBA	41,250	15,000	15,000	11,250
151	Identificacion de Gram negativos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	80	40	40	
152	Tarjetas/Cartuchos identificacion de Gram Positivos	PRUEBA	800	200	200	400
153	Tarjetas / Cartuchos sensibilidad de Gram Positivos	PRUEBA	800	200	200	400
154	sensibilidad de Gram negativos (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado Se requiere minimo un año de vencimiento	PRUEBA	1,000	300	300	400
155	Identificacion de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	1,200	300	300	600
156	Sensibilidad de LEVADURAS (tarjetas /cartuchos) compatible con equipo automatizado	PRUEBA	1,200	400	400	400

157	Frascos de hemocultivos pediatricos compatible con equipo automatizado (Aerobios pediatricos)	C/FRASCO	1,200	400	400	400
158	Frascos de hemocultivos adultos compatible con equipo automatizado (Aerobios adultos)	C/FRASCO	800	200	200	400
159	SISTEMA AUTOMATIZADO PARA IDENTIFICACION DE LEVADURAS MOHOS POR ESPECTOMETRIA DE MASAS.	PRUEBA	1,200	400	400	400
160	Cartucho para el recuento de células TCD4	PRUEBAS	7	2	2	3
161	ANTIGENO PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	C/CAJA	10	3	3	4
162	TOXINA A/B PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	C/CAJA	8	2	2	4
163	DENGUE NS1	C/CAJA	1	1		
164	DENGUE IgM	C/CAJA	1	1		
165	RUBEOLA IgM	C/CAJA	1	1		

166	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIO TIPO "A" Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	9	3	3	3
167	Agar cromogenico candida Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	6	2	2	2
168	Agar simple en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	1	1		
169	Caldo Infusion Cerebro Corazon Medio de Cultivo deshidratado	Frasco 500 gr	1	1		
170	Chromo Agar candida plus Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	1	1		
171	Dextrosa en polvo Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	2	1	1	
172	Mac Conkey Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	20	6	6	8
173	Mycosel Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	1	1		
174	Sabouraud Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	2	1	1	
175	Tripticasa Soya Agar Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	15	5	5	5
176	GS Agar base Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 500 gr	4	1	2	1
177	ASPERGILLUS GALACTOMANANO LATERAL FLOW ENSAYO 50 TESTS	KIT	4	1	2	1

178	HISTOPLASMA PRUEBA DE DETECCION DE ANTIGENO URINARIO ELISA DE 96 POZOS, KIT DE 96 PBS Fecha de vencimiento minimo un año	KIT	4	1	2	1
179	Cristal Violeta polvo Fecha de vencimiento minimo un año	Frasco 25 gr	5	2	2	1
180	Metodo colorimtrico para aislamiento de candida criptococcus asperguillusFecha de vencimiento minimo un año	KIT /20 PRUEBAS	6	2	2	2
181	Prueba Alere Determine TB-LAM antigeno en orina Fecha de vencimiento minimo un año	KIT/25PRUEBAS	4	1	1	2
182	Prueba de flujo lateral para criptococcus antigeno Fecha de vencimiento minimo un año	KIT/50 PRUEBAS	5	1	2	2
183	Suplemento B (Vitox) Fecha de vencimiento minimo un año	Caja / 10 Frascos	60	15	20	25
184	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	CADA SET DE 100 PBS	480	120	180	180

185	RPR(Antígeno con partículas de carbón y cardiolipinas * Método de floculación no treponemal cualitativa y semicuantitativa para detección de anticuerpos réagines en el suero y plasma, para la detección serológica de la sífilis * Incluye Control ++, Control +, Control -) Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	15,000	5,000	5,000	5,000
186	Pruebas de embarazo (cassette) Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	6,000	2,000	2,000	2,000
187	Sangre Oculta en heces(prueba rapida de un solo paso ;inmunoensayo cromatografico) Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	1,600	500	600	500
188	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	PRUEBAS	150	50	50	50
189	Antigeno Helicobacter Pilory en heces Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	1,600	400	600	600
190	Prueba rápida para el análisis de chlamydia trachomatis Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	60	20	20	20
191	Reactivo ORO COLOIDAL para la determinacion de ACS HIV TIPO 1 y 2, Prueba rapida de Tamizaje Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	500	150	150	200

192	ORAQUICK Prueba rapida confirmatoria para el diagnostico de HIV Tipo 1 y 2 Fecha de vencimiento minimo un año	PRUEBAS	50	10	10	30
193	BEADS ESTANDAR Control de calidad para el recuento de celulas TCD	SET	2	1	1	
194	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	PRUEBAS	600	150	150	300
195	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	PRUEBAS	600	150	150	300
196	Tuberculosis - Igra Fecha de vencimiento minimo un año Tuberculosis - Igra	C/caja	1	1		
197	Glicerina Pura Fecha de vencimiento minimo un año	Galon	6	2	2	2
198	Hidroxido de Sodio(perlas) Fecha de vencimiento minimo un año	Fco/ 1 kg	1	1		

199	Hidroxido de potasio, granulado	C/FRASCO	2	1	1	
200	DISCOS DE SENSIBILIDAD Bacitracina ,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1	1		
201	DISCOS DE SENSIBILIDAD Linezolid ,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1	1		
202	Cefiderocol MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	6	2	2	2
203	Minociclina MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	6	2	2	2
204	Meropenem-Varbobactam MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	3	1	1	1
205	Vancomisina MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/30 tiras	12	4	4	4
206	COLISTIN MIC TEST -STRIP Fecha de vencimiento minimo un año	Caja/5 viales	6	2	2	2
207	DISCOS DE SENSIBILIDAD OPTOQUINA,CAJA DE 5 VIALES(,fecha de vencimiento minimo 1 año)	Caja/5 viales	1	1		
208	Pruebas de fructuosa Fecha de vencimiento minimo un año	Pruebas	100	30	30	40

209	Prueba de zinc Fecha de vencimiento minimo un año	Pruebas	100	30	30	40
210	Prueba de Clamydia Chlamydia trachomatis antigeno Fecha de vencimiento minimo un año	Pruebas	50	15	15	20
211	Pruebas de diagnóstico rápido para Malaria (Plasmodium vivax y P. falciparum), detección de antígeno Fecha de vencimiento minimo un año	SET 25 Pruebas	1	1		
212	Prueba de diagnóstico rápido para la detección de Trypnosoma cruzi, deteccion de anticuerpos IgG/IgM Fecha de vencimiento minimo un año	Set 20 Pruebas	1	1		
213	Trutol, listo para uso 75gr Fecha de vencimiento minimo un año	C/FRASCO	600	200	200	200
214	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 200 Glucometros y Baterias de repuesto para cada glucometro. (Total 800 baterias)	C/U	325,000	90,000	120,000	115,000
215	Reactivos para Chagas método quimioluminiscencia /electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones	PRUEBAS	100	50	50	

216	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			PRUEBAS	200	50	100	50
217	Reactivo para Hepatitis A método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones			PRUEBAS	100	20	30	50
218	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.			PRUEBAS	200	100	100	
219	Reactivos para Hepatitis C método quimioluminiscencia/ electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones.			PRUEBAS	200	100	100	

LOTE N°2 BANCO DE SANGRE (Registro Sanitario: Si Muestra: N/A)				Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato	Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato	Tercer Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato
220	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	10,000	3000	3500	3500
221	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	10,000	3000	3500	3500
222	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	10,000	3000	3500	3500
223	Reactivos para Chagas método quimioluminiscencia /electroquimioluminiscencia de última generación para uso en equipo automatizado de	PRUEBAS	10,000	3000	3500	3500

	resultados de análisis inmediatos. Numero de determinaciones kit de 200, 500 a 600 pruebas.					
224	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	10,000	3000	3500	3500
225	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	10,000	3000	3500	3500
226	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	10,000	3000	3500	3500

227	Tarjeta Gel de origen monoclonal para la determinación de Tipo ABO y Rh, más la doble determinación del antígeno D (antígeno débil o parcial), si la tarjeta no cuenta con la doble determinacion del antigeno D debera proporcionar los reactivos para procesamiento manual, ademas debera incluir los respectivos pocillos para control y prueba inversa en donantes, debidamente sellados, con espacio suficiente para la identificación y que únicamente se perfore los pocillos a utilizar para el análisis y que la misma tarjeta pueda ser utilizada para otros análisis en los pocillos no perforados. Que incluya todos los insumos necesarios en cantidad proporcional para uso en equipo automatizado y que tenga incorporado un software para lectura de código de barra. Proporcionar el Control de Calidad Interno (Describa el tipo de tarjeta a ofertar en observaciones.)	C/TARJETA	10,000	3000	3000	4000

228	Tarjetas Gel conteniendo reactivos anti IgG para rastreo de anticuerpos irregulares con Células Pool o Pantalla I y II para la detección de anticuerpos irregulares en donantes de sangre y las células pantallas 1, 2 y 3 para el rastreo de anticuerpos irregulares en pacientes, que únicamente se perfore los pocillos a utilizar y que la misma tarjeta pueda ser utilizada para otros análisis en los pocillos no perforados; más el panel de identificación de anticuerpos(panel normal a 37°C y papainizado) más comunes en nuestra población, aproximadamente 1 kit al mes incluyendo las soluciones auxiliares para la identificación de anticuerpos irregulares encontrados, más los insumos necesarios(cloroquina,PEG,etc) y reactivos necesarios para la fenotipificación de las unidades y pacientes con RAI positivo(fenotipo Rh,Kell,Kidd.MNS), incluyendo el fenotipo extendido para la y las tarjetas o antisueros necesarios para realizar Coombs Directo fraccionado (IgG, IgA, IgM, C3d, C3c) de acuerdo a la necesidad.	C/TARJETA	2,400	500	950	950
229	Hemogramas para la determinacion de Hemoglobina,Hematocrito, serie blanca y plaquetas.Con los respectivos soluciones ,insumos para el procesamiento de la prueba.Que la fecha de vencimiento sea 2 años como minimo con opcion de cambio de ofrecer fecha menor a la solicitada	c/u	2,000	500	500	1000

230	RPR, Antígeno de cardiolipinas con partículas de carbón. Para determinar Sífilis en etapa activa, en presentacion de 100 pruebas por kit. Que el vencimiento del reactivo sea de 2 años como minimo, con opción de cambio en caso de ofrecer fecha menor a la solicitada.			C/KIT	1	1		
231	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	500	150	150	200
232	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	500	150	150	200
233	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	600	200	200	200
234	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	500	150	150	200

LOTE N°3 DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA (Registro Sanitario: Si Muetra: N/A)				**Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Tercera Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato**
235	Fite de Faraco Tinción para identificar Bacilos alcohol ácidos residentes. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50pruebas	1		1	
236	Pas Tinción para identificar Glucógeno en los tejidos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	2		1	1
237	Giemsa Tincion para identificar para identificar Células sanguíneas. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
238	Tricomico de Masson (Rojo y azul) Tinción especial para identificar Musculo y Colágeno.(1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
239	Reticulina Tinción especial para identificar Fibras Reticulares. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	

240	Azul Alcian Tinción para identificar Mucina en Tejidos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
241	Hierro (Iron Stain) Tincion para detectar hierro (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
242	Rojo Congo Tinción para detectar amiloide (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
243	Metenamina de Jhons tinción para identificar Membranas Basales (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
244	Grocot Tinción para identificar hongos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
245	Mucicarmin Tinción para detectar mucopolisacaridos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
246	Fibras Elasticas,Tincion para evaluar fibras elásticas. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
247	Whartin - Starry tinción para identificar microorganismos. (1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL de 50 pruebas	1		1	
248	Alfa Feto Proteína (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
249	BCL-2 (SP66) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
250	BCL-6 (GI191E/A8) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1

251	BRAF (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
252	CD3 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	3		1	2
253	CD4 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
254	CD10 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
255	CD15 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
256	CD20 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	3		1	2
257	MYOGENIN (F50)	C/VIAL	1		1	
258	CD23 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
259	CD30 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	4		2	2
260	CD31 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
261	CD34 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
262	CD38 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
263	CD45 LCA (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
264	CD71 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	

265	CD99 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
266	CD117 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
267	CD138 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
268	CDX-2 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
269	Citoqueratina AE1/AE3 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
270	CITOQUERATINA 5/6 (D5/1684)(1 año mínimo de garantía) 1 año minimo de vencimiento	C/VIAL	1		1	
271	Cromogranina A (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
272	Desmina (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
273	Enolasa específcia neuronal (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
274	E-CADHERINA(vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
275	HMB-45 Melanosoma (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
276	HER-2 NEU (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
277	HEPAR-1(vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	

278	HHV-8 (Virus del Herpes Humano) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
279	Ki67(30-9) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
280	MYELOPEROXIDASE (POLICLONAL) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
281	OCT-4(MRQ-10) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
282	P16 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
283	P53 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
284	P63 (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
285	PSA (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
286	Racemasa (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
287	Receptores de Estrógenos (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
288	Receptores de Progesterona (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
289	S-100 (monoclonal) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
290	Sinaptofisina (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	

291	TDT (POLYCLONAL) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	2		1	1
292	Virus del Epstein Barr (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
293	Vimentina (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
294	WT-1 (Proteina 1 del Tu de Willns) (vial 50 Pruebas,1 año mínimo de vencimiento)	C/VIAL	1		1	
295	MUM-1	C/VIAL	1		1	
296	ANTI-S100 (4C4.9)	C/VIAL	1		1	
297	SOX-10	C/VIAL	1		1	
298	CD8	C/VIAL	1		1	
299	Neurofilamento (2F11)	C/VIAL	1		1	
300	CD1A (ep3622)	C/VIAL	1		1	
301	ESTEIN BARR VIRUS (C51-4)	C/VIAL	1		1	
302	ANTI-PRAME (EPR20330)	C/VIAL	1		1	

LOTE No. 4 SERVICIO DE ESTUDIOS PARA TRASPLANTES (Registro Sanitario: Si Muestra. N/A)				Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato	Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato	Tercera Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato
303	Kit tipificación HLA-A eRES SSO Ref. 628913 (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
304	Kit tipificación HLA-B eRES SSO Ref. 628917 (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
305	Kit tipificación HLA-DRB1 eRES SSO Ref. 628925 (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
306	Conjugado R-Ficoeritrina Estreotavidina SA-PE 1mg/ml Ref. 628511. Vial de 85 ul. Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Vial	8			8
307	Kit Perlas de Calibración Luminex Ref. 628018 (Kit de 25 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	2			2
308	Kit de Perlas de Verificación de Rendimiento Luminex Ref. 628019 (Kit de 25 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	2			2
309	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). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	2			2

310	Detección de Anticuerpos ID Clase I Ref 628200 (Kit de 25 pruebas) . Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
311	Detección de Anticuerpos ID Clase II Ref 628223 (Kit de 25 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
312	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase I (LSA Clase I). Ref. 265100R (Kit de 24 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
313	Antígenos únicos para la detección de anticuerpos IgG HLA Clase II (LSA Clase II). Ref.265200R (Kit de 24 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
314	Detección de anticuerpos especificos del donante DSA . Ref 628230 (Kit de 96 pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Kit	4			4
315	Líquido de envoltura Luminex (Luminex Sheath Fluid) Ref 628010 (Frasco 20 Litros). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.	Frasco	12			12
316	Kit de ensayo Qubit dsDNA HS alta sensibilidad (Qubit dsDNA hs Assay Kit Q33230) (Kit de 100 pruebas) .. (Compatible para uso en equipo Qubit 4.0.) Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	2			2

317	Kit de Purificación Manual de ADN genómico a base de membrana de sílice. (Kit 50 Pruebas). Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	3			3
318	Medios de separación de densidad de linfocitos (1.077 - 1.080 g/mL) Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	4			4
319	Medio RPMI 1640 (1X) (Caja de 6 x 100 ml/Pack). Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Caja	2			2
320	Buffer fosfato salino PBS 10 X. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1			1
321	Azida Sódica. Frasco de 100 g. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1			1
322	Suero Fetal Bovino. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1			1
323	Suero de conejo inactivado. Frasco de 100 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1			1
324	Formaldehido al 37%. Frasco de 500ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1			1
325	Solución de Hank. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Frasco	1			1

326	Anticuerpo monoclonal Anti A. Frasco de 10 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.			Frasco	1			1
327	Anticuerpo monoclonal Anti B. Frasco de 10 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.			Frasco	1			1
328	Anticuerpo monoclonal Anti D. Frasco de 10 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.			Frasco	1			1
329	Tris-HCl 10 mM Ph 8.0 . Frasco de 100 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.			Frasco	1			1
330	Tween 20 grado Biologia Molecular. Frasco de 500 ml. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.			Frasco	1			1
331	Anticuerpo Monoclonal CD3-PE (100 reacciones). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.			Frasco	2			2
332	Anticuerpo Monoclonal CD19-PE (100 reacciones). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses			Frasco	2			2
333	Anti inmunoglobulina humana FITC (Goat Fab2 Anti Human IgG FITC) (100 reacciones). Fecha de vencimiento mínima requerida 6 meses.			Frasco	2			2

REACTIVOS PARA VIRUS DE VIGILANCIA				**Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Tercera Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato**
334	Enzima Ag Path One Step 1X. Kit de 1000 reacciones. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	6		3	3
335	Kit de purificación manual de ADN/ARN Viral. Kit de 50 pruebas. Fecha de vencimiento mínima requerida 1 año.	Kit	4		2	2
LOTE N° 5 EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL **(Registro Sanitario: Si Muestra. N/A)**				**Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Tercera Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato**
EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)						

336	Clostridium difficile GDH: Deteccion de antigeno para la determinacion de inmunoenzimatico tipo sandwich en dos etapas con una deteccion final por fluorecencia. (ELFA)			PRUEBAS	360		160	200
337	Clostridium difficile Toxinas A y B: Deteccion de antigeno para la determinacion de inmunoenzimatico tipo sandwich en dos etapas con una deteccion final por fluorecencia. (ELFA)			PRUEBAS	240		120	120
338	Antigeno Covid-19: Inmunoensayo cromatografico rapido para la deteccion cualitativa de antigenos SARS-Cov-2.			PRUEBAS	5250	500	2,000	2,750
LOTE No. 6 U.C.I.A. Gases Arteriales (Registro Sanitario: Si Muestra. N/A) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)						**Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Tercera Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato**

339	KIT DE CASSETTE O CARTUCHO PARA TOMA DE MUESTRA con los siguientes parametros de medicion : PH, PCO2, PO2, Na+, K+, CL-, Ca++, GLU, LAC, HT (Kit o Cartucho de 25 pruebas)	KIT	40		10	30
340	Paquete de fluido calibrante destinado a la calibracion PH, PCO2, PO2, Na+, , k+ , CL- , Ca++ , GLU, LAC,HT (paquete de 50 pruebas)	C/Paquete	20		5	15
LOTE No. 7 CLINICAS PERIFERICAS DE EMERGENCIA (CLIPER) (Registro Sanitario: Si Muestra. N/A) (FECHA DE VENCIMIENTO REQUERIDA MINIMO UN AÑO)				**Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Tercer Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato**
(LOTE 7.1) SERVICIO DE HEMATOLOGIA						

341	HEMOGRAMA COMPLETO: Determinación de los diferentes elementos formes de la sangre midiendo la serie roja, recuento plaquetario, determinación de serie blanca diferencial en tres partes (Linfocitos, Monocitos y granulocitos) y mediante equipo automatizado.			Pruebas	11,400	2500	4,450	4,450
(LOTE 7.2) SERVICIO DE BIOQUIMICA						**Primera Entrega 1-5 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**segunda Entrega 1-30 dias calendarios despues de firmar el contrato**	**Tercer Entrega 1-60 dias calendarios despues de firmar el contrato**
QUIMICA SANGUINEA RUTINA								
342	ACIDO URICO: Determinacion cuantitativa de acido urico en suero en equipo automatizado			PRUEBAS	7,000	1,000	2,500	3,500
343	COLESTEROL TOTAL: Determinacion cuantitativa de colesterlo total en suero en equipo automatizado			PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500
344	COLESTEROL LDL: Determinacion cuantitativa de colesterlo LDL en suero en equipo automatizado			PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500

345	COLESTEROL HDL: Determinacion cuantitativa de colesterlo HDL en suero en equipo automatizado	PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500
346	CREATININA: Determinación cuantitativa de la creatinina en suero O plasma y orina en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500
347	GLUCOSA: Determinación cuantitativa de la Glucosa sérica mediante equipos automatizado.	PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500
348	AST-TGO: Determinación cuantitativa de la actividad de la aspartato aminotransferasa en suero o plasma para equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500
349	ALT-TGP: Determinación cuantitativa de la actividad de la alanino aminotransferasa en suero o plasma en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500
350	TRIGLICERIDOS: Determinacion cuantitativa de Trigliceridos en suero en equipo automatizado	PRUEBAS	6,000	1,000	2,500	2,500
351	ALBUMINA: Determinacion cuantativa de la albumina en suero mediante equipos automatizados	PRUEBAS	1,800	600	600	600
352	UREA/ BUN: Determinación cuantitativa de nitrógeno ureico en suero o plasma y orina en equipo automatizado.	PRUEBAS	6,000	1,500	2,000	2,500
353	**TIRAS REACTIVAS PARA EL ANALISIS DE ORINA DE 10 PARAMETROS**: Leucocitos, Nitritos, Urobilinógeno, Proteínas, PH, Sangre Oculta, Cetonas, Bilirrubinas, Glucosa, Densidad (gravedad especifica).	PRUEBAS	200	50	75	75

354	**DENGUE DUO** : Casette que identifique en suero o plasma la presencia de PROTEINA NS1 encontrada en pacientes infectados por dengue.	PRUEBAS	800	200	200	400
355	**INFLUENZA A/B-ANTIGENO SARS-CoV-2 DUO:** Casette para la identifucacion INFUENZA A/B-Antigeno Covid, por muestra nasofaringeo.	PRUEBAS	800	200	200	400

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. Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el Secretario de la Sociedad Mercantil. (DS)		
2.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)		
3.Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal. (DS)		
4.Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal. (DS)		
5.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 …"		
6.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.		
7.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)		
8. Registro de Beneficiario (PIN SIAFI Vigente y Legible)		
9. Cuenta bancaria del proveedor: todos los proveedores participantes deben de presentar copia de la libreta de cuenta o constancia de banco de la cuenta, la cual debe coincidir con la cuenta registrada en el Pin SIAFI.		
10. Registro Sanitario Vigente: (SI APLICA)		
13.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.		
Copia autenticada del Balance General 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).		
Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscalinmediato 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).		
Formulario de Presentación de la Oferta.		
Formulario de Oferta por Item.		

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.**

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) debe adjuntar especificaciones técnicas del equipo a ofertar en formato excel (EDITABLE. NO PDF)**

c) Cuadro de presentación de Muestras (físico)

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

e) Formato Acta de Compromiso de Reemplazo (físico)

f) Formulario de Declaración Jurada de Integridad (físico)

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

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

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

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

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

l) 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-XX-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 noventa (90) días hábiles, 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.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS | HOSPITAL ESCUELA

FORMULARIO DE LISTA DE PRECIO

Contratación Directa CD-SESAL-HE-10-2026

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

No. de Ítem	Nombre del Producto	Descripción Técnica Ofertada	Unidad de Presentación	MARCA	Cantidad Ofertada	Precio Unitario (LPS) (Max. dos decimales)	Precio Unitario por Cantidad Ofertada	I.S.V. (si Aplica)	Precio Total (LPS) (Max. dos decimales)	Plazos de Entrega ofertados
1										
2										
3										
MONTO TOTAL									L. XXXX	

FIRMA/SELLO (EMPRESA) :
NOMBRE (DE QUIEN FIRMA) :
CARGO (DE QUIEN FIRMA) :
LUGAR Y FECHA

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS | HOSPITAL ESCUELA

FORMULARIO DE LISTA DE PRECIO
Contratación Directa CD-SESAL-HE-10-2026

FICHA POR ITEM

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

No. de Ítem	Nombre del Producto	Descripción Técnica Ofertada	Unidad de Presentación	Marca	Cantidad Ofertada	Precio Unitario (LPS) (Max. dos decimales)	Precio Unitario 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 CLINICO
LUGAR Y FECHA :
NOMBRE (DE QUIEN FIRMA) :
CARGO (DE QUIEN FIRMA) :
FIRMA/SELLO (EMPRESA) :

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL ESCUELA

COLOCAR **Especificaciones Técnica del equipo en comodato Ofertado**

No. De Lote	Nombre del Equipo	Especificaciones Técnica del equipo en comodato Ofertado	PAIS	MARCA	Cantidad Ofertada
1					
2					
3					

REQUISITO OBLIGATORIO ENVIAR **Especificaciones Técnica del equipo en comodato Ofertado en USB formato editable.**

CUADRO DE PRESENTACIÓN DE MUESTRAS

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

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

No. De ITEM LA MUESTRA DEBE PRESENTARSE DEBIDAMENTE ROTULADA	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]*

Página _____ de _____ páginas

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.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL ESCUELA

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

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS | HOSPITAL ESCUELA

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).

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL ESCUELA

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).

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS | HOSPITAL ESCUELA

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).

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL ESCUELA

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/-2026
CONTRATACIÓN DIRECTA N° SESAL-HE-XX-2026
PARA LA CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de "REACTIVOS"

Nosotros**, DARIO BENJAMINJ ZUNIGA**, mayor de edad, Médico Especialista, hondureño, con el documento nacional de identificación N° XXXX-XXX-XXXX y de este domicilio, actuando en su condición de Director ejecutivo del Hospital Escuela, con facultades amplias y suficientes para realizar este tipo de actos, según ACUERDO N° XXX-A-XXXX de fecha XXX (XX) de XXX del (202X), 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 xxx 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° SESAL-HE-16-2026** para la **"CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de "REACTIVOS"**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 **CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de "REACTIVOS"** 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 xxx, que en virtud de este contrato se compromete a suministrar deberá entregarlos según lo descrito en los documentos presentados en la oferta. 2) Los xxxx 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 xxxx 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"**.

PDA	INSUMO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA	UND	PAÍS	REGISTRO SANITARIO	CANTIDAD	PRECIO	SUB TOTAL	TOTAL	TIEMPO DE ENTREGA
25	XXXX	XXXXX	VIAL	XXX	XXXXX	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	XXXXX X	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 CUARTA. - DESCRIPCIÓN DE LOS SUMINISTROS. - "**EL PROVEEDOR"** se compromete a suministrar los Insumos objeto del presente Contrato, conforme al detalle presentado en su oferta y que se muestra en el cuadro a siguiente:

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 xxxx 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 Insumos 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 xxx 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 Insumos serán entregados en el **ALMACÉN DE MATERIALES,** 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 xxxx 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 Insumos 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 Insumos 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: **CONTRATACION DIRECTA CD-SESAL-HE-10-2026 de**

"REACTIVOS"; OBJETO DE GASTO: 39530; PEDIDO N°: 001-2025; ALMACÉN SOLICITANTE: QUIRUGICO; FUENTE DE FINANCIAMIENTO: SEFIN XX; LINEA PACC: RENGLÓN N° XX.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA.- RIESGO DEL PROVEEDOR: "**EL PROVEEDOR"** no tendrá derecho a indemnización por causa de perdidas, averías o perjuicios ocasionados a los Insumos , 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 xxx, 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.- NOTIFICACIONES: Para efecto de notificaciones entre **EL "PROVEEDOR"** y "**EL HOSPITAL**," deberá ser por escrito o por correo electrónico a las direcciones siguientes: Por **EL HOSPITAL ESCUELA**: Dirección General, del lobby primer piso del Edificio Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, Boulevard Suyapa, calle "La Salud", Tegucigalpa, M. D. C. Departamento de Francisco Morazán, Tel: (504) 2232-6278; correo electrónico: licitaciones@hospitalescuela.edu.hn. Por **EL PROVEEDOR:** Empresa **XXXXXXXXXXXXX;** Calle XXX, Intersección con Anillo Periférico, Complejo de Bodegas XX, Comayagüela, Honduras; Tel: XXXXX; Dirección de Correo Electrónico: XXXXXXXX

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 xxx, 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 Medicamentos 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 xxxx 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 Medicamentos, 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.

CLAUSULA VIGESIMA CUARTA. –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 VIGESIMA QUINTA. - 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

HOSPITAL ESCUELA

XXXXXXXXXXXXXXXX

REPRESENTANTE LEGAL

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: _____

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL ESCUELA

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**

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL ESCUELA

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**