

Formulario F-I-008 -52 2019
Indicar número de formulario, (52 HEU-2019)
Solicitud de Autorización de Compra por Fuera de Catálogo Electrónico

1. Datos de la Institución	
Nombre de la Institución:	HOSPITAL ESCUELA (SECRETARIA DE SALUD)
Unidad de Compra que solicita el producto:	HOSPITAL ESCUELA
Dirección:	TEGUCIGALPA MDC, BOULEVAR SUYAPA CALLE LA SALUD
Teléfono:	2232-2322 EXT 331
Correo Electrónico:	Elisa.melendez@hospitalescuela.edu.hn

Artículo 12.- Compra en el Catálogo Electrónico. Los entes adquirentes, deben considerar como primera opción de compra, los productos o servicios incluidos en el Catálogo Electrónico. En caso de que en el Catálogo Electrónico, existiera un bien o servicio con características no exactas al solicitado, pero cuya adquisición no afecta de manera sustancial el objeto de la compra, el ente debe adquirir el bien o servicio que más se asemeje a su requerimiento.

2. Datos de la Compra			
Producto a adquirir:	Cantidad a adquirir	Número de Renglón aprobado en el PACC:	Monto Presupuestado
FACSIMIL AUTOMATICO (SELLO CON FIRMA)	1		L. 850.00
Encontró un producto similar dentro de Catálogo Electrónico (Mencione cuales):	NO		
Por que el producto que esta dentro de Catálogo Electronico no satisface su necesidad	LOS PRODUCTOS DETALLADOS EN ESTE FORMULARIO NO SE CUMPLE CON LO SOLICITADO EN PEDIDO.		
Justifique técnicamente, con documentación fehaciente las características del producto a adquirir: (anexar al presente documento dictamen tecnico del por que el producto no cumple)	EL PRODUCTO NO ESTA DENTRO DEL CONVENIO MARCO DE UTILES DE OFICINA UNICAMENTE SE ENCONTRO : SELLO FOLIADOR DE HASTA 7 DIGITOS.		

Formulario F-I-008 -52 2019
Indicar número de formulario, (52 HEU-2019)
Solicitud de Autorización de Compra por Fuera de Catálogo Electrónico

4. Condiciones mas ventajosas por fuera del Catálogo Electrónico

Indicar Datos del Proveedor

	Proveedor	Monto cotizado
Indique los proveedores que le brindan el producto solicitado(Adjuntar Cotización)		
	DISPROA	L 977.00
	ACOSA	
	PAPELERIA HONDURAS	
	PACASA	

5. Visto Bueno por: Comprador Público Certificado (CPC)

Revisado por:

Nombre: MARCO ANTONIO FLORES GARCIA

Puesto: COMPRADOR PUBLICO CERTIFICADO HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO

Firma y Sello

Fecha 15 DE NOVIEMBRE DE 2019

6. Solicitado por: Gerente Administrativo o su equivalente.

Solicitado por:

Nombre: MARIANA GODOY MORENO

Puesto: DIRECTORA DE GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA

Firma y Sello

Fecha 15 DE NOVIEMBRE DE 2019

7. Campo Reservado para ONCAE (No llenar)

Presenta declaración jurada

,Fecha _____

Nombre _____

Analista de Compras Estratégicas (Revisado)

Firma _____

Observaciones: _____

DECLARACION JURADA DE VERIFICACION DE PRODUCTOS NO DISPONIBLES EN CATALOGO ELECTRONICO PARA EL FORMULARIO F-I-008 52 -2019

Yo MARIANA GODOY MORENO mayor de edad, de estado civil SOLTERA , desempeñándome en el puesto DIRECTORA DE GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA , y con tarjeta de identidad/pasaporte No. 0801-1979-04974 Mediante la presente **DECLARACION JURADA** por este acto DECLARO BAJO JURAMENTO: Que mi persona ha verificado que dentro del Catálogo Electrónico **CONVENIO MARCO DE UTILES DE OFICINA** que no existe ningún bien o servicio con características no exactas al solicitado, cuya adquisición no afecta de manera sustancial el objeto de compra, así mismo declaro que no se encontró el bien o el servicio que mas se asemeje al requerimiento. Así mismo declaro que expreso tener conocimiento de todos aquellos procesos de compra de bienes y servicios que, habiendo sido incorporados en el Catálogo Electrónico, se realicen fuera de este, serán nulos.

También declaro que la presentación física de la presente declaración con evidencia y sello, de recibido por parte de la **ONCAE**, representa una no objeción a la solicitud de autorización de compra por fuera del formulario que acompaña a la presente solicitud .Y que la ONCAE con base a mi declaración de oficio autoriza la compra solicitada en el **formulario F-1-008 No 52-2019** de oficio, no obstante tengo conocimiento que de identificarse una omisión a la legislación vigente esta será notificada al suscriptor, a la máxima autoridad de la institución y a las instancias de control interno y fiscalización pertinentes.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central a los 15 días del mes de Noviembre de 2019.

Atentamente,

Nombre MARIANA GODOY MORENO

Firma: 



COMPRAS POR CATÁLOGO ELECTRÓNICO

Bienvenido TID-1807-2003-00508 | [Cerrar Sesión](#)



Institución: Secretaría de Salud
GA - UE: 2-GERENCIA ADMINISTRATIVA HOSPITAL ESCUELA - DIRECCIÓN HOSPITAL ESCUELA

0 Items
[Ir a Mi Carrito](#)

[Búsqueda Avanzada](#)
[Buscar ordenes](#)

Producto o Servicio:

Cantidad de productos que desea adquirir:

Catálogo de Productos o Servicios

- [Legumbres](#)
- [Equipo de tejido, pespunteado y cosido y accesorios](#)
- [Equipos audiovisuales](#)
- [Accesorios para impresoras, fotocopadoras y aparatos de fax](#)
- [Carpetas de archivo, carpetas y separadores](#)
- [Pasta o tallarines natural](#)
- [Productos de leche y mantequilla](#)
- [Maletas](#)
- [Marbetes o rótulos](#)
- [Máquinas para procesamiento de papel y accesorios](#)
- [Repuestos de tinta y minas de lápices](#)
- [Suministros de correo](#)
- [Compuestos de modelado y arcilla, equipo de cerámica y accesorios](#)

No existen productos que cumplan con los criterios de búsqueda seleccionados

ML

Dusa

1051



HOSPITAL ESCUELA SOLICITUD DE PEDIDO COMPRA MENOR

ALMACÉN DE: MATERIALES Y SUMINISTROS

Pedido Numero **548-19**

Fecha **10/10/2019**

Local	x	Exterior		EXTENSIÓN:		
No.	Código	unidad	Cantidad	Artículos	Precio unitario	Total
1		C/U	1	FACSIMIL AUTOMATICO (SELLO CON FIRMA)	L. 850.00	L. 850.00
				ULTIMA LINEA	SUBTOTAL	L. 850.00
					ISV	L. 127.50
					TOTAL	L. 977.50

Nota: Solicitado para el uso de la Jefatura del Almacén de Materiales en vista del alto volumen de pedidos generados por las diferentes áreas y departamentos que requieren productos que no se encuentran dentro del stock de inventario del Almacén en vista que todo documento debe ir firmado y sellado. Uso por tiempo indefinido. Se adjunta firma requerida.

Marjorie Servellon



Solicitado Por: Jefe de Almacén de Materiales y Suministros
Msc. Marjorie Servellon

HOSPITAL ESCUELA
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

OBJETO DE GASTO: 39200

FUENTE: Cdef:n

FIRMA: [Signature] FECHA: 10/10/19

HOSPITAL ESCUELA
CONTROL Y PRESUPUESTO

PAPELERIA RECIBIDA POR: C. Rojas

FECHA: 15.10.2019

TEGUCIGALPA, M.D.C.