



Señores

PARTICIPANTES

Su Oficina

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) está realizando la Contratación Directa **No.CD-005-2026** amparado en el Decreto Ejecutivo PCM-007-2026, emitido por el Presidente de la República, con carácter urgente, con el fin de garantizar de manera inmediata la prestación de los servicios subrogados de Radiodiagnóstico para los Derechohabientes de la Regionales de la Ceiba, Choluteca, Catacamas, Tocoa, Villanueva, Santa Rosa de Copán, el Progreso.

Por lo anterior, estamos remitiendo a su representada, pliego de condiciones abreviados de los documentos a presentar, con sus respectivas especificaciones y condiciones técnicas, los cuales adjuntamos.

Su representada deberá presentar una Garantía de Mantenimiento de Oferta correspondiente al 2% del monto total ofertado mediante Garantía Bancaria, Fianza o en su defecto Cheque Certificado, por el mismo monto, a nombre del IHSS, según lo establecido en artículo 99 de la Ley de Contratación del Estado.

Las ofertas deberán presentarse en formato físico y digital, en una memoria USB ,Original y Copia **totalmente selladas**, en el Salón de Sesiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) del IHSS; la Comisión de Recepción, Apertura y Evaluación recibirá las ofertas el día 27 de Julio del 2026, en un horario comprendido entre las 08:00 a.m. y las 10:00 a.m. (hora oficial de la República de Honduras), finalizado el período de recepción, a las 10:15 a.m. del mismo día y en el mismo lugar, la Comisión procederá al acto de apertura de ofertas en audiencia pública.

Agradecemos su participación en este proceso, por la importancia del mismo, que se financiará con fondos propios del IHSS.

De ustedes con todo respeto y consideración.

Atentamente;

ABOG. VICTOR ANTONIO MARTINEZ CACERES
DIRECTOR EJECUTIVO DEL IHSS



**DOCUMENTO ABREVIADO
CONTRATACIÓN DIRECTA POR EMERGENCIA
PCM-007-2026**

1. Antecedentes

Mediante Decreto Ejecutivo PCM-007-2026, publicado en el Diario Oficial La Gaceta en fecha 27 de marzo del 2026, el Poder Ejecutivo declaró Estado de Emergencia en el Régimen de Enfermedad y Maternidad del IHSS, autorizando mecanismos excepcionales de Contratación Directa para garantizar la continuidad y eficiencia de los servicios públicos de salud.

La presente Contratación Directa se realiza al amparo de:

1. Decreto Ejecutivo PCM-007-2026
2. Artículos 9 y 63 numeral 1 de la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento;
3. Principios de continuidad del servicio público, necesidad inmediata, proporcionalidad y eficiencia administrativa.

2. Justificación de la Contratación Directa

La necesidad identificada consiste en: **IHSS-SILOSS-CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS DE RADIODIAGNOSTICO PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LA REGIONALES DE LA CEIBA, CHOLUTeca, CATACAMAS, TOCOA, VILLANUEVA, SANTA ROSA DE COPÁN, EL PROGRESO.**

La Contratación Directa resulta indispensable para:

- Garantizar la continuidad de los servicios asistenciales;
- Evitar afectaciones a los derechohabientes;
- Reducir riesgos operativos y sanitarios;
- Atender de manera inmediata las necesidades derivadas de la emergencia declarada.

Debido al carácter emergente y excepcional de la situación, un procedimiento ordinario de Licitación Pública o Privada, comprometería la oportunidad de respuesta institucional y la finalidad del Decreto de Emergencia.

3. Objeto de la Contratación Directa

El objeto de la Contratación Directa consiste en la **CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS DE RADIODIAGNOSTICO PARA LOS DERECHOHABIENTES DE LA REGIONALES DE LA CEIBA, CHOLUTeca, CATACAMAS, TOCOA, VILLANUEVA, SANTA ROSA DE COPÁN, EL PROGRESO**



4. Fundamento Legal

La presente Contratación Directa se fundamenta en:

1. Decreto Ejecutivo PCM-007-2026;
2. Constitución de la República;
3. Ley General de la Administración Pública;
4. Ley de Contratación del Estado y su Reglamento;
5. Procedimiento de Contrataciones Directa del IHSS para el PCM 007-2026;
6. Demás normativa aplicable

La contratación se efectúa bajo un régimen excepcional y temporal derivado de la Declaratoria de Emergencia nacional en el IHSS, estableciendo los pliegos de condiciones de manera abreviada.

5. Aclaraciones

Todo posible oferente que requiera alguna aclaración, sobre el pliego de condiciones, especificaciones técnicas o condiciones del proceso de contratación, deberá comunicarse con el ente contratante por escrito a la dirección siguiente:

- Lugar: Instituto Hondureño de Seguridad Social, Barrio Abajo, Tegucigalpa.
- Recepción del documento: Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, sexto piso, edificio Administrativo.
- Hora: 8:00 am hasta las 4:00 pm.
- Con la siguiente leyenda: Atención: **Contratación Directa CD-005-2026**

El ente contratante responderá por escrito las solicitudes de aclaración que se reciban dentro del plazo establecido, pudiendo comunicar las respuestas a los demás participantes al proceso cuando corresponda.

Las aclaraciones y respuestas serán publicadas en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "HONDUCOMPRAS" (www.honducompras.gob.hn), y en el Instituto de Acceso de Información Pública (www.iaip.hn).

Para efectos de recepción de aclaraciones, las mismas serán admitidas hasta el día 17 de Julio del año 2026.

6. **Vigencia de la Contratación:** La presente contratación tendrá una vigencia de **un (1) año**, contados a partir de la fecha de suscripción del contrato.
Los precios permanecerán fijos durante la vigencia del contrato.

7. **Requisitos a presentar:**
Legales:

- Certificación vigente de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratista de la Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (ONCAE). O Constancia de estar en Trámite siendo permitido presentar



- ofertas, sin embargo, previo a la firma del contrato deberá presentar el Certificado de inscripción.
- Declaración Jurada original con auténtica de firma del representante legal actual de la empresa en donde exprese que ni él, ni su 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. (formato en anexos).
- Declaración Jurada original con auténtica de firma del representante legal actual de la empresa en donde exprese que ni él, ni su representada se encuentran comprendidos en ninguno de los casos señalados de los artículos 36, 37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos. (formato en anexos).
- Declaración Jurada original con auténtica de firma del representante legal actual de la empresa en donde exprese que él y su representada, actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo. (formato en anexos).
- Fotocopia del DNI de su representante legal actual.
- Fotocopia del permiso de Operación Municipal de la localidad de la Empresa, vigente a la fecha de apertura.

En caso que el oferente presente la Certificación de estar inscrito en el Registro de Proveedores de la ONCAE, no deberá presentar copia autenticada de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas y notificadas, poder del representante legal de la empresa y copia autenticada de RTN de la sociedad mercantil y del representante legal, **a menos que alguno de los datos haya cambiado y no haya sido reportado a la ONCAE.**

Económicos (No subsanable):

- Carta Formulario de Presentación de Oferta, la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña, el cual deberá estar firmado y sellado por el Representante Legal actual de la empresa en su última página, y contar con media firma del mismo en cada una de las páginas precedentes, con una vigencia mínima de sesenta (60) días calendarios contados a partir de la fecha de presentación de la oferta.
- Lista de Precios (conforme al formulario), la cual deberá estar firmada y sellada por el Representante Legal actual de la empresa en su última página, y contar con media firma del mismo en cada una de las páginas precedentes. La propuesta económica deberá contener la descripción del servicio a brindar con sus precios unitarios y totales, sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas; no obstante lo anterior, si los servicios pagan este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal. Presentar dispositivo de almacenamiento USB.



- Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, por lo menos, al dos por ciento (2%) del valor total de la oferta, con indicación de la cláusula obligatoria (conforme al formulario), con una vigencia mínima de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la presentación 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.

Requisitos Técnicos:

Bloque de Experiencia y Capacidad Probada

- **Fotocopia de dos contratos suscritos con instituciones públicas o empresas privadas suscritas en los últimos 5 años** que demuestren fehacientemente la prestación de servicios de radiodiagnóstico similares en volumen y complejidad a los requeridos por el IHSS. Asimismo, **Constancias de satisfacción extendidas por los mismos contratantes:** Documentos originales emitidos por las instituciones o empresas con las que se suscribieron los contratos del punto anterior, donde conste explícitamente que:
 - El servicio fue recibido a **entera satisfacción**.
 - **No hubo atrasos** en la entrega de diagnósticos o lectura de imágenes.
 - **No se aplicaron penalizaciones** ni multas por incumplimientos contractuales.

En el caso de que la empresa no hubiese suscrito contratos formales, se admitirá la presentación de al menos dos (2) constancias de servicios prestados emitidas por instituciones públicas o empresas privadas, donde se haga constar que el oferente prestó servicios iguales o similares a los requeridos en estas bases, debiendo cumplir rigurosamente con los mismos criterios de entera satisfacción, ausencia de atrasos y cero penalizaciones detallados en el inciso anterior.

Bloque de Legalidad y Autorizaciones Sanitarias

- **Licencia Sanitaria vigente acorde al tipo de establecimiento de salud o al nivel de complejidad**, emitida por la **Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)** de Honduras. Sin esto, el oferente no puede operar legalmente.
- **Licencia de Operación y Certificación de Blindaje/Seguridad Radiológica:** Licencia específica de protección radiológica emitida por la autoridad competente en energía nuclear/radiaciones (Dirección de Gestión Ambiental/SERNA). Esto certifica que las salas impiden la fuga de radiación ionizante hacia el exterior.
- **Licencia Ambiental vigente emitida por la Secretaría de Energía, Recursos Naturales, Ambiente y Minas (SERNA), o constancia de trámite:** Documento debidamente firmado y sellado que acredita la categorización ambiental del centro asistencial. En caso de no tenerla o no está vigente deberá presentar constancia de estar en trámite (el Oferente debe presentar la constancia que extienda SERNA donde exprese que la Licencia está en trámite).



Bloque de Talento Humano Especializado

- **Listado de Personal encargado de la realización de los estudios:** Documento formal que ordene el organigrama del servicio. Cada miembro incluido en este listado deberá Adjuntar obligatoriamente: Curriculum Vitae, copia de título profesional y solvencia del colegio correspondiente. Este equipo se desglosa jerárquicamente en:
 - **Médicos Especialistas en Radiología:** Acreditados por el Colegio Médico de Honduras (CMH), con presencia obligatoria de un **mínimo de 1 por turno** para la interpretación y firma de reportes.
 - **Técnicos en Radiología:** Con la acreditación técnica respectiva, garantizando un **mínimo de 2 por turno** para la adquisición de imágenes.
 - **Personal Auxiliar:** Con la calificación profesional adecuada y entrenamiento específico para los servicios de radiodiagnóstico y atención al paciente.

Bloque Jurídico y Compromisos Operativos

- **Declaración Jurada de Cumplimiento Normativo:** Documento legal independiente, firmado por el Representante Legal de la empresa oferente, mediante el cual se compromete formalmente a cumplir con todas las normativas nacionales e internacionales aplicables en radiología, incluyendo disposiciones de seguridad, protección radiológica y manejo adecuado de equipos médicos. Asimismo, el oferente se compromete formalmente a cumplir con los tiempos de entrega de resultados (ejemplo: menos de 2 horas para emergencias y menos de 24 horas para consulta externa).

8. Criterios de evaluación:

La evaluación de las ofertas se realizara mediante el criterio **CUMPLE/NO CUMPLE**.

Nota: La evaluación de ofertas se realizará con un mínimo de un oferente que se presente en el día de la presentación de las ofertas.

9. Subsanaciones

Podrán ser subsanados los defectos u omisiones contenidas en las ofertas, en cuanto no impliquen modificaciones del precio, objeto y condiciones ofrecidas, de acuerdo con lo previsto en los artículos 5 párrafo segundo, 50 de la Ley de Contratación del Estado y 132 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

10. Discrepancia y Errores Aritméticos Artículo 133 RLCE

Si hubiera discrepancia entre precios expresados entre letras y en cifras, se consideraran los primeros; asimismo, si se admitieran ofertas por renglón y partidas y hubiera discrepancia entre precio unitario y precio total de los artículos incluidos en cada uno de estos se considerara el primero.



La comisión evaluadora corregirá los errores meramente aritméticos que se hubieran detectado durante el examen de las ofertas debiéndose notificar al oferente.

11. Declaración de proceso desierto o fracasado

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) declarará desierto el proceso cuando no se hubieren presentado ofertas y lo declarará fracasado en los casos siguientes:

- Cuando se hubiere omitido en el procedimiento alguno de los requisitos esenciales establecidos en la Ley de Contratación del Estado o en sus disposiciones reglamentarias.
- Cuando las ofertas no se ajusten a lo establecido en el Reglamento de la Ley de Contratación del Estado o en el Pliego de Condición y/o términos de referencia.
- Cuando se comprobare que ha existido colusión.

Declarado desierto o fracasado el proceso se procederá a uno nuevo.

12. Negociación.

De conformidad a lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, **el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) a través de la Dirección Ejecutiva, deberá negociar el precio del contrato, para obtener las condiciones más ventajosas para la administración.**

13. Adjudicación.

La adjudicación del proceso se estructurará por lotes, al oferente u oferentes que cumplan con las condiciones y especificaciones técnicas solicitadas y que presente la oferta de precio más bajo o se considere la más económica o ventajosa.

LOTE	REGIONAL
1	LA CEIBA
2	CHOLUTECA
3	CATACAMAS
4	TOCOA
5	VILLANUEVA
6	SANTA ROSA DE COPAN
7	EL PROGRESO.

14. Notificación de Adjudicación.

La Dirección Ejecutiva, procederá a emitir la Resolución correspondiente, de acuerdo al Informe de Recomendación emitido por la Comisión de Recepción y Evaluación de Ofertas. La Resolución será notificada por la Secretaría General del IHSS a los oferentes y se publicará en los portales de Transparencia del IHSS y Honducompras, dejándose constancia en el expediente.



15. Forma de contratación.

La Contratación Directa podrá formalizarse mediante:

1. Contrato,

16. Firma del Contrato.

Se procederá a la firma del contrato dentro de los **diez (10) días hábiles** siguientes a la notificación de la adjudicación.

El oferente que resultare adjudicado deberá presentar, previo a la firma del contrato y en un término de tres (03) días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la notificación los siguientes documentos debidamente autenticados en caso de ser copias:

1. Constancia de solvencia vigente extendida por la Procuraduría General de la República, en donde se haga constar que la empresa oferente y su representante legal NO tiene cuentas ni juicios pendientes con el Estado.
2. Constancia vigente de solvencia electrónica, emitida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR) de la Empresa y del Representante Legal.
3. Certificación vigente de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE (solo en caso de haber presentado constancia de estar en trámite en el momento de presentar la oferta).
4. Constancia de Solvencia Patronal original y vigente, extendida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), a nombre de la empresa oferente, acreditando que se encuentra al día con el pago de sus cotizaciones y aportes. No se aceptarán fotocopias ni constancias que presenten tachaduras o enmiendas que sean verificables por la comisión de evaluación

17. Garantías:

Garantía de Cumplimiento

El oferente que contrate con la administración deberá presentar una Garantía de Cumplimiento del contrato, en original equivalente al quince por ciento (15%) de monto contractual, con una vigencia de tres (3) meses después del plazo previsto para la prestación total de los servicios.

Esta garantía debe ser presentada en la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras.

18. Prestación de los servicios

La remisión de pacientes al servicio subrogado de radiología se efectuará exclusivamente mediante orden médica emitida por profesional autorizado por el INSTITUTO, la cual deberá contener la identificación completa del paciente, el tipo de estudio solicitado, diagnóstico



Presuntivo, indicación clínica y fecha de emisión. El CONTRATISTA deberá verificar la validez de la orden antes de realizar el estudio, conservar copia de la misma como parte del expediente

Correspondiente y garantizar la trazabilidad del procedimiento. En ningún caso realizará estudios sin la orden médica correspondiente.

19. Forma y Modalidad de Pago

1-El pago se efectuará bajo la modalidad de **Precios Unitarios por Servicio Prestado y Efectivamente Convalidado**. El INSTITUTO cancelará al CONTRATISTA únicamente los estudios de radiodiagnóstico que hayan sido autorizados, realizados y reportados a entera satisfacción, de acuerdo con el catálogo de precios adjudicado en el contrato. En ningún caso se procederá al pago de estudios que no cuenten con el respaldo de la orden médica original autorizada.

Los pagos se realizarán mediante **Transferencia Bancaria** directamente a la cuenta bancaria en moneda nacional (Lempiras) que el CONTRATISTA registre para tal efecto en la Tesorería General del IHSS o en su defecto, a través de cheques.

Flujo Administrativo del Trámite de Pago.

Para garantizar la agilidad y transparencia del proceso, se establece el siguiente flujo documental mensual:

1. **Cierre de Periodo:** El CONTRATISTA consolidará de forma mensual (dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes vencido) la facturación y los expedientes de soporte de los servicios prestados en la Regional correspondiente.
2. **Revisión y Convalidación:** El expediente será entregado al **Coordinador Médico de la Regional**, quien dispondrá de un plazo máximo de diez (10) días calendario para auditar los soportes, emitir la Constancia de Validación y el Informe de Auditoría.
3. **Remisión a Oficinas Centrales:** Una vez firmado el expediente por la Regional, se remitirá a la Subdirección de Finanzas/Tesorería del IHSS en Tegucigalpa para el trámite de desembolso final, el cual se procesará en un plazo máximo de sesenta (60) días calendario.

Requisitos y Soporte Documental para el Pago.

Para que la factura sea procesada, el **CONTRATISTA** deberá adjuntar obligatoriamente el expediente de pago ordenado en el siguiente orden:

Documentación Operativa y de Servicio (Soporte Técnico):

- **Factura Original:** Emitida cumpliendo con la modalidad de facturación vigente (Régimen de Facturación de la SAR).
- **Constancia de Validación de los Servicios:** Firmada y sellada por el Coordinador Médico de cada Regional.
- **Informe de Auditoría Médica Regional:** Firmado por el Coordinador Médico de cada Regional.



- **Órdenes Médicas Originales (Hojas de solicitud de radiología e imagen):** Proporcionadas por el IHSS, debidamente firmadas y selladas por el médico tratante de la clínica regional, **sin tachaduras, enmendaduras ni uso de corrector**, amarradas a la copia del reporte del estudio entregado

Documentación Legal y Fiscal (Soporte Administrativo):

- **Constancia de Pagos a Cuenta:** Constancia vigente de estar sujeto al régimen de pagos a cuenta, constancia de retención o exoneración autorizada por la SAR.
- **Solvencia Fiscal:** Emitida por la SAR, vigente al momento de la presentación del cobro.
- **Copia del Contrato Suscrito.**
- **Copia de la Garantía de Cumplimiento de Contrato vigente.**

Proceso de Validación y Auditoría:

Cada estudio será sometido a una evaluación por parte del coordinador médico regional, quien validará los estudios antes de proceder con el pago. Para ello, será necesaria la constancia de auditoría y el informe especificando los estudios validados por el auditor médico del IHSS.

Tiempos de Pago: Una vez aprobados los servicios de radiodiagnóstico prestado y validado la documentación requerida, el IHSS procesará el pago en un plazo máximo de 60 días calendario.

Condiciones Específicas:

Ultrasonido Obstétrico: Únicamente se reconocerá el pago por un (1) ultrasonido obstétrico, incluso si se tratase de un embarazo múltiple.

18. Multas

Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso en relación con el monto total del saldo del contrato al momento del incumplimiento de acuerdo a la tasa fiscal vigente. De conformidad a lo establecido en las Disposiciones Generales de Ingresos y Egresos de la República de Honduras.

Si el contrato surtiera efecto en otro ejercicio fiscal, la multa será aplicable de acuerdo a lo establecido en la forma y el monto establecido en las disposiciones generales de presupuesto vigente al momento de cometer el incumplimiento.

19. Condiciones y Especificaciones Técnicas

A continuación, se detallan las condiciones, requisitos y especificaciones técnicas correspondientes a la contratación de los servicios subrogados de radiodiagnóstico para los derechohabientes de las Regionales de La Ceiba, Choluteca, Catacamas, Tocoa, Villanueva, Santa Rosa de Copán y El Progreso, las cuales deberán ser consideradas y cumplidas por los posibles oferentes al momento de presentar su oferta.



1. El horario de atención.

De acuerdo a la demanda de servicios por parte de los derechohabientes garantizando la no existencia de listas de espera.

- Rutina/Consulta Externa: Lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm.
- Emergencias: **Disponibilidad 24 horas al día, 7 días a la semana (24/7), los 365 días del año (bajo esquema de turno o llamada de alerta).**

Los resultados de los estudios realizados se remitirán a la Clínica regional en un término no mayor de 24 horas y los resultados de los estudios deberán entregarse en los siguientes plazos:

- Estudios de rutina: 24 horas.
- Estudios de emergencia: Máximo 2 horas.
- Mamografías con sospecha de patología: Informe prioritario en menos de 12 horas.

Horarios de Atención y Disponibilidad del Servicio

El CONTRATISTA: garantizará la prestación de los servicios de radiodiagnóstico bajo los siguientes esquemas horarios en cada una de las regionales adjudicadas:

- **Estudios de Rutina (Consulta Externa):** De lunes a viernes en jornada continua de 7:00 am a 7:00 pm. El CONTRATISTA deberá asignar la cita y realizar el estudio en un plazo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas hábiles desde que el paciente presente su orden.
- **Estudios de Emergencia:** Disponibilidad absoluta las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana (24/7/365), incluyendo horario nocturno, fines de semana y días feriados.

Plazos y Canales para la Entrega de Resultados

Los informes diagnósticos, debidamente firmados y sellados por el médico especialista en radiología, acompañados de sus respectivas imágenes (placas, CD o acceso digital), deberán entregarse en la Coordinación Médica o el área de Emergencias de la Regional correspondiente, registrándose en una bitácora oficial de entrega y recepción, bajo los siguientes plazos perentorios:

- **Estudios de Rutina:** Máximo veinticuatro (24) horas calendario posteriores a la realización del estudio.
- **Estudios de Emergencia:** Máximo dos (2) horas calendario posteriores a la toma del estudio.
- **Mamografías con sospecha de patología:** Informe prioritario en un plazo máximo de doce (12) horas calendario.



Recepción de los servicios:

La remisión de pacientes al servicio subrogado de radiología se efectuará exclusivamente mediante orden médica emitida por profesional autorizado por el INSTITUTO, la cual deberá

Contener la identificación completa del paciente, el tipo de estudio solicitado, diagnóstico presuntivo, indicación clínica y fecha de emisión. El CONTRATISTA deberá verificar la validez de la orden antes de realizar el estudio, conservar copia de la misma como parte del expediente correspondiente y garantizar la trazabilidad del procedimiento. En ningún caso realizará estudios sin la orden médica correspondiente.

Administración del contrato.

Se designa como Administrador del Contrato al titular de la Dirección Médica Asistencial de cada Regional, quien será responsable de verificar la ejecución y cumplimiento del contrato, reportar incumplimientos y servir de enlace entre el proveedor y el IHSS, quien tendrá las siguientes funciones principales:

- a. Dar seguimiento al cumplimiento del contrato a través de los informes presentados por el coordinador médico regional, quien además, documentará cualquier incumplimiento.
- b. Informar o estar pendiente de la vigencia del Contrato.
- c. Efectuar la evaluación y monitoreo de la prestación de los servicios de radiodiagnóstico.

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DEL SERVICIO

El servicio de Radiodiagnóstico requerido incluirá lo siguiente:

- **Radiología convencional y digital**

Realización de estudios de rayos X mediante equipo de tecnología digital directa (DR) de preferencia, o sistema de radiografía computarizada (CR) o convencional, debidamente autorizado y en condiciones óptimas de funcionamiento.

- **Ecografía (Ultrasonido)**

Realización de estudios de ultrasonido en las siguientes áreas:

- Obstetricia
- Abdomen
- Partes blandas
- Otros estudios especializados según necesidad institucional

El servicio deberá incluir la generación de imágenes diagnósticas y el informe radiológico correspondiente.

- **Electrocardiograma**

Realización de estudios de electrocardiograma de 12 derivaciones mediante equipo digital, de conformidad con la indicación médica. El servicio comprende la obtención del registro electrocardiográfico y la emisión del informe correspondiente.



- **Mamografía**

Realización de estudios mamográficos con equipo digital de alta resolución. Podrá incluir software de detección asistida por computadora (CAD), según disponibilidad tecnológica. El servicio deberá incluir la generación de imágenes diagnósticas y el informe radiológico correspondiente.

- **Tomógrafo**

Realización de estudios de Tomografía Axial Computarizada simples (sin medio de contraste), mediante tomógrafo multicorte de alta resolución, con adquisición y reconstrucción digital de imágenes en los planos axial, coronal y sagital, según la indicación clínica. El servicio deberá incluir la generación de imágenes diagnósticas y el informe radiológico correspondiente.

Equipamiento Mínimo Requerido

El proveedor deberá contar, como mínimo, con el siguiente equipamiento:

Un (1) Equipo de rayos X fijo.

Un (1) Equipo de ultrasonido.

Un (1) Electrocardiograma

Un (1) Mamógrafo.

Un (1) Tomógrafo

Todos los equipos deberán garantizar operatividad continua, mantenimiento preventivo y correctivo vigente, y cumplimiento de la normativa nacional en materia de protección radiológica y habilitación sanitaria.

CONDICIONES DEL SERVICIO

Los servicios de Radiodiagnóstico deberán ser prestados por profesionales capacitados en la rama, incluyendo técnicos en radiología y personal auxiliar, quienes deberán atender oportunamente los requerimientos de la población para estudios de radiología e imágenes, así como otros estudios previamente autorizados por la Dirección Médica Nacional a través de la unidad de SILOSS, según las necesidades de cada regional. El objetivo del servicio es apoyar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como soporte técnico fundamental las imágenes, los datos morfológicos y funcionales obtenidos mediante radiaciones ionizantes, radiaciones no ionizantes u otras fuentes de energía autorizadas.

DEBERES DEL CONTRATISTA

1. Mantener la vigencia de sus estándares mínimos solicitados para la prestación del servicio, en el transcurso de vigencia del contrato para lo cual el instituto se reserva el derecho de realizar las evaluaciones de verificación correspondientes.
2. Proveer LOS ESTUDIOS contemplados en el CONTRATO, con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad, equidad y calidez dentro de los términos y condiciones establecidos en el mismo.



3. Debe implementar los sistemas informáticos que estipule el instituto para corroborar la vigencia de derechos y para el registro de actividades médicas.
4. Se compromete a proporcionar, a su propio costo e incluidos en el precio del servicio, todos los insumos necesarios para la realización de los estudios
5. El personal del CONTRATISTA que labore en áreas con exposición a radiaciones ionizantes deberá portar en forma visible su dosímetro personal durante la jornada de trabajo, asegurando su calibración, lectura y control periódico conforme a la
6. normativa nacional vigente y a los lineamientos de la autoridad competente en protección radiológica.
7. Deberá presentar al IHSS un plan anual de trabajo que incluya los objetivos y acciones necesarias para la ejecución satisfactoria del CONTRATO, dentro de los primeros treinta días hábiles de su vigencia.
8. Presentar, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, un Informe de Actividades con el detalle de los estudios realizados en el mes inmediatamente anterior.
9. Suministrar al IHSS la información y documentación que este le requiera para la realización de la supervisión, el monitoreo, la evaluación continua, cada vez que el IHSS considere necesario.
10. Suministrar la información que el IHSS le solicite formalmente por escrito, dentro de un término no superior a cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la solicitud, y participar en las reuniones que convoque el IHSS para la discusión de aspectos relacionados con la revisión periódica de la ejecución y cumplimiento de las cláusulas contractuales.
11. Proporcionar al personal del IHSS Regional, un espacio físico (Oficina) para el desarrollo de las actividades de supervisión, monitoria, auditoria, en lo que concierne al contrato de prestación de servicios médicos.
12. Comunicar al IHSS, tan pronto ocurra, cualquier situación que afecte el desarrollo del CONTRATO, o acontecimiento de cualquier hecho que constituya fuerza mayor o caso fortuito, que afecte de cualquier manera el cumplimiento de las obligaciones contraídas por EL CONTRATISTA en el CONTRATO. Así mismo deberá de comunicar al INSTITUTO, Cualquier cambio de domicilio requerirá la autorización previa y por escrito del IHSS, supeditada a una nueva inspección técnica. El traslado sin autorización será causa de rescisión inmediata del contrato.
13. Asumir toda responsabilidad por los daños materiales y morales causados a terceras personas dentro de las instalaciones de EL CONTRATISTA o de las instalaciones de los servicios sub contratados por el CONTRATISTA para la atención de los asegurados, así como las responsabilidades generadas por reclamos administrativos o judiciales de naturaleza civil, penal, mercantil, laboral, o de cualquier otra índole que surjan a raíz de las relaciones de EL CONTRATISTA con suplidoras, contratistas, trabajadores, pacientes o usuarios de EL CONTRATISTA y en general con cualquier tipo de reclamaciones.
14. Instalará en un lugar visible al público, el rótulo que lo identifique como proveedor de servicios de salud para derechohabientes del IHSS, para dicho fin el instituto proporcionara el diseño, el arte y las proporciones



15. El personal contratado para la atención de los pacientes del instituto, deberán portar sus uniformes y gabachas respectivamente, así como un carne que los identifique como empleados del establecimiento de salud.
16. El CONTRATISTA se compromete a tener un Plan de Contingencias en caso de Emergencia, contingencias y/o desastres naturales como también deberá tener bien señalizados las rutas de evacuación en las instalaciones donde se brinden los servicios de salud, de forma visible y conforme normas de la secretaria de salud.
17. EL CONTRATISTA" se compromete capacitar en forma periódica y programada a su personal médico, técnico y administrativo, reportando estas actividades a la Regional adscrita de la Institución.-
18. "El CONTRATISTA se compromete a proporcionar el personal requerido por el IHSS para llevar a cabo las actividades técnicas y administrativas programadas y solicitadas por las Unidades Técnicas y Administrativas de la Institución, con el fin de coordinar las acciones normativas correspondientes.
19. EL CONTRATISTA deberá contar con un depósito de agua que garantice el suministro permanente de la misma en la unidad de salud.
20. En caso de eventos adversos, complicaciones médicas o daños al paciente derivado de la prestación del servicio de radiología, incluyendo exposición inadecuada a radiación, errores técnicos, reacciones a medios de contraste o cualquier otro acto u omisión atribuible al CONTRATISTA, que constituyan iatrogenia comprobada, el CONTRATISTA asumirá la totalidad de los costos generados por dicha causa.
El CONTRATISTA deberá notificar formalmente el evento a las autoridades regionales del INSTITUTO a primera hora hábil y, asimismo, al nivel central, conforme al procedimiento institucional vigente.

NORMATIVA, CALIDAD Y SUPERVISIÓN

1. EL CONTRATISTA para efectos de aplicar la normativa vigente en todo el CONTRATO prevalecerá la Establecida por el IHSS, seguidamente por la dictada por la Secretaria de Salud y en última instancia normativa internacional debidamente sustentada.
2. El CONTRATISTA deberá implementar un sistema de calidad en el establecimiento para asegurar la calidad y la mejora continua de los procesos en salud en pro del bienestar de los pacientes.
3. El CONTRATISTA se responsabiliza por aquellas acciones que puedan ser de denuncia por mal praxis, negligencia o bien por acciones administrativas, liberando de toda responsabilidad al IHSS.
4. Se compromete a mantener los diferentes ambientes de atención debidamente climatizada.
5. Permitir la realización de actividades de supervisión, evaluación y monitoreo por parte del personal del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) debidamente acreditado, conforme a los criterios establecidos en la Tabla 1 de los anexos. Asimismo, deberá facilitar la aplicación de encuestas de satisfacción a los derechohabientes, con el propósito de evaluar la calidad, oportunidad y cumplimiento de las condiciones establecidas para la prestación del servicio.



6. Contar con líneas telefónicas fijas o móviles para recepción de llamadas de los derechohabientes y la realización de agendas de citas por parte del centro de contacto del instituto.
7. Contar con Cisterna, Planta Eléctrica que garanticen el suministro continuo de agua y energía eléctrica para las actividades que se desarrollen en el centro.
8. Las áreas de rayos X dependerán de los equipos que se instalaran, siguiendo las recomendaciones de los fabricantes.
9. El proveedor deberá contar con las siguientes instalaciones mínimas:
 - Dos vestidores separados (hombres y mujeres) en el área de ultrasonidos.
 - Un vestidor adicional en el área de rayos X con espacio para guardar pertenencias.
 - Baños diferenciados por sexo, al menos 1 por cada 15 pacientes atendidos diariamente.
 - Control de calidad: Todos los equipos deben someterse a revisión técnica y calibración cada 6 meses, con informe de mantenimiento preventivo y correctivo.
10. El área de Ultrasonidos debe disponer de acceso inmediato a baño para los pacientes. Dicha área debe estar diferenciada por sexo para usuarios (1 por cada 15 pacientes, área mínima de 10m²), con puertas que abren hacia afuera y ubicadas contiguo al área de ultrasonido.
11. El control del equipo de rayos X, idealmente deberá estar dentro de la sala adecuadamente protegido con vidrio emplomado que garantice la protección de los operarios de la exposición a radiación emitida por dichos equipos.
12. No se podrá, bajo ninguna circunstancia, cobrar suma alguna al derechohabiente, en concepto de las atenciones que se prestan en nombre del IHSS. La contravención de esta disposición, se entenderá como incumplimiento y será sancionado de acuerdo a la normativa vigente.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El oferente adjudicado se obliga a guardar estricta confidencialidad respecto de toda la información clínica, médica, administrativa, personal y documental a la que tenga acceso con ocasión de la prestación de los servicios objeto de esta contratación, incluyendo, pero no limitándose, a datos personales y de salud de los derechohabientes del IHSS.

Dicha obligación será extensiva a su personal médico, de enfermería, técnico, administrativo, subcontratistas o cualquier tercero vinculado a la prestación del servicio, siendo el oferente plenamente responsable por los actos u omisiones de los mismos.

La información únicamente podrá ser utilizada para los fines propios de la atención médica y de la relación contractual con el IHSS, quedando prohibida su divulgación, reproducción, cesión o uso para fines distintos, sin autorización expresa y por escrito del Instituto.



DEBERES DE EL INSTITUTO

1. El IHSS Realizara las auditorias con el objeto de pagar oportunamente a “EL CONTRATISTA” la prestación de LOS PRODUCTOS contratados de acuerdo a los mecanismos establecidos.
2. Solicitar a “EL CONTRATISTA” por escrito, en cualquier momento que lo estime conveniente, información, aclaraciones y explicaciones sobre las actividades de administración y provisión de LOS PRODUCTOS, necesarios para la evaluación con el propósito de verificar el cumplimiento de los principios de efectividad, eficacia, calidad, equidad y humanitarismo en la prestación de los servicios a través de los productos.
3. Otorgar al CONTRATISTA un término de 10 días (calendario) para que subsane las actividades correspondientes declaradas como inconsistentes.
4. Dar a conocer al CONTRATISTA los resultados de las auditorias, supervisiones y encuestas realizadas por el instituto.
5. Exigir a “EL CONTRATISTA” la aplicación de correctivos que la Ley contemple, en los casos en que el I.H.S.S. advierta irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de administración por parte de “EL CONTRATISTA” y en la provisión de LOS PRODUCTOS por parte de éste;
6. EL INSTITUTO podrá realizar inspecciones y auditorias necesarias sin previo aviso en las instalaciones de “EL CONTRATISTA” cuando lo estime conveniente para garantizar su funcionamiento y eficiencia, los cuales tendrán la facultad de informar a las autoridades superiores las no conformidades encontradas en los servicios de salud que interfieren en el buen funcionamiento de los servicios.
7. Establecer anualmente el estimado de LOS PRODUCTOS para satisfacer una determinada cobertura poblacional, por tipo de atención según los mecanismos establecidos.
8. Supervisar, monitorear y evaluar periódicamente según lo establecido contractualmente y los mecanismos establecidos por el IHSS.
9. Presentar oportunamente a “EL CONTRATISTA” copia de los informes de resultados de las supervisiones, monitorias y evaluaciones realizadas a “EL CONTRATISTA”, dentro de los siguientes treinta días hábiles posteriores a la terminación de las mismas. Lo que generara un compromiso por parte de EL CONTRATISTA en el mejor de los casos a continuar brindando los servicios de salud con la calidad requerida de la misma manera como hasta el momento los ha proporcionado, o en el peor de los casos a mejorar los servicios de salud a la brevedad del mismo. Lo que ocasionara una evaluación posterior por Dirección Médica Nacional y la Unidad de SILOSS para corroborar el cumplimiento del compromiso. El CONTRATISTA deberá hacer los correctivos de forma inmediata cuando la no conformidad represente un riesgo sanitario.
10. Suministrar a “EL CONTRATISTA” toda normativa vigente, protocolos, estándares, indicadores de desempeño y cualquier otra información que requiera para proporcionar los PRODUCTOS.



11. Informar a “EL CONTRATISTA”, sobre cambios en las normativas, protocolos y políticas institucionales que puedan afectar el suministro de LOS PRODUCTOS y las condiciones en que estos son brindados a los asegurados, así como la asistencia técnica para su incorporación.

REQUISITOS MINIMOS DEL LOCAL:

El oferente deberá contar con instalaciones físicas adecuadas para la prestación de los servicios de radiodiagnóstico, conforme a la normativa vigente aplicable, incluyendo como mínimo áreas de recepción, espera, procedimientos, control, servicios sanitarios y las condiciones de seguridad radiológica requeridas. El cumplimiento de este requisito deberá acreditarse mediante la presentación de un álbum fotográfico o brochure que evidencie las instalaciones y

El equipamiento ofertado, así como los planos de distribución del establecimiento, en los que se identifiquen las áreas funcionales y la infraestructura disponible para la prestación del servicio.

Para efectos de evaluación y verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos del establecimiento, se utilizará como referencia **la Tabla 1: Estándares Mínimos para Monitoreo y Evaluación de Servicios de Radiología e Imágenes, que se encuentra en anexos, donde se establecen los criterios técnicos, de infraestructura, equipamiento y condiciones operativas aplicables a la prestación del servicio.**

Proyecciones de Servicio

Las proyecciones incluidas en el presente documento han sido estimadas para un período de un (1) año. En ese sentido, los oferentes deberán considerar dicho este aspecto al momento de estructurar y presentar su oferta, para las regionales siguientes:

REGIONAL LA CEIBA

No	Nombre del Estudio	Precio Estimado por estudio	Proyección
			1 año
1	Rx de cráneo AP y Lat.		50
2	Rx Hombro AP		150
3	Rx Clavícula AP (1T)		135
4	Rx TORAX PA		150
5	Rx TORAX AP óseo		150
6	Rx Brazo AP y Lateral		100
7	Rx Antebrazo AP y Lateral		100
8	Rx Codo AP y Lat.		100
9	RX Muñeca 2 Proyecciones		100
10	Rx Mano AP y Oblicua		100
11	Rx Abdomen de pie y acostado		50
12	Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)		100
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral		100
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)		200
15	Rx Tobillo AP y Lateral		200
16	Rx Pie AP y Oblicuas		200



17	Rx de pie AP y lateral		100
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales , Wáter, dinámicas)		100
19	Ultrasonido mamas		300
20	Ultrasonido Tiroides		80
21	Ultrasonido abdomen Total		500
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)		100
23	Ultrasonido Renal y vías urinarias		100
24	Ultrasonido Pélvico		100
25	Ultrasonido Obstétrico		150
26	Ultrasonido Prostático		50
27	Ultrasonido Testicular		50
28	ultrasonido Transvaginal		150
29	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)		70
30	Mamografía Bilateral		300
31	EKG		700
32	Tomografía Cerebral simple		50
33	Tomografía Abdomen total simple		25
34	Tomografía Abdomen Superior simple		25
35	Tomografía Abdomen Inferior simple		25
Total			4,960

REGIONAL DE CHOLUTUCA

N°	Nombre del Estudio	Precio Estimado por Estudio	Proyección
			1 año
1	Rx de cráneo AP y Lat.		50
2	Rx Hombro AP		100
3	Rx Clavícula AP (1T)		100
4	Rx TORAX PA		150
5	Rx Brazo AP y Lateral		100
6	Rx Antebrazo AP y Lateral		100
7	Rx Codo AP y Lat.		50
8	RX Muñeca 2 Proyecciones		100
9	Rx Mano AP y Oblicua		100
10	Rx Abdomen de pie y acostado		50
11	Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)		50
12	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral		50
13	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)		100
14	Rx Tobillo AP y Lateral		100
15	Rx Pie AP y Oblicuas		100
16	Ultrasonido mamas		290
17	Ultrasonido Tiroides		50
18	Ultrasonido abdomen Total		419
19	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)		240
20	Ultrasonido Renal y vías urinarias		100
21	Ultrasonido Pélvico		180
22	Ultrasonido Prostático		50



23	Ultrasonido Testicular		50
24	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)		60
25	Mamografía Bilateral		300
26	Tomografía Cerebral simple		30
27	Tomografía Abdomen total simple		25
28	Tomografía Abdomen Superior simple		25
29	Tomografía Abdomen Inferior simple		25
Total			3,144

REGIONAL DE CATACAMAS

N°	Nombre del Estudio	Precio Estimado por Estudio	Proyección
			1 año
1	Rx de cráneo AP y Lat.		40
2	Rx Hombro AP		40
3	Rx Clavícula AP (1T)		40
4	Rx TORAX PA		60
5	Rx Brazo AP y Lateral		40
6	Rx Antebrazo AP y Lateral		40
7	Rx Codo AP y Lat.		40
8	RX Muñeca 2 Proyecciones		40
9	Rx Mano AP y Oblicua		40
10	Rx Abdomen de pie y acostado		60
11	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)		60
12	Rx Tobillo AP y Lateral		60
13	Rx Pie AP y Oblicuas		30
14	Rx Cervical, Lumbar y Otros Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales, Wáter, dinámicas)		20
15	Ultrasonido Tiroides		36
16	Ultrasonido abdomen Total		120
17	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)		120
18	Ultrasonido Renal y vías urinarias		96
19	Ultrasonido Pélvico		60
20	Ultrasonido Obstétrico		120
21	Ultrasonido Prostático		60
22	Mamografía Bilateral		180
Total			1,402

REGIONAL DE TOCOA

N°	Nombre del Estudio	Precio Estimado por Estudio	Proyección
			1 año
1	Rx de cráneo AP y Lat		50
2	Rx Hombro AP		50
3	Rx Clavícula AP (1T)		50
4	Rx TORAX PA		50
5	Rx TORAX AP óseo		50
6	Rx Brazo AP y Lateral		50



7	Rx Antebrazo AP y Lateral		50
8	Rx Codo AP y Lat		40
9	RX Muñeca 2 Proyecciones		50
10	Rx Mano AP y Oblicua		50
11	Rx Abdomen de pie y acostado		40
12	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)		50
13	Rx Tobillo AP y Lateral		50
14	Rx Pie AP y Oblicuas		50
15	Rx de pie AP y lateral		50
16	Rx Cervical, Lumbar y Otros Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales , Wáter, dinámicas)		50
17	Ultrasonido mamas		200
18	Ultrasonido Tiroides		30
19	Ultrasonido abdomen Total		500
20	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)		150
21	Ultrasonido Renal y vías urinarias		100
22	Ultrasonido Pélvico		100
23	Ultrasonido Obstétrico		200
24	Ultrasonido Prostático		50
25	Ultrasonido Testicular		50
26	ultrasonido Transvaginal		200
27	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)		70
28	Mamografía Bilateral		200
29	EKG		500
30	Tomografía Cerebral simple		30
31	Tomografía Abdomen total simple		30
32	Tomografía Abdomen Superior simple		20
33	Tomografía Abdomen Inferior simple		20
			3,230

REGIONAL DE VILLA NUEVA

Nº	Nombre del Estudio	Precio Estimado por Estudio	Proyección
			1 año
1	Rx de cráneo AP y Lat		50
2	Rx Hombro AP		50
3	Rx Clavícula AP (1T)		50
4	Rx TORAX PA		50
5	Rx TORAX AP óseo		50
6	Rx Brazo AP y Lateral		50
7	Rx Antebrazo AP y Lateral		50
8	Rx Codo AP y Lat		50
9	RX Muñeca 2 Proyecciones		50
10	Rx Mano AP y Oblicua		50
11	Rx Abdomen de pie y acostado		50
12	Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)		50
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral		50
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)		50
15	Rx Tobillo AP y Lateral		50
16	Rx Pie AP y Oblicuas		50



17	Rx de pie AP y lateral		50
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales , Wáter, dinámicas)		50
19	Ultrasonido mamas		50
20	Ultrasonido Tiroides		50
21	Ultrasonido abdomen Total		50
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)		50
23	Ultrasonido Renal y vías urinarias		50
24	Ultrasonido Pélvico		50
25	Ultrasonido Obstétrico		50
26	Ultrasonido Prostático		50
27	Ultrasonido Testicular		50
28	ultrasonido Transvaginal		50
29	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)		50
30	Mamografía Bilateral		50
31	EKG		50
32	Tomografía Cerebral simple		50
33	Tomografía Abdomen total simple		25
34	Tomografía Abdomen Superior simple		25
35	Tomografía Abdomen Inferior simple		25
Total proyectado			1,675

SANTA ROSA DE COPAN

N°	Nombre del Estudio	Precio Estimado por Estudio	Proyección
			1 año
1	Rx de cráneo AP y Lat		50
2	Rx Hombro AP		100
3	Rx Clavícula AP (1T)		100
4	Rx TORAX PA		200
5	Rx TORAX AP óseo		100
6	Rx Brazo AP y Lateral		100
7	Rx Antebrazo AP y Lateral		100
8	Rx Codo AP y Lat.		100
9	RX Muñeca 2 Proyecciones		100
10	Rx Mano AP y Oblicua		100
11	Rx Abdomen de pie y acostado		40
12	Rx de Pierna Ap y Lateral Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)		100
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral		50
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)		100
15	Rx Tobillo AP y Lateral		50
16	Rx Pie AP y Oblicuas		100
17	Rx de pie AP y lateral		50
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales , Wáter, dinámicas)		100
19	Ultrasonido mamas		200
20	Ultrasonido Tiroides		100
21	Ultrasonido abdomen Total		100
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)		100



23	Ultrasonido Renal y vías urinarias		100
24	Ultrasonido Pélvico		100
25	Ultrasonido Prostático		180
26	Ultrasonido Testicular		100
27	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)		50
28	Mamografía Bilateral		200
29	EKG		400
30	Tomografía Cerebral simple		20
31	Tomografía Abdomen total simple		20
32	Tomografía Abdomen Superior simple		20
33	Tomografía Abdomen Inferior simple		20
Total proyectado			3,350

REGIONAL DEL PROGRESO.

Nº	Nombre del Estudio	Precio Estimado por Estudio	Proyección 1 año
1	Rx de cráneo AP y Lat		50
2	Rx Hombro AP		100
3	Rx Clavícula AP (1T)		100
4	Rx TORAX PA		200
5	Rx TORAX AP óseo		60
6	Rx Brazo AP y Lateral		100
7	Rx Antebrazo AP y Lateral		100
8	Rx Codo AP y Lat.		100
9	RX Muñeca 2 Proyecciones		100
10	Rx Mano AP y Oblicua		100
11	Rx Abdomen de pie y acostado		50
12	Rx de Ante Pierna Ap y Lateral (Muslo)		100
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral		100
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)		100
15	Rx Tobillo AP y Lateral		100
16	Rx Pie AP y Oblicuas		100
17	Rx de pie AP y lateral		100
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales, Wáter, dinámicas)		100
19	Ultrasonido mamas		200
20	Ultrasonido Tiroides		80
21	Ultrasonido abdomen Total		200
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)		100
23	Ultrasonido Renal y vías urinarias		100
24	Ultrasonido Obstétrico		200
25	Ultrasonido Prostático		100
26	Ultrasonido Testicular		50
27	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)		70
28	Mamografía Bilateral		480
29	EKG		500
Total proyectado			3,840



20. ANEXOS

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones a este formulario ni se aceptarán substituciones.]

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

Contratación Directa N. 005-2026

A: [nombre completo y dirección del Comprador]

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- (a) Hemos examinado y no hallamos objeción alguna a los documentos de Contratación Directa, incluso sus Enmiendas Nos. [indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];
- (b) Ofrecemos proveer los siguientes servicios de conformidad con los Documentos de Contratación Directa y de acuerdo con los servicios establecidos en la Lista de Requerimientos: [indicar una descripción breve de los servicios];
- (c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (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 Servicios al que aplica el descuento].
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];
- (e) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en el presente documento a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con el apartado Presentación de Ofertas. Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;
- (f) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato.
- (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 de conformidad con la sección de Idioma de las Ofertas
- (i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del contrato son elegibles.
- (j) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta Contratación Directa o ejecución del Contrato:

Nombre del Receptor	Dirección	Concepto	Monto

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

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [indicar el nombre completo del Oferente (sociedad mercantil)]

Este formulario deberá estar firmada y sellada por el Representante Legal actual de la empresa en su última página, y contar con media firma (rúbrica) del mismo en cada una de las páginas precedentes.



SECCIÓN IV: LISTA DE PRECIOS.

REGIONAL LA CEIBA

N°	Nombre del Estudio	Proyección Anual	1 Año	
			Precio Unitario	Precio total
1	Rx de cráneo AP y Lat	50		
2	Rx Hombro AP	150		
3	Rx Clavícula AP (1T)	135		
4	Rx TORAX PA	150		
5	Rx TORAX AP óseo	150		
6	Rx Brazo AP y Lateral	100		
7	Rx Antebrazo AP y Lateral	100		
8	Rx Codo AP y Lat	100		
9	RX Muñeca 2 Proyecciones	100		
10	Rx Mano AP y Oblicua	100		
11	Rx Abdomen de pie y acostado	50		
12	Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)	100		
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral	100		
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)	200		
15	Rx Tobillo AP y Lateral	200		
16	Rx Pie AP y Oblicuas	200		
17	Rx de pie AP y lateral	100		
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales , Wáter, dinámicas)	100		
19	Ultrasonido mamas	300		
20	Ultrasonido Tiroides	80		
21	Ultrasonido abdomen Total	500		
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)	100		
23	Ultrasonido Renal y vías urinarias	100		
24	Ultrasonido Pélvico	100		
25	Ultrasonido Obstétrico	150		
26	Ultrasonido Prostático	50		
27	Ultrasonido Testicular	50		
28	ultrasonido Transvaginal	150		
29	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)	70		
30	Mamografía Bilateral	300		
31	EKG	700		
32	Tomografía Cerebral simple	50		
33	Tomografía Abdomen total simple	25		
34	Tomografía Abdomen Superior simple	25		
35	Tomografía Abdomen Inferior simple	25		
Total		4,960		



REGIONAL DE CHOLUTECA

N°	Nombre del Estudio	Proyección Anual	1 Año	
			Precio Unitario	Precio Total
1	Rx de cráneo AP y Lat	50		
2	Rx Hombro AP	100		
3	Rx Clavícula AP (1T)	100		
4	Rx TORAX PA	150		
5	Rx Brazo AP y Lateral	100		
6	Rx Antebrazo AP y Lateral	100		
7	Rx Codo AP y Lat	50		
8	RX Muñeca 2 Proyecciones	100		
9	Rx Mano AP y Oblicua	100		
10	Rx Abdomen de pie y acostado	50		
11	Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)	50		
12	Rx de Tibia y Peroneo AP y Lateral	50		
13	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)	100		
14	Rx Tobillo AP y Lateral	100		
15	Rx Pie AP y Oblicuas	100		
16	Ultrasonido mamas	290		
17	Ultrasonido Tiroides	50		
18	Ultrasonido abdomen Total	419		
19	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)	240		
20	Ultrasonido Renal y vías urinarias	100		
21	Ultrasonido Pélvico	180		
22	Ultrasonido Prostático	50		
23	Ultrasonido Testicular	50		
24	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)	60		
25	Mamografía Bilateral	300		
26	Tomografía Cerebral simple	30		
27	Tomografía Abdomen total simple	25		
28	Tomografía Abdomen Superior simple	25		
29	Tomografía Abdomen Inferior simple	25		
	Total	3,144		



REGIONAL DE CATACAMAS

N°	Nombre del Estudio	Proyección Anual	1 año	
			precio Unitario	Precio Total
1	Rx de cráneo AP y Lat	40		
2	Rx Hombro AP	40		
3	Rx Clavícula AP (1T)	40		
4	Rx TORAX PA	60		
5	Rx Brazo AP y Lateral	40		
6	Rx Antebrazo AP y Lateral	40		
7	Rx Codo AP y Lat	40		
8	RX Muñeca 2 Proyecciones	40		
9	Rx Mano AP y Oblicua	40		
10	Rx Abdomen de pie y acostado	60		
11	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)	60		
12	Rx Tobillo AP y Lateral	60		
13	Rx Pie AP y Oblicuas	30		
14	Rx Cervical, Lumbar y Otros Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales, Wáter, dinámicas)	20		
15	Ultrasonido Tiroides	36		
16	Ultrasonido abdomen Total	120		
17	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)	120		
18	Ultrasonido Renal y vías urinarias	96		
19	Ultrasonido Pélvico	60		
20	Ultrasonido Obstétrico	120		
21	Ultrasonido Prostático	60		
22	Mamografía Bilateral	180		
	Total	1,402		

REGIONAL DE TOCOA

N°	Nombre del Estudio	Proyección Anual	1 Año	
			Precio Unitario	Precio Total
1	Rx de cráneo AP y Lat	50		
2	Rx Hombro AP	50		
3	Rx Clavícula AP (1T)	50		
4	Rx TORAX PA	50		
5	Rx TORAX AP óseo	50		



6	Rx Brazo AP y Lateral	50		
7	Rx Antebrazo AP y Lateral	50		
8	Rx Codo AP y Lat	40		
9	RX Muñeca 2 Proyecciones	50		
10	Rx Mano AP y Oblicua	50		
11	Rx Abdomen de pie y acostado	40		
12	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)	50		
13	Rx Tobillo AP y Lateral	50		
14	Rx Pie AP y Oblicuas	50		
15	Rx de pie AP y lateral	50		
16	Rx Cervical, Lumbar y Otros Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales, Wáter, dinámicas)	50		
17	Ultrasonido mamas	200		
18	Ultrasonido Tiroides	30		
19	Ultrasonido abdomen Total	500		
20	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)	150		
21	Ultrasonido Renal y vías urinarias	100		
22	Ultrasonido Pélvico	100		
23	Ultrasonido Obstétrico	200		
24	Ultrasonido Prostático	50		
25	Ultrasonido Testicular	50		
26	ultrasonido Transvaginal	200		
27	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)	70		
28	Mamografía Bilateral	200		
29	EKG	500		
30	Tomografía Cerebral simple	30		
31	Tomografía Abdomen total simple	30		
32	Tomografía Abdomen Superior simple	20		
33	Tomografía Abdomen Inferior simple	20		
	total	3,230		

REGIONAL DE VILLA NUEVA

N°	Nombre del Estudio	Proyección Anual	1 Año	
			Precio Unitario	Precio Total
1	Rx de cráneo AP y Lat	50		
2	Rx Hombro AP	50		
3	Rx Clavícula AP (1T)	50		
4	Rx TORAX PA	50		



5	Rx TORAX AP y Lateral	50		
6	Rx Brazo AP y Lateral	50		
7	Rx Antebrazo AP y Lateral	50		
8	Rx Codo AP y Lat	50		
9	RX Muñeca 2 Proyecciones	50		
10	Rx Mano AP y Oblicua	50		
11	Rx Abdomen de pie y acostado	50		
12	Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)	50		
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral	50		
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)	50		
15	Rx Tobillo AP y Lateral	50		
16	Rx Pie AP y Oblicuas	50		
17	Rx de pie AP y lateral	50		
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales, Wáter, dinámicas)	50		
19	Ultrasonido mamas	50		
20	Ultrasonido Tiroides	50		
21	Ultrasonido abdomen Total	50		
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)	50		
23	Ultrasonido Renal y vías urinarias	50		
24	Ultrasonido Pélvico	50		
25	Ultrasonido Obstétrico	50		
26	Ultrasonido Prostático	50		
27	Ultrasonido Testicular	50		
28	ultrasonido Transvaginal	50		
29	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)	50		
30	Mamografía Bilateral	50		
31	EKG	50		
32	Tomografía Cerebral simple	50		
33	Tomografía Abdomen total simple	25		
34	Tomografía Abdomen Superior simple	25		
35	Tomografía Abdomen Inferior simple	25		
Total		1,675		



SANTA ROSA DE COPAN

N°	Nombre del Estudio	Proyección Anual	1 Año	
			Precio Unitario	Precio Total
1	Rx de cráneo AP y Lat	50		
2	Rx Hombro AP	100		
3	Rx Clavícula AP (1T)	100		
4	Rx TORAX PA	200		
5	Rx TORAX AP óseo	100		
6	Rx Brazo AP y Lateral	100		
7	Rx Antebrazo AP y Lateral	100		
8	Rx Codo AP y Lat	100		
9	RX Muñeca 2 Proyecciones	100		
10	Rx Mano AP y Oblicua	100		
11	Rx Abdomen de pie y acostado	40		
12	Rx de Pierna Ap y Lateral Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)	100		
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral	50		
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)	100		
15	Rx Tobillo AP y Lateral	50		
16	Rx Pie AP y Oblicuas	100		
17	Rx de pie AP y lateral	50		
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales , Wáter, dinámicas)	100		
19	Ultrasonido mamas	200		
20	Ultrasonido Tiroides	100		
21	Ultrasonido abdomen Total	100		
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)	100		
23	Ultrasonido Renal y vías urinarias	100		
24	Ultrasonido Pélvico	100		
25	Ultrasonido Prostático	180		
26	Ultrasonido Testicular	100		
27	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)	50		
28	Mamografía Bilateral	200		
29	EKG	400		
30	Tomografía Cerebral simple	20		
31	Tomografía Abdomen total simple	20		
32	Tomografía Abdomen Superior simple	20		
33	Tomografía Abdomen Inferior simple	20		
Total		3,350		



REGIONAL DEL PROGRESO.

N°	Nombre del Estudio	Proyección Anual	1 Año	
			Precio Unitario	Precio Total
1	Rx de cráneo AP y Lat	50		
2	Rx Hombro AP	100		
3	Rx Clavícula AP (1T)	100		
4	Rx TORAX PA	200		
5	Rx TORAX AP óseo	60		
6	Rx Brazo AP y Lateral	100		
7	Rx Antebrazo AP y Lateral	100		
8	Rx Codo AP y Lat	100		
9	RX Muñeca 2 Proyecciones	100		
10	Rx Mano AP y Oblicua	100		
11	Rx Abdomen de pie y acostado	50		
12	Rx de Ante Pierna Ap. y Lateral (Muslo)	100		
13	Rx de Tibia y Perone AP y Lateral	100		
14	Rx Rodilla AP y Lateral Derecha o Izquierda)	100		
15	Rx Tobillo AP y Lateral	100		
16	Rx Pie AP y Oblicuas	100		
17	Rx de pie AP y lateral	100		
18	Rx Cervical, Lumbar y Otros (senos paranasales , Wáter, dinámicas)	100		
19	Ultrasonido mamas	200		
20	Ultrasonido Tiroides	80		
21	Ultrasonido abdomen Total	200		
22	Ultrasonido Hepático y vía biliar (abdomen Superior)	100		
23	Ultrasonido Renal y vías urinarias	100		
24	Ultrasonido Obstétrico	200		
25	Ultrasonido Prostático	100		
26	Ultrasonido Testicular	50		
27	Ultrasonidos Otros Ultrasonidos Otros (Perfil biofísico fetal, Ultrasonido Doppler obstétrico (arterias uterinas, umbilical y cerebral media)	70		
28	Mamografía Bilateral	480		
29	EKG	500		
Total		3,840		



El oferente deberá presentar por cada lote una Tabla de Lista de Precios. Presentar oferta económica para uno, varios o la totalidad de los lotes (ciudades) habilitados, debiendo cotizar el 100% de los ítems de la ciudad a la que postula.

LOTE N° 1: [Insertar Nombre de la Ciudad, ej. La Ceiba].

Nota importante: los precios unitarios deben mantenerse fijos a lo largo del año de contrato:

Este listado deberá estar firmado y sellado por el Representante Legal actual de la empresa en su última página, y contar con media firma del mismo en cada una de las páginas precedentes.

Nota:

- Los precios deberán presentarse en Lempiras y únicamente con dos decimales,
- Presentar en formato digital Excel

Nombre del Oferente [indicar el nombre completo del Oferente] Firma del Oferente [firma de la persona que firma la Oferta] Fecha [Indicar Fecha].



DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O INHABILIDADES

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Documento Nacional de Identificación/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”.

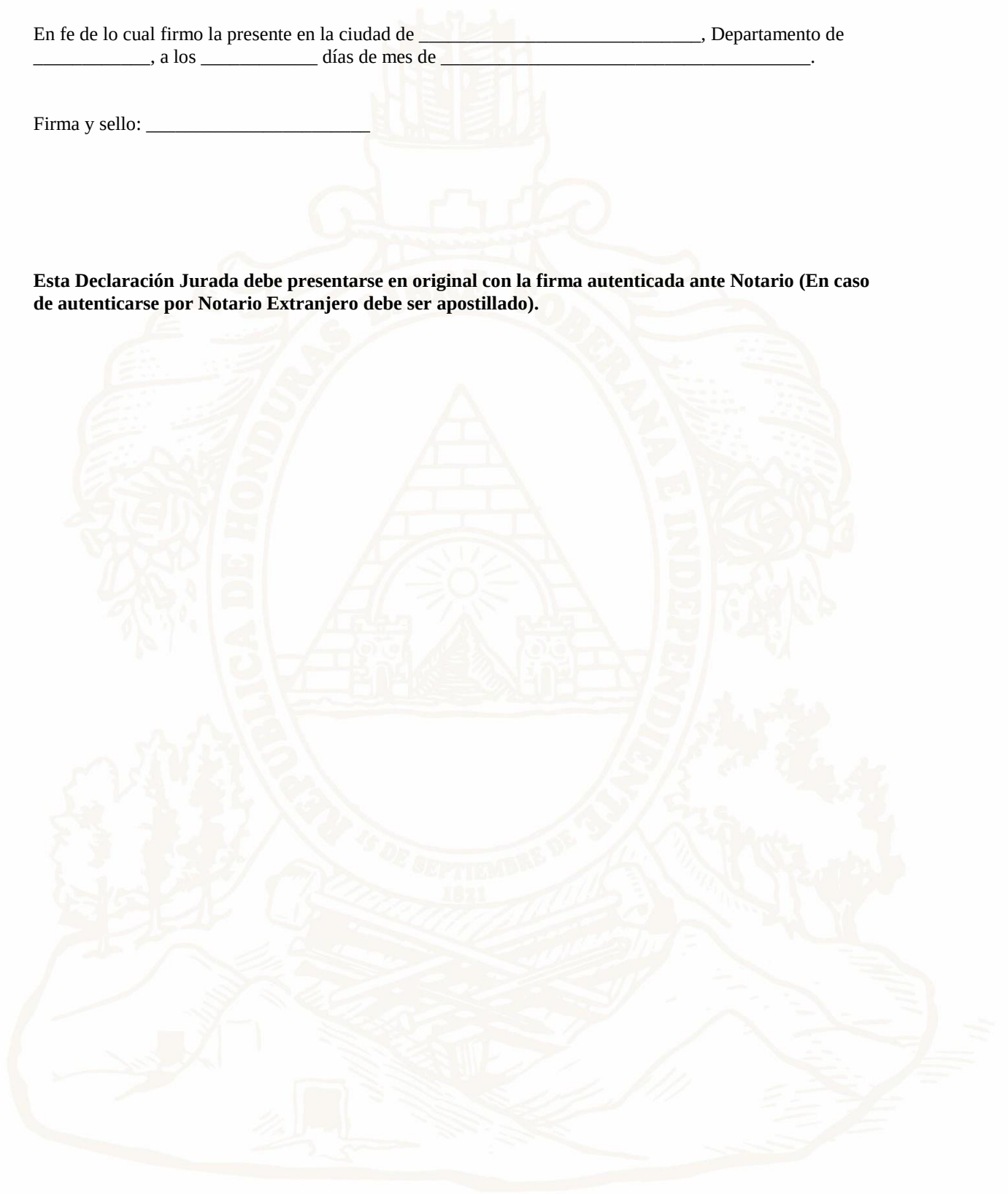
“ARTÍCULO 16.- funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la República y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de Estado, los Directores Generales o Funcionarios de igual rango de las Secretarías de Estado, los Diputados al Congreso Nacional, los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, los magistrados del Consejo Nacional Electoral, el Procurador y Subprocurador General de la República, los magistrados del Tribunal Superior de Cuentas, 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 _____.

Firma y sello: _____

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





DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD

YO _____, Mayor de edad, de Estado Civil _____, de Nacionalidad _____, con domicilio en _____, con Documentos Nacional de Identificación/Pasaporte No _____, actuando en mi condición de Representante Legal de _____, por la presente **HAGO DECLARACION 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 COERCION: 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 COLUSION: 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 OBSTRUCCION: 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, cohesiva 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 CONTRATACIONES DIRECTAS, concesiones, ventas, subastas de obras o concursos.

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) 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 encuentren impedidos para celebrar actos y contratos que violenten la Ley Penal.

7.- Autorizo a la institución contratante para que realice cualquier investigación minuciosa en el marco del



Respeto y al debido proceso sobre prácticas corruptivas en las cuales mi representada haya o este participando.
Promoviendo de esa manera practicas éticas y de buena gobernanza en los procesos de contratación.

En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudad _____ municipio de _____,
Departamento de _____ a los _____,
días del mes de _____ del año _____.

Firma y sello: _____

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



DECLARACIÓN JURADA LEY ESPECIAL CONTRA EL LAVADO DE ACTIVOS

Yo _____ mayor de edad, de estado civil _____ de nacionalidad _____ con domicilio en _____ con Documento Nacional de Identificación/pasaporte N° _____ actuando en mi condición de Representante Legal de la empresa _____ por la presente hago: DECLARACIÓN JURADA que ni mi persona, ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos de la Ley Contra el Lavado de Activos, que a continuación se detallan. ARTÍCULO 36, 37, 38, 39, 40 y 41.- “DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS. Incurre en el delito de lavado de activos y debe ser sancionado con pena de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien por sí o por interpósita persona: Adquiera, invierta, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, convierta, conserve, traslade, oculte, encubra, de apariencia de legalidad, legalice 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 las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la administración del Estado a empresas privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia. No obstante, la Pena debe ser de: 1) Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado sea igual o menor al valor equivalente a sesenta (70) salarios mínimos más altos en la zona; 2) Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión si el valor de los activos objeto del lavado supera un valor equivalente a los setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y, 3) Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión si el valor de los activos objeto de lavado, supere un valor equivalente a ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona. A los promotores, jefes dirigentes o cabecillas y beneficiarios directos o indirectos de las actividades de lavado de activos, se les debe imponer la pena que le correspondiere en el presente Artículo, incrementada en un tercio (1/3) de la pena. ARTÍCULO 37.-TESTAFERRATO. Debe ser sancionado de seis(6) a quince (15) años de reclusión, quien preste su nombre en actos o contratos reales o simulados, de carácter civil o mercantil, que se refieran a la adquisición, transferencias o administración de bienes que: procedan directa o indirectamente de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la Administración del Estado, privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia. La pena del delito de Testaferrato debe ser de: 1) Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado sea igual o menor al valor equivalente a sesenta (70) salarios mínimos más altos de la zona; 2) Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado supere un valor equivalente a sesenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y, 3) Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado supere un valor equivalente de los ciento (120) salarios mínimos más altos de la zona. ARTÍCULO 38, DELITO DE ASOCIACIÓN ILÍCITA. Quienes se asocien o confabulen para cometer el delito de lavado de activos o testa ferrato deben ser sancionados por ese solo hecho, con reclusión de seis (6) a diez (10) años. ARTÍCULO 39.- DELITO DE ENCUBRIMIENTO. Al autor del delito de encubrimiento de lavado de activos, se le debe sancionar con la pena señalada en el Artículo 38 de esta Ley, rebajada en un tercio (1/3). ARTÍCULO 40.- DELITO DE LAVADO DE ACTIVO EJECUTADO POR EMPLEADO O FUNCIONARIO PÚBLICO. El Empleado o Funcionario Público que valiéndose de su cargo participe, facilite o se beneficie en el desarrollo de los delitos de lavado de activos, encubrimiento del delito de lavado de activos o en la asociación para la ejecución de lavado de activos, debe ser sancionado con una pena igual a la establecida en el Artículo 38 de esta Ley, aumentada en un cuarto (1/4) y la inhabilitación absoluta definitiva en el ejercicio de cualquier cargo

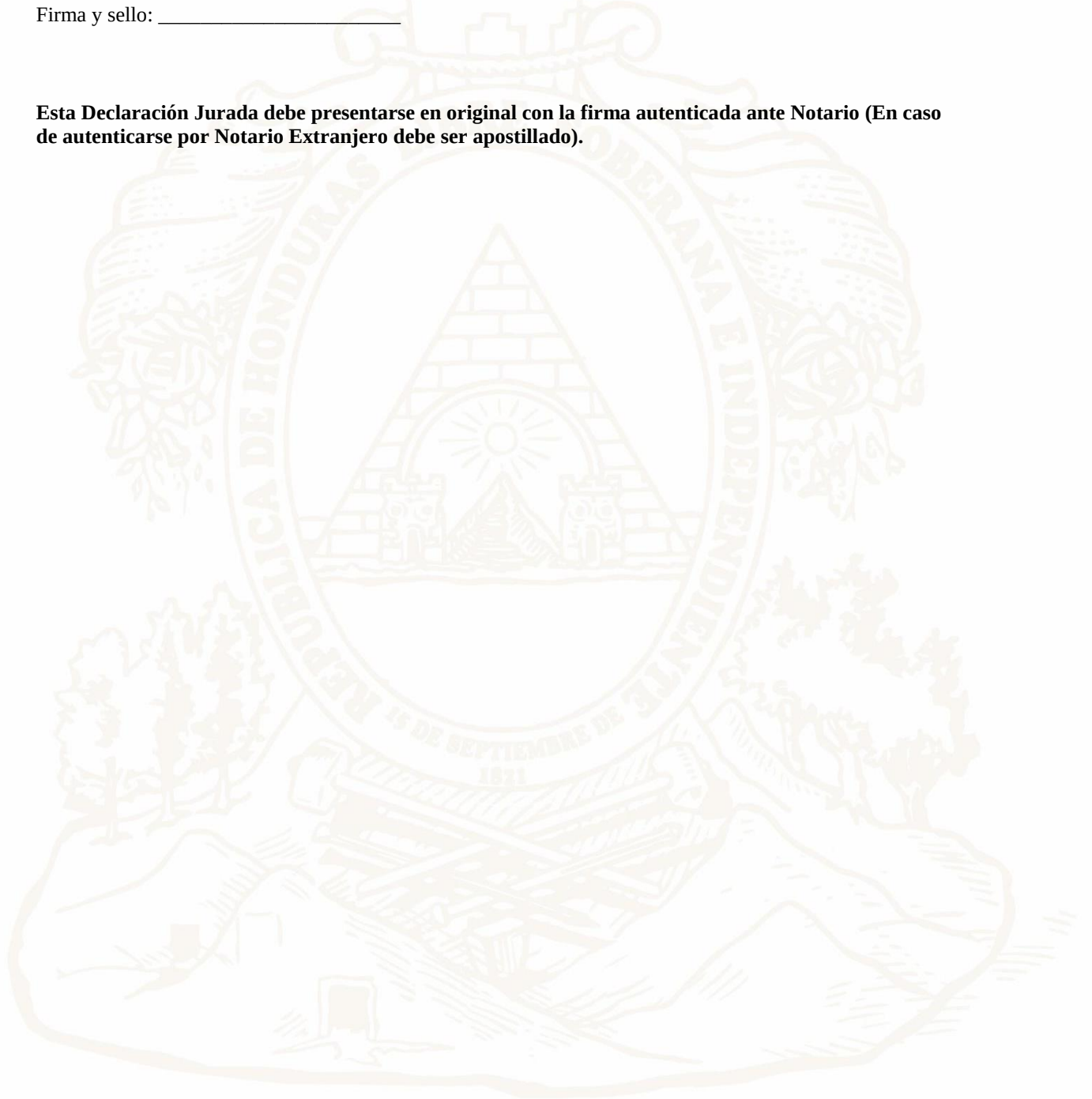


público, como penas principales. La pena indicada en este Artículo también se debe aplicar a los representantes legales de las personas jurídicas que hayan participado en la comisión de este delito. **ARTÍCULO 41. DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS OMISIVO.** El Sujeto Obligado que por la omisión en el cumplimiento de las obligaciones de la Debida Diligencia y prevención de lavado de activos facilitare la realización de esta conducta, se le debe sancionar con reclusión de dos (2) a cinco (5) años, a menos que la conducta desplegada se encuentre sancionada con una pena mayor "En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudad, municipio de _____

Departamento de _____ a los _____, días del mes de _____ del año _____.

Firma y sello: _____

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





FORMULARIO DE GARANTIA MANTENIMIENTO DE OFERTA

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N° _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la **OFERTA**, presentada en la Contratación Directa para la Ejecución del Proyecto: “_____” ubicado en _____.

SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA: _____

VIGENCIA De: _____ Hasta: _____

BENEFICIARIO: _____

Todas las garantías deberán incluir **textualmente** la siguiente cláusula obligatoria.

“LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.”

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 _____

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA



FORMULARIO DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO

GARANTIA DE CUMPLIMIENTO N°: _____

FECHA DE EMISION: _____

GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar que el Garantizado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, **CUMPLIRA** cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el contrato firmado al efecto entre el Garantizado y el Beneficiario, para la Ejecución del Contrato: “_____”

SUMA GARANTIZADA: _____

VIGENCIA De: _____ Hasta: _____

BENEFICIARIO: _____

Todas las garantías deberán incluir **textualmente** la siguiente cláusula obligatoria.

“LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.”

Las garantías 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.**

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

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA



ANEXOS

El presente cuadro contiene los estándares mínimos de referencia para la monitoria y evaluación de servicios de radiología e imágenes, su contenido tiene carácter informativo y preliminar, sirve como base para la estructuración de indicadores y parámetros de calidad.

La valoración formal vinculante y operativa de este cuadro así como la aplicación de sus métricas en procesos de auditoria, supervisión o calificación de servicios, solo será efectiva una vez que el contrato correspondiente sea firmado por todas las partes interesadas.

Tabla 1: Estándares Mínimos para Monitoria y Evaluación de servicios de radiología e imágenes

#	Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones	Puntaje esperado	Obtenido
1	El establecimiento debe estar ubicado en un terreno no vulnerable a riesgos, reuniendo condiciones arquitectónicas, estructurales y en sus redes de instalaciones para soportar riesgos y cuenta con los estudios de vulnerabilidad para los respectivos desastres naturales y/o eventos catastróficos a los que está expuesto. (Según mapa de riesgos de COPECO)	1	
2	Sala de espera (Área mínima 10 M2)	1	
3	Área administrativa (Área mínima 9 M2)	1	
4	Sala para rayos X (Área mínima 20 M2 - lado mínimo 4 M) altura mínima 3 metros	1	
5	Sala para ultrasonido.(Área mínima 10 M2)	1	
6	Área para vestidor de usuarios (Área mínima 3 M2)	1	
7	Área de archivo de placas radiográficas (Área mínima 20 M2)	1	
8	Área para depósito de materiales de uso común en el servicio	1	
9	Cuarto de revelado (Área mínima 6 M2)	1	
10	Servicio sanitarios de personal 2 U (Área mínima 8 M2) con puertas que abren hacia fuera e identificadas por genero	1	
11	Servicio sanitario de usuarios diferenciados por sexo (Una por cada 15 pacientes Área mínima 8 M2) con puertas que abren hacia fuera e identificadas por genero	1	
12	Compuerta de seguridad para pase de películas al cuarto de revelado	1	
13	El control del aparato de Rayos X deberá estar protegido por un biombo emplomado y ubicado dentro de la sala.	1	
14	Paredes, techos, pisos y puertas emplomadas, grosor y características de acuerdo a la emisión de radiaciones	1	
15	Instalación eléctrica de circuito independiente y de seguridad en equipos de Rayos X. Tablero especial para el servicio	1	
16	Los materiales de construcción en pisos, paredes y techos no contienen sustancias toxicas, irritantes y combustibles	1	
17	Todos los ambientes tienen suficiente ventilación, natural o a través de ventiladores y las ventanas exteriores abren hacia fuera, protegidas con tela metálica	1	
18	Todos los ambientes tienen suficiente iluminación natural o artificial para los procedimientos usuales	1	
19	Paredes en área clínicas de materiales lavables, no porosos, para fácil limpieza	1	
20	Pisos de materiales impermeables, solidos, resistentes, uniformes, antideslizantes y lavables	1	



#	Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones	Puntaje esperado	Obtenido
21	Cielo falso en áreas clínicas, de materiales no porosos, solidos, de superficie lisa, impermeable para fácil limpieza y desinfección y resistente a factores ambientales como humedad, temperatura e incombustibles.	1	
22	Instalación hidráulica con desagües	1	
23	Drenaje conectado a red municipal y cumplimiento de requisitos municipales	1	
24	Instalación eléctrica interna en paredes, carga útil de salida 110v. 60 Hertz. ó 220v., según características del equipo existente en el servicio con red de polo a tierra de varilla de cobre o acero con puntos de registro menor o igual a 10 ohmios en todos los servicios	1	
25	Puerta principal protegida con tela metálica, de vaivén o que abre hacia fuera en el sentido de desalojo rápido para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de personas discapacitadas	1	
	• Para el establecimiento en general:		
26	Se cumplen requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de personas discapacitadas	1	
27	El establecimiento está ubicado en una zona libre de industrias o instalaciones peligrosas: Almacenamiento de combustibles o sustancias explosivas, producción o manejo de productos químicos, corrosivos u oxidantes enérgicos, fuentes generadoras de contaminantes del aire, producción de ruidos, refinerías, instalaciones industriales con grandes calderas a 1000 m. de distancia (Aplica a establecimientos nuevos)	1	
28	El establecimiento tiene pasillos o corredores interiores y exteriores de evacuación, habilitados y señalados	1	
29	Todas las puertas de los ambientes de reunión de personas como sala de espera y cualquier otro que se aglomere público o personal, deben abrirse hacia afuera, en el sentido del desalojo rápido	1	
30	Dentro y fuera del establecimiento existen áreas de seguridad señalizadas y rutas de evacuación en relación con los diferentes riesgos que posea el establecimiento.	1	
31	Central de residuos para su acopio, manejo y tratamiento con dos áreas diferenciadas: Para residuos Bio infecciosos y para basura común, superficie total mínima de 4 M2, y tienen revestimiento impermeable y lavable.	1	
32	En ambas áreas existe un flujo lineal con un acceso para los residuos y una salida para el retiro y transporte externo a su sitio de disposición final	1	
	•Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones		
33	Módulo de información con mobiliario, al ingreso del establecimiento, accesible a todos los usuarios	1	
34	Rótulo suficientemente grande con el nombre del establecimiento	1	
35	Señalización de avisos y advertencias con letra y símbolos legibles	1	
	•Estándares mínimos de Equipamiento		
	•Para el establecimiento en general:		
36	Botiquín de primeros auxilios con materiales y medicamentos de uso general en cada servicio	1	
37	Teléfono para comunicación externa	1	
38	Planta eléctrica o grupo electrógeno de emergencia: Carga útil de la planta eléctrica de 220/110 voltios y 480-277 voltios, según necesidades en el establecimiento, (normas NEC) con transfer automático, tablero principal, tanque de combustible, cuchilla, fusibles y sistema de desconexión general	1	



#	Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones	Puntaje esperado	Obtenido
39	Red de extinguidores de incendio en número de acuerdo a normas y de los tipos adecuados para los ambientes o áreas del establecimiento o extinguidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante o equipo contra incendios (gabinetes con mangueras, herramienta) o equipo tipo sprinklers o rociadores de acción automática o red seca contra incendios (red de tubería con válvulas y uniones storz de entrada y salida, para uso exclusivo del cuerpo de bomberos).	1	
40	Los recipientes para residuos biológicos y clínicos son de acero inoxidable o materiales resistentes tienen tapa de cierre automático y se abren por medio de un pedal, los de residuos biológicos se distinguen por el logo de Bio infecciosos y tienen bolsas plásticas resistentes, de dos colores: Rojas para desechos Infectocontagiosos, jeringas y otros materiales que contenga heces, sangre o secreciones. Negras para la basura común	1	
41	Buzón de quejas y sugerencias	1	
	•Sala de espera		
42	Bancas o sillas para pacientes	1	
	•Área Administrativa		
43	Escritorio	1	
44	1 computadora, con procesador Pentium i5 o superior, 4 Gb RAM o superior, con acceso a internet.	1	
45	1 impresora Laser	1	
46	1 fotocopiadora	1	
47	1 teléfono público	1	
48	Tres sillas	1	
49	Archivo metálico	1	
50	Anaqueles	1	
51	Acceso a Internet	1	
	•Sala de Rayos X		
52	Equipo de Rayos X fijo, con mesa y aditamentos especiales para estudios específicos	2	
53	Unidad de revelado convencional o Digital con sus accesorios	1	
54	Reloj de Luz para señales con cifras luminosas para cuarto oscuro	1	
55	Negatoscopio para películas radiográficas de 360 mm de 3 campos (si es Radiología convencional) en Radiología Digital monitor de diagnóstico médico e impresora	1	
56	Equipo personal de protección radiológica: Delantal, collar, guantes, caretas o lentes(aplica para sala de RX y TAC)	2	
57	Dosímetro para medición de la radiación recibida por los trabajadores. Uno por cada trabajador(aplica para sala de RX y TAC)	1	
58	Grabadora y dictáfono (aplica para sala de RX y TAC)	1	
59	Equipo para movilización del usuario: Silla de ruedas, camillas(aplica para sala de RX y TAC)	2	
	•Sala de ultrasonido		
60	Escritorio	1	
61	Tres sillas	1	
62	Mesa de exploración, con la altura adecuada para realizar la exploración de ultrasonografía.	1	
63	Gradilla de dos peldaños	1	
64	Equipo para ultrasonido, con sus accesorios y tipos de transductores.	1	



#	Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones	Puntaje esperado	Obtenido
	•Sala de Electrocardiografía		
65	Escritorio	1	
66	Tres sillas	1	
67	Mesa de exploración	1	
68	Gradilla de dos peldaños	1	
69	Equipo para electrocardiografía con capacidad mínima de 12 derivaciones	1	
	Sala de Mamografía		
70	Mamografo	1	
71	Equipo personal de protección radiológica: collar	1	
	Sala de Tomografía		
72	Tomógrafo de 16 cortes como mínimo	1	
73	sala de control con ventana de vidrio plomado; blindaje radiológico conforme a la normativa vigente; sistema de climatización; suministro eléctrico regulado con respaldo (UPS); estación de trabajo con software de adquisición y procesamiento de imágenes	1	
74	sistema de almacenamiento y visualización de imágenes	1	
75	señalización y dispositivos de seguridad radiológica	1	
	•Estándares mínimos para Recursos Humanos	1	
76	Jefe del Servicio. Médico Especialista en Radiología acreditado por el Colegio Médico de Honduras.	2	
77	Técnico en radiología	1	
78	El 100% del personal porta su identificación con fotografía, en lugar visible	1	
	•Estándares mínimos sobre Organización y funcionamiento		
79	Reglamento de Bio Seguridad y sus normas técnicas	1	
80	Manual de Normas y Procedimientos Técnicos de Radiodiagnóstico (Existente)	1	
81	Manual de Organización y Funciones del servicio de Radiología (Jefe del Departamento)	1	
82	Manuales auxiliares de consulta: Posiciones, dosis de radiación, tiempo exposición y diagnósticos radiológicos (Existentes)	1	
83	Manuales de los Equipos existentes en el servicio	1	
84	Manuales de uso y protocolos para el mantenimiento preventivo del equipo de radiodiagnóstico, presentar fotocopia autenticada de contrato de servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de radiodiagnóstico y ultrasonido.	1	
85	Normas de protección radiológica (existentes)	1	
86	Protocolos de los 10 procedimientos más frecuentes del servicio (en dependencia de la patología (s) más frecuente (s))	1	
87	El establecimiento cuenta con los planos arquitectónicos, de cimentación, instalaciones hidráulicas, eléctricas y equipo médico	1	
88	Reglamento para el manejo de residuos sólidos	1	
89	Cartel informativo colocado en lugar visible: Servicios ofertados, horarios y responsables	1	
90	Carteles en lugares visibles para el público y personal sobre "Prohibido fumar"	1	
91	Reglamento de Bioseguridad y Normas Técnicas	1	
92	Información Visible de los servicios ofertados	1	



#	Estándares mínimos de Estructura Física e instalaciones	Puntaje esperado	Obtenido
93	Manuales de uso y protocolos de mantenimiento preventivo del equipo de radiodiagnóstico y ultrasonido (Biomédica, debe existir un contrato de mantenimiento)	1	
94	Los manuales indicados deberán ser presentados de forma electrónica con el enlace oficial de origen	1	
95	Presentar fotocopia de Licencia ambiental vigente. Presentar Licencia Ambiental vigente o constancia emitida por la autoridad competente que acredite que la misma se encuentra en trámite.	1	
Total		100	

El CONTRATISTA: deberá alcanzar un puntaje mínimo promedio de ochenta y cinco por ciento (85%) en el instrumento de evaluación y monitoreo aplicado por personal autorizado del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), conforme a los criterios establecidos en la herramienta de evaluación correspondiente. El resultado obtenido será utilizado para verificar el cumplimiento de los estándares de calidad, capacidad operativa y condiciones del servicio contratado.