



Señores

PARTICIPANTES

Su Oficina.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) está realizando la Contratación Directa No.**CD-006-2026** amparado en el Decreto Ejecutivo PCM-007-2026, emitido por el Presidente de la República, con carácter urgente, con el fin de suplir de manera inmediata **IHSS-DMN ADQUISICIÓN DE INSUMOS DE HEMODINAMIA PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**.

Por lo anterior, estamos remitiendo a su representada, pliego de condiciones abreviadas 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 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 Jueves 02 de Julio de 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.

Este proceso se financiará con fondos propios del IHSS.

De ustedes con todo respeto y consideración.

Atentamente;

ABOG. VICTOR ANTONIO MARTÍNEZ CACERES
DIRECTOR EJECUTIVO DEL IHSS



Oficio 264-DE-IHSS-2026
Lunes 10 de junio de 2026

Señores

PARTICIPANTES

Su Oficina

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) está realizando la Contratación Directa No. **CD-006-2026** amparado en el Decreto Ejecutivo PCM-007-2026, emitido por el Presidente de la República, con carácter urgente, con el fin de suplir de manera inmediata **IHSS-DMN ADQUISICIÓN DE INSUMOS DE HEMODINAMIA PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**.

Por lo anterior, estamos remitiendo a su representada, pliego de condiciones abreviadas 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 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 [día] de [mes] de 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.

Este proceso 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;
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-DMN-ADQUISICIÓN DE INSUMOS DE HEMODINAMIA PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS).”**

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 **ADQUISICIÓN DE INSUMOS DE HEMODINAMIA PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS).**

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-006-2026”**

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 xxxxxx mesxxxx del año xxxxxx.

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

7. Requisitos a presentar:

Legales:

1. 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.
2. 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).
3. 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).
4. 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).



5. Fotocopia del DNI de su representante legal actual.
6. 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):

1. 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.
2. 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 bien u o 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 en formato digital Excel en USB.
3. 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.

Técnicos:

1. Declaración Jurada sobre la calidad de los insumos a entregar comprometiéndose a cumplir con los requerimientos indicados en las Especificaciones y Condiciones Técnicas establecidas en este documento.
2. Evidencia documentada que demuestre su experiencia en el rubro de los insumos ofertados, para lo cual deberá de presentar copia de al menos dos (2) Contratos de los últimos (5) años, u órdenes de compra que refleje al menos un 10% del monto ofertado. Al igual deberá presentar una constancia de satisfacción por cada contrato u orden de compra. Además, debe de adjuntar los datos teléfono, dirección y persona contacto.



3. Presentar catálogos, brochures o fichas técnicas de los insumos ofertados, en los cual deberá especificar las características técnicas ofertadas.
4. Presentar un Certificado de Calidad (o su equivalente) que garantice que los insumos cumplen con los estándares internacionales para el tratamiento de pacientes que requieren Hemodinamia, emitido por una de las siguientes autoridades reconocidas: FDA (Food and Drug Administración de Estados Unidos), CE Mark (Conformidad Europea), ISO 13485 (Sistema de Gestión de Calidad para Dispositivos Médicos), o cualquier otra certificación internacionalmente reconocida que sea específicamente aplicable a los insumos médicos requeridos. (Uno de los tres que aplique al insumo solicitado)
5. Se deberá presentar copia del registro sanitario vigente, por cada uno de los insumos ofertados.

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 partidas desiertas o fracasadas

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) declarará el o las partidas desiertas cuando no se hubieren presentado ofertas y las Odeclarará 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 realizará por partida, 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.

Nota*No se aceptarán ofertas parciales ni alternativas.

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 o la entrega total de bienes.

Garantía de Calidad

El oferente de igual forma deberá presentar una Garantía de Calidad, en original en un plazo de hasta 10 días calendario después de la recepción provisional final de los productos, equivalente al cinco por ciento (5%) del monto total de los productos recepcionados, con una vigencia de 1 año contado a partir de la recepción provisional final.

Estas garantías deben ser presentadas en la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras.

18. Procedimiento de recepción

El oferente adjudicado hará las entregas de los insumos en empaque individual y estéril en la Unidad de Hemodinamia del Hospital de Especialidades, de acuerdo con la programación de los procedimientos a realizar en la periodicidad que informe el hospital, a través de la dirección médica asistencial, y con al menos dos (02) horas de anticipación a la realización de cada procedimiento. En casos de emergencia, se deberán entregar los insumos dentro de las tres (03) horas siguientes al requerimiento, mismo que podrá realizarse por medios electrónicos a efecto de proveer de manera inmediata.

Forma de Pago

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), hará pago conforme a los insumos utilizados por procedimiento específico en cada paciente, para lo cual el Proveedor deberá presentar a la Gerencia Administrativa y Financiera, el acta de recepción firmada por el personal técnico (médico/enfermera) de la Unidad de hemodinamia y la documentación administrativa requerida para el pago.



Debiendo presentar la siguiente documentación:

1. Factura comercial original
2. Recibo membretado de pago
3. Acta de recepción firmada por el personal técnico (médico/enfermera) de la Unidad de hemodinamia
4. Copia de la Garantía de Cumplimiento
5. Constancia electrónica de estar sujetos al régimen de pagos a cuenta.
6. Constancia de Solvencia Fiscal Original
7. Copia del Contrato
8. Fotocopia de Garantía de Calidad

19. 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.

20. Condiciones y Especificaciones Técnicas.

A continuación, se detallan las condiciones, requisitos y especificaciones técnicas correspondientes a la adquisición de insumos de hemodinamia para el hospital de especialidades.

Deberán ser consideradas y cumplidas por los posibles oferentes al momento de presentar su oferta.

Procedimiento para la recepción de los servicios:

La Unidad de Hemodinamia de Hospital de Especialidades calendarizará los procedimientos a realizar y requerirá al proveedor para que se presente en la fecha y con, al menos, dos (2) horas de anticipación a la hora señalada para llevar a cabo el procedimiento de que se trate. El oferente deberá garantizar la disponibilidad de todos los insumos.

El proveedor será requerido de la siguiente forma:

La Gerencia General del hospital, remitirá oficio de solicitud de materiales con los datos siguientes:

Nombre completo del paciente.

Número de Afiliación.

Diagnóstico Médico.

Procedimiento quirúrgico a realizar, fecha y hora.

Detalle de insumos necesarios para el procedimiento.



El proveedor deberá presentarse en la fecha y hora señalada, acompañado de dos comprobantes de recepción de insumos por paciente, previamente llenados con los datos generales y los que se especifican en el oficio de requerimiento, según formato adjunto.

Al finalizar el procedimiento, el médico tratante terminará de llenar los comprobantes, marcando los insumos efectivamente utilizados y estampando su firma y sello. De dicho documento corresponderá uno al proveedor y uno al centro asistencial para constancia. Los insumos que no se hubieren utilizado, serán devueltos al proveedor, sin responsabilidad para el IHSS.

- El proveedor deberá contar con existencias para dar respuesta a los requerimientos del IHSS, tanto en caso de emergencia como en procedimientos programados.
- **Caducidad de los insumos: todos los insumos deberán suministrarse con mínimo de seis (6) meses previos a su expiración.**
- Se deberá presentar catálogo, brochures o ficha técnica de los Insumos ofertados de manera física y digital (USB).

LISTA DE INSUMOS

Partida	Procedimiento	UM	Cantidad
1	Angiografía Coronaria Femoral	KIT	75
2	Angiografía Coronaria Radial	KIT	25
3	Angiografía Periférica	KIT	15
4	Angiografía Cerebral	KIT	35
5	Angioplastia Coronaria Femoral con balón	KIT	55
6	Angiografía Coronaria Femoral con Stent	KIT	55
7	Angioplastia Coronaria Radial con balón	KIT	20
8	Angioplastia Coronaria con Stent	KIT	15
9	Angioplastia Periférica con Balón	KIT	10
10	Angioplastia Periférica con Balón y Stent	KIT	10
11	Embolización Cerebral con Diversor de Flujo	KIT	10
12	Embolización Cerebral con Coils	KIT	10



13	Embolización Cerebral con Stent	KIT	10
14	Embolización Cerebral con Stent y Coils	KIT	10
15	Embolización Cerebral con Adhesivo Tisular	KIT	10
16	Embolización con Agente Embólico	KIT	10
17	Colocación de Filtro de Vena Cava	KIT	10
18	Trombectomía Mecánica	KIT	6
19	Trombectomía Cerebral por Aspiración	KIT	6
20	Trombectomía Periférica por Aspiración	KIT	6
21	Implante de Holter Subcutáneo	KIT	8
22	Implante de Marcapaso Unicameral	KIT	6
23	Implante de Marcapaso Bicameral	KIT	20
24	Implante de Marcapaso Tricameral	KIT	6
25	Desfibrilador Automático Unicameral	KIT	6
26	Desfibrilador Automático Bicameral	KIT	6
27	Desfibrilador Automático Tricameral	KIT	3
28	Estudio Electrofisiológico más Ablación por Radiofrecuencia	KIT	5
29	Estudio Electrofisiológicos más Ablación con Óxido Nitroso	KIT	5
30	Ablación de Taquicardia Supra ventricular	KIT	5
31	Ablación del Istmo Cavo Tricúspide	KIT	5
32	Ablación de Venas Pulmonares por Radiofrecuencia	KIT	5
33	Ablación de Venas Pulmonares con Óxido Nitroso	KIT	5



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Especificaciones Técnicas
1	2100003794	Angiografía Coronaria Femoral	KIT	75	Set para Angiografía Coronaria Femoral el kit contiene: -Introducción Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr con válvula hemostática con dilatador y aguja -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Diagnóstico Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Manifold de precisión con llave de tres vías rotatorias de alta precisión -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30-150 cm -Sistema de Cierre Vascular Femoral percutáneo
2	2100003929	Angiografía Coronaria Radial	KIT	25	Kit para Angiografía Coronaria Radial El kit contiene: -Introducción transradial 6 ó 7 Fr con válvula hemostática con dilatador y aguja -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Diagnóstico Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Manifold de precisión con llave de tres vías rotatorias de alta precisión -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30-150 cm -Sistema de Cierre Vascular Radial compresivo
3	2100003972	Angiografía Periférica	KIT	15	Kit para Angiografía Periférica el kit contiene: -Introducción transradial 6 ó 7 Fr con válvula hemostática con dilatador y aguja -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Angiográfico 5 Fr X 100 cm -Sistema de Cierre Vascular Femoral percutáneo
4	2100003715	Angiografía Cerebral	KIT	35	Set para Angiografía Cerebral El kit contiene: - Introducción Femoral 5, 6, 7 ó 8 Fr X 11 cm - Guía hidrofílica 0.035" X 150 cm - Catéter Angiográfico curvo 5 Fr X 100 cm - Cierre Vascular
5	2100004162	Angioplastia Coronaria Femoral con balón	KIT	55	El Set deberá contener: -Introducción Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr con válvula hemostática con dilatador y aguja -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Diagnóstico Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Manifold de precisión con llave de tres vías rotatorias de alta precisión -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30-150 cm -Kit insuflador de alta presión para angioplastia con manómetro -integrado para control de presión -Catéter Guía Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Guía Intervencionista Coronaria 0.014" X 190, 200 ó 205 cm -Guía hidrofílica 0.035" X 260 cm -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30-150 cm -Balón de Dilatación Coronario medicado -Cierre Endovascular
6	2100004164	Angiografía Coronaria Femoral con Stent	KIT	55	El Set deberá contener: -Introducción Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr con válvula hemostática con dilatador y aguja -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Diagnóstico Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Manifold de precisión con llave de tres vías rotatorias de alta precisión -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30-150 cm -Kit insuflador de alta presión para angioplastia con manómetro integrado para control de presión -Catéter Guía Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Guía Intervencionista Coronaria 0.014" X 190, 200 ó 205 cm -Guía hidrofílica 0.035" X 260 cm -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30-150 cm -Balón de Dilatación Coronario



Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Especificaciones Técnicas
					-Stent Coronario Medicado -Cierre Endovascular
7	2100004165	Angioplastia Coronaria Radial con balón	KIT	20	El Set deberá contener: -Introduccion Radial 6 ó 7 Fr X 11 cm con válvula hemostática con dilatador y aguja -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Diagnóstico Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Manifold de precisión con llave de tres vías rotatorias de alta precisión -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30 cm -Kit insuflador de alta presión para angioplastia con manómetro -integrado para control de presión -Catéter Guía Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Guía Intervencionista Coronaria 0.014" X 190-300 cm -Guía hidrofílica 0.035" X 260 cm -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 120cm -Balón de Dilatación Coronario -Sistema de Cierre Vascular Radial compresivo
8	2100004166	Angioplastia Coronaria con Stent	KIT	15	El set deberá contener: -Introduccion Radial 6 ó 7 Fr X 11 cm con válvula hemostática con dilatador y aguja -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Diagnóstico Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Manifold de precisión con llave de tres vías rotatorias de alta precisión -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 30 cm -Kit insuflador de alta presión para angioplastia con manómetro integrado para control de presión -Catéter Guía Coronario 6 Fr JR 3.5/JR 4, JL 3.5/JL 4 X 100 cm -Guía Intervencionista Coronaria 0.014" X 190-300 cm -Guía hidrofílica 0.035" X 260 cm -Guía de Presión para monitoreo de presión invasiva de 120cm -Balón de Dilatación Coronario -Stent Coronario Medicado -Sistema de Cierre Vascular Radial compresivo
9	2100003112	Angioplastia Periférica con Balón	KIT	10	Set para Angioplastia Periférica Contiene: -Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr -Guía hidrofílica 0.035" X 260 cm con punta curva -Catéter Angiográfico 5 Fr X 100 cm -Catéter Alto Soporte 0.014", 0.018", 0.035" X 150 cm -Guía Periférica 0.014", 0.018", 0.035" X 300 cm -Guía Periférica de alto soporte -Catéter Balón medicado para angioplastia periférica varias medidas -Kit insuflador de alta presión para angioplastia con manómetro integrado para control de presión -Cierre Endovascular
10	2100004172	Angioplastia Periférica con Balón y Stent	KIT	10	El set deberá contener: -Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr -Guía hidrofílica 0.035" X 260 cm con punta curva -Catéter Angiográfico 5 Fr X 100 cm -Catéter Alto Soporte 0.014", 0.018", 0.035" X 150 cm -Guía Periférica 0.014", 0.018", 0.035" X 300 cm -Guía Periférica de alto soporte -Balón medicado para angioplastia periférica varias medidas -Kit insuflador de alta presión para angioplastia con manómetro integrado para control de presión -Stent Periférico Medicado -Cierre Endovascular
11	2100003975	Embolización Cerebral con Divisor de Flujo	KIT	10	Set para Embolización con Divisor de Flujo El kit contiene. -Divisor de flujo -Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr



Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Especificaciones Técnicas
					-Guía Hidrofilica 0.035" X 150 cm. -Catéter Angiográfico curvo 5 Fr X 100 cm -Catéter Guía Neuron Max -Micro catéter cerebral 0.017" X 150 cm ó 0.021" X 150 cm -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm -Catéter Angiográfico
12	2100003976	Embolización Cerebral con Coils	KIT	10	Set para embolización con Coils El kit contiene: -Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr -Guía hidrofilica 0.035" X 150 cm -Catéter Angiográfico curvo 5 Fr X 100 cm -Catéter Intermedio -Catéter Guía de 6, 7, 8 Fr X 90, 100, 105, 115 cm -Micro catéter cerebral 0.017" X 150 cm ó 0.021" X 150 cm -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm -Coils -Liberador de Coils -Cierre Vascular
13	2100003977	Embolización Cerebral con Stent	KIT	10	Set para Embolización con Stent El kit contiene: - Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr -Guía hidrofilica 0.035" X 150 cm -Catéter Angiográfico curvo 5 Fr X 100 cm -Catéter Guía de 6, 7, 8 Fr X 90, 100, 105, 115 cm -Micro catéter cerebral 0.017" X 150 cm ó 0.021" X 150 cm -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm -Stent Cerebral Medicado -Cierre Endovascular
14	2100004167	Embolización Cerebral con Stent y Coils	KIT	10	El Set deberá contener: -Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr -Guía hidrofilica 0.035" X 150 cm -Catéter Angiográfico curvo 5 Fr X 100 cm -Catéter Guía de 6, 7, 8 Fr X 90, 100, 105, 115 cm -Micro catéter cerebral 0.017" X 150 cm ó 0.021" X 150 cm -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm -Stent Cerebral Medicado -Coils -Liberador de Coils -Cierre Vascular
15	2100004168	Embolización Cerebral con Adhesivo Tisular	KIT	10	El Set deberá contener: -Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr -Guía hidrofilica 0.035" X 150 cm -Catéter Angiográfico curvo 5 Fr X 100 cm -Catéter Guía de 6, 7, 8 Fr X 90, 100, 105, 115 cm -Micro catéter cerebral 0.017" X 150 cm ó 0.021" X 150 cm -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm -Adhesivo tisular de n-butil cianoacrilato -Medio de contraste oleoso yodado estéril a base de aceite etilizado -Cierre Vascular
16	2100003978	Embolización con Agente Embólico	KIT	10	Set para embolización con Agente Embolizante El kit contiene: - Introduccion Femoral 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Fr -Guía hidrofilica 0.035" X 150 cm -Catéter Angiográfico curvo 5 Fr X 100 cm -Catéter Guía de 6, 7, 8 Fr X 90, 100, 105, 115 cm -Micro catéter cerebral 0.017" X 150 cm ó 0.021" X 150 cm -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm



Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Especificaciones Técnicas
					-Agente embólico líquido no adhesivo, estéril, a base de copolímero etileno alcohol vinílico -Cierre Vascular
17	2100003979	Colocación de Filtro de Vena Cava	KIT	10	Set para Colocación de Filtro de Vena Cava El kit contiene: - Filtro de vena cava recuperable o permanente acceso yugular o femoral 5 Fr -Introduccion Femoral 5 Fr -Guía Angiográfica teflonada 0.035" X 150-260 cm con punta curva o recta -Catéter Angiográfico Pigtail 5 Fr X 100 cm.
18	2100003981	Trombectomía Mecánica	KIT	6	Set para Trombectomía Mecánica El kit contiene - Set Introduccion -Catéter Angiográfico -Guía Angiográfica PTFE 0.035" X 260 cm -Catéter para Trombectomía por aspiración -Catéter separador para Trombectomía por Aspiración -Canister con Filtro para Trombectomía por Aspiración -Tubo de Aspiración -Filtro de Vena Cava -Guía hidrofílica 0.035" X 260 cm
19	2100004169	Trombectomía Cerebral por Aspiración	KIT	6	El set deberá contener: -Set introduccion -Catéter Angiográfico -Guía Angiográfica PTFE 0.035" X 260 cm -Guía de precisión de 120 cm -Llave Hemostática -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm -Micro catéter Cerebral -Catéter Neuron Max 08 -Catéter Reperfusion 0.062 X 160 cm. -Catéter Reperfusion 0.068 X 132 cm -Extractor retriever
20	2100004170	Trombectomía Periférica por Aspiración	KIT	6	El Set deberá contener: -Set introduccion -Catéter Angiográfico -Guía Angiográfica PTFE 0.035" X 260 cm -Guía de precisión de 120 cm -Llave Hemostática -Micro guía Cerebral 0.014" X 200 cm ó 0.010" X 200 cm -Micro catéter Cerebral -Catéter Neuron Max 08 -Catéter Reperfusion 0.062 X 160 cm. -Catéter Reperfusion 0.068 X 132 cm -Extractor retriever
21	2100003986	Implante de Holter Subcutáneo	KIT	8	Set para Implante de Holter Subcutáneo El kit contiene: - Monitor Cardiaco Subcutáneo implantable para registro continuo de eventos arrítmicos
22	2100003987	Implante de Marcapaso Unicameral	KIT	6	Set para Implante de Marcapaso Unicameral El Kit contiene: - Generador Unicameral con modos mínimos de estimulación VVI, VVIR, AAI/AAIR -Introduccion Peel Away de 6, 7, 8 o 9 Fr, compatible con el electrodo más dilatador y válvula -Electrodo Bipolar Conector IS-1 fijación activa 45 a 60 cm compatible con Resonancia Magnética -Grapadora Cutánea Quirúrgica descartable -Kit de ropa descartable para Marcapaso
23	2100003988	Implante de Marcapaso Bicameral	KIT	20	Set para Marcapaso Bicameral El kit contiene - Generador Bicameral con modos mínimos de estimulación DDD, DDDR, VVI, VVIR, AAI



Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Especificaciones Técnicas
					-Introductor Peel Away de 6, 7, 8 o 9 Fr, compatible con el electrodo más dilatador y válvula -Electrodo Bipolar Conector IS-1 fijación activa 45 a 60 cm compatible con Resonancia Magnética -Electrodo Bipolar Conector IS-1 fijación activa 52 a 60 cm compatible con Resonancia Magnética -Grapadora Cutánea Quirúrgica descartable -Kit de ropa descartable para Marcapaso
24	2100003989	Implante de Marcapaso Tricameral	KIT	6	Set para Implante de Marcapaso Tricameral El kit contiene: - Generador Tricameral con modos de estimulación DDD/DDDR frecuencia programable de 30-180 lpm o mas -Introductor Peel Away de 6, 7, 8 o 9 Fr, compatible con el electrodo más dilatador y válvula -Sistema de acceso para Implante de electrodo de seno coronario -Sistema de catéter sub-selector para implante de electrodo de seno coronario -Guía angiográfica PTFE 0.014" X 190 cm con punta curva -Electrodo Bipolar Conector IS-1 fijación activa 45 a 60 cm compatible con Resonancia Magnética -Electrodo Bipolar Conector IS-1 fijación activa 52 a 65 cm compatible con Resonancia Magnética -Electrodo Cuadripolar IS-1 para seno coronario -Grapadora Cutánea Quirúrgica descartable -Kit de ropa descartable para Marcapaso
25	2100003990	Desfibrilador Automático Unicameral	KIT	6	Set para Desfibrilador Unicameral El kit contiene: - Generador DAI Unicameral, -Electrodo de Desfibrilación multipolar de una bobina conector DF4 longitud de 58 a 65 cm -Introductor Peel Away de 6, 7, 8 o 9 Fr, compatible con el electrodo ofertado más dilatador y válvula -Grapadora Cutánea Quirúrgica descartable -Kit de ropa descartable para Marcapaso
26	2100003991	Desfibrilador Automático Bicameral	KIT	6	Set para Desfibrilador Bicameral El kit contiene: - Generador DAI Bicameral -Electrodo Bipolar Conector IS-1 fijación activa 45 a 60 cm compatible con Resonancia Magnética -Electrodo de Desfibrilación multipolar de dos bobinas conector DF4 longitud de 58 a 65 cm -Introductor Peel Away de 6, 7, 8 o 9 Fr, compatible con el electrodo ofertado más dilatador y válvula -Grapadora Cutánea Quirúrgica descartable -Kit de ropa descartable para Marcapaso
27	2100004002	Desfibrilador Automático Tricameral	KIT	3	Set para Desfibrilador Tricameral El kit contiene: -Generador DAI Tricameral -Electrodo Bipolar Conector IS-1 fijación activa 45 a 60 cm compatible con Resonancia Magnética -Electrodo Cuadripolar IS-1 para seno coronario -Electrodo de Desfibrilación multipolar de dos bobinas conector DF4 longitud de 58 a 65 cm -Introductor Peel Away de 6, 7, 8 o 9 Fr, compatible con el electrodo ofertado más dilatador y válvula -Sistema de acceso para Implante de electrodo de seno coronario -Sistema de catéter sub-selector para implante de electrodo de seno coronario -Guía Intervencionista Coronaria Hidrofílica 0.014" X 190-300 cm -Grapadora Cutánea Quirúrgica descartable -Kit de ropa descartable para Marcapaso
28	2100004003	Estudio Electrofisiológico más Ablación por Radiofrecuencia	KIT	5	Set para Estudio Electrofisiológico más Ablación El kit contiene - Catéter de Ablación irrigado con sensor de contacto -Conector-Ablación -Catéter Decapolar



Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Especificaciones Técnicas
					-Conector Decapolar -Catéter Multipolar para mapeo 3D -Conector Multipolar para mapeo 3D Ca -Catéter Tetrapolar -Conector Tetrapolar -Introduccion Femoral 6, 7, 8 ó 9 Fr -Introduccion Femoral Largo -Set de Tubos de irrigación para ablación -Set de Parches de precisión -Kit de Punción Transeptal -Servicio
29	2100004004	Estudio Electrofisiológicos mas Ablación con Óxido Nitroso	KIT	5	Set para EEF más ablación con Óxido Nitroso El kit contiene: - Catéter de Crio Ablación Focal -Conector de Ablación -Catéter Decapolar -Conector Decapolar -Catéter Tetrapolar -Conector Tetrapolar -Introduccion Femoral 6, 7, 8 ó 9 Fr -Introduccion Femoral Largo -Set de Parches para mapeo -Servicio
30	2100004005	Ablación de Taquicardia Supra ventricular	KIT	5	Set para Ablación Taquicardia Supra ventricular El kit contiene: - Catéter de Ablación 4 mm -Conector de Ablación -Catéter Decapolar -Conector Decapolar -Catéter Tetrapolar -Conector Tetrapolar -Introduccion Femoral 6, 7, 8 ó 9 Fr -Introduccion Femoral Largo -Servicio
31	2100004006	Ablación del Istmo Cavo Tricuspidео	KIT	5	Set para Ablación del Istmo Cavo Tricuspidео El kit contiene: - Catéter de Ablación 8 mm -Conector de Ablación -Catéter Decapolar -Conector Decapolar -Catéter Tetrapolar -Conector Tetrapolar -Catéter Duodecapolar -Conector Duodecapolar -Introduccion Femoral 6, 7, 8 ó 9 Fr -Introduccion Femoral Largo -Introduccion Lardo Deflectable -Set de Tubos de irrigación para ablación -Set de Tubos Cool Point -Set de Parches para mapeo -Kit de Punción Transeptal -Servicio
32	2100004008	Ablación de Venas Pulmonares con Óxido Nitroso	KIT	5	Set para Ablación de Venas Pulmonares punto a punto El kit contiene - Crio balón para Ablación de venas pulmonares -Catéter de Mapeo Circular -Introduccion dirigitble -Cable Umbilical coaxial -Cable Umbilical eléctrico -Cable de conexión de catéter de mapeo



Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Especificaciones Técnicas
					-Guía Transeptal -Sistema de entrega Transeptal trenzada -Válvula Hemostática -Pipeta de tiempo de coagulación de intervalo -Manifold de precisión con llave de tres vías rotatorias de alta precisión -Introduccion percutáneo femoral 6 Fr -Jeringa de dosificación de rosca -Servicio Técnico
33	2100004007	Ablación de Venas Pulmonares por Radiofrecuencia	KIT	5	Set para Ablación de Venas Pulmonares El kit contiene - Catéter de Ablación con sensor de contacto -Introduccion Femoral 6, 7, 8 ó 9 Fr -Introduccion Lardo Deflectable -Introduccion Femoral Largo -Kit de Punción Transeptal -Catéter Decapolar -Conector Decapolar -Catéter HD Grid -Conector HD Grid -Set de Tubos Cool Point -Set de Parches para mapeo electro anatómico 3D -Servicio Técnico



21. 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. 006-2026

A: [nombre completo y dirección del Comprador]

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- 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];
- Ofrecemos proveer los siguientes Insumos de conformidad con los Documentos de Contratación Directa y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Requerimientos: [indicar una descripción breve de los Insumos];
- 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];
- 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 Insumos 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];
- 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;
- Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato.
- 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]
- No tenemos conflicto de intereses de conformidad con la sección de Idioma de las Ofertas
- Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del contrato son elegibles.
- 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

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

Firma del Representante Legal y sello de la empresa:

Nombre: [indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]

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

Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Costo Unitario	Total
1	2100003794	Angiografía Coronaria Femoral	KIT	75	L.	L.
2	2100003929	Angiografía Coronaria Radial	KIT	25	L.	L.
3	2100003972	Angiografía Periférica	KIT	15	L.	L.
4	2100003715	Angiografía Cerebral	KIT	35	L.	L.
5	2100004162	Angioplastia Coronaria Femoral con balón	KIT	55	L.	L.
6	2100004164	Angiografía Coronaria Femoral con Stent	KIT	55	L.	L.
7	2100004165	Angioplastia Coronaria Radial con balón	KIT	20	L.	L.
8	2100004166	Angioplastia Coronaria con Stent	KIT	15	L.	L.
9	2100003112	Angioplastia Periférica con Balón	KIT	10	L.	L.
10	2100004172	Angioplastia Periférica con Balón y Stent	KIT	10	L.	L.
11	2100003975	Embolización Cerebral con Divisor de Flujo	KIT	10	L.	L.
12	2100003976	Embolización Cerebral con Coils	KIT	10	L.	L.
13	2100003977	Embolización Cerebral con Stent	KIT	10	L.	L.
14	2100004167	Embolización Cerebral con Stent y Coils	KIT	10	L.	L.
15	2100004168	Embolización Cerebral con Adhesivo Tisular	KIT	10	L.	L.
16	2100003978	Embolización con Agente Embólico	KIT	10	L.	L.
17	2100003979	Colocación de Filtro de Vena Cava	KIT	10	L.	L.
18	2100003981	Trombectomía Mecánica	KIT	6	L.	L.
19	2100004169	Trombectomía Cerebral por Aspiración	KIT	6	L.	L.
20	2100004170	Trombectomía Periférica por Aspiración	KIT	6	L.	L.
21	2100003986	Implante de Holter Subcutáneo	KIT	8	L.	L.
22	2100003987	Implante de Marcapaso Unicameral	KIT	6	L.	L.
23	2100003988	Implante de Marcapaso Bicameral	KIT	20	L.	L.
24	2100003989	Implante de Marcapaso Tricameral	KIT	6	L.	L.
25	2100003990	Desfibrilador Automático Unicameral	KIT	6	L.	L.
26	2100003991	Desfibrilador Automático Bicameral	KIT	6	L.	L.
27	2100004002	Desfibrilador Automático Tricameral	KIT	3	L.	L.
28	2100004003	Estudio Electrofisiológico mas Ablación por Radiofrecuencia	KIT	5	L.	L.
29	2100004004	Estudio Electrofisiologicos mas Ablación con Óxido Nitroso	KIT	5	L.	L.
30	2100004005	Ablación de Taquicardia Supraventricular	KIT	5	L.	L.



Partida	Código SAP	Procedimiento	UM	Cantidad	Costo Unitario	Total
31	2100004006	Ablación del Istmo Cavo Tricusptideo	KIT	5	L.	L.
32	2100004008	Ablación de Venas Pulmonares por Radiofrecuencia	KIT	5	L.	L.
33	2100004007	Ablación de Venas Pulmonares con Óxido Nitroso	KIT	5	L.	L.
Monto Total de la Oferta						L.

Nota: Las cantidades proyectadas servirán únicamente de referencia a los interesados para la formulación de sus ofertas. El IHSS requerirá el suministro de insumos de acuerdo con las necesidades de cada paciente y el manejo indicado por el médico tratante, cancelando pagos por cada insumo efectivamente utilizado en el procedimiento.

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]



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) Tratar 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 _____.



**GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS**



IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

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 orientadas a que los funcionarios o empleados involucrados en el presente proceso de contratación induzcan a alterar el resultado del proceso u otros aspectos que pudieran otorgar condiciones más ventajosas en relación a los demás participantes.
- 3.- A no formular acuerdos con otros proveedores participantes o a la ejecución de acciones que sean constitutivas de:

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

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

PRACTICA DE 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, cohecho 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 bajo 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 prácticas éticas y de buena gobernanza en los procesos de contratación.



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

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.** Incurrir 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 setenta (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 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 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**



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

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).



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

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



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



GARANTÍA DE CALIDAD



IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

BANCO _____

GARANTÍA DE CALIDAD N°: _____

FECHA DE EMISION: _____

GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar la **CALIDAD** de los servicios, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, 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 _____.



ANEXOS

COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE INSUMOS DE HEMODINAMIA

NOMBRE DEL PACIENTE:

AFILIACIÓN/DNI:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMIENTO:

FECHA Y HORA DE PROC:

OFICIO DE REQUERIMIENTO No.:

INSUMOS REQUERIDOS

No.	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UTILIZADO			
			SI		NO	
1	[...]	[...]	SI	☐	NO	☐
2	[...]	[...]	SI	☐	NO	☐
3			SI	☐	NO	☐
4			SI	☐	NO	☐
5			SI	☐	NO	☐
6			SI	☐	NO	☐

TOTAL DE INSUMOS UTILIZADOS

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA DE RECEPCIÓN

NO SE ACPTARÁN COMPROBANTES CON CORRECCIONES O LLENADOS CON LÁPIZ
GRAFITO

FIRMA Y SELLO:

OBSERVACIONES
