

DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ **CONTRATACIÓN DIRECTA** **NUMERO CD- 02-2023- RSDI**

“ADQUISICIÓN DE REACTIVOS”

Fuente de Financiamiento
Fondos Nacionales

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

La Esperanza, Intibucá
Junio 2023

AVISO

La Región Sanitaria Departamental de Intibucá, cordialmente le invita a participar en el proceso de Contratación Directa No. **02-2023-RSDI** y presentar Oferta para la **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"**, a ser financiado con fondos Nacionales.

El documento Base y sus anexos podrá ser descargado en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "HondusCompras" www.honduscompras.gob.hn o retirado en la **Unidad de Adquisiciones de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad de CD o una USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno.**

La Oferta deberá ser presentada a más tardar el día 26 de junio del 2023, hasta las 2:00 p.m., hora oficial de la República de Honduras en la Unidad de Adquisiciones de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá, ubicada en el Barrio El Centro, Ave. España, La Esperanza, Intibucá, correo electrónico admon.salud.10@gmail.com, Teléfono 2783-0046.

Si la oferta es presentada tardía se devolverá sin abrir.

Las ofertas se abrirán en presencia de los representantes de los Oferentes que deseen asistir en la dirección antes indicada.

La Esperanza, Intibucá, a los 14 días del mes de junio del año 2023.

Licdo. Víctor L. Rodríguez
Administrador
Región Sanitaria Departamental de Intibucá

ÍNDICE GENERAL

- I. INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES
- II. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
- III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN
- IV. FORMULARIOS Y FORMATO DE LA OFERTA

I.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES. (IAO)

1.- INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES (IAO):

1.01 Objeto:

El presente documento contiene los Términos, Definiciones y significados que deben ser aplicados por los oferentes en la presentación de las ofertas para los procesos de Contratación Directa que realiza la **REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ**, para la **“ADQUISICIÓN DE REACTIVOS”** financiados con fondos NACIONALES.

Todas las definiciones indicadas en las condiciones generales de estos documentos contractuales, son aplicables a las instrucciones a los Oferentes.

1.02 Presentación del Desglose de Precio de Oferta:

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

El PROVEEDOR debe tomar en cuenta todos los aranceles e impuestos que ameriten para la entrega efectiva de los reactivos ofertados; el Precio Unitario detallado en el Formulario de Oferta por ITEM o Bloque, debe ser EL PRECIO UNITARIO NETO. Así también, el precio ofertado debe incluir cualquier descuento considerado por EL PROVEEDOR. El Precio Unitario Ofertado no podrá exceder de dos (02) decimales en su formato.

1.03 Tipo de Contrato:

Como resultado de esta Contratación Directa se otorgará un Contrato de Suministro, entre la Región Sanitaria Departamental de Intibucá y el oferente ganador o los oferentes ganadores.

1.04 Forma de la Oferta:

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

1.05 Moneda de la Oferta:

El Precio de la Oferta debe presentarse en Lempiras (L). Los pagos de los Contratos y/o Órdenes de Compra se realizarán en Lempiras (L); la moneda de curso legal en Honduras.

1.06 Vigencia de la Oferta:

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de presentación de la oferta, no obstante, en casos calificados y cuando fuere estrictamente necesario, el órgano contratante podrá solicitar la ampliación del plazo a todos los proponentes, siempre que fuere antes de la fecha prevista para su vencimiento.

1.07 Consortio:

Cada Oferente presentará una sola Oferta, ya sea individualmente o como miembro de un Consortio. Si el Proveedor es un Consortio, todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunadas y solidariamente responsables frente al Comprador por el cumplimiento de las disposiciones del Contrato y deberán designar a una de ellas para que actúe como representante con autoridad para comprometer al Consortio. La composición o constitución del Consortio no podrá ser alterada sin el previo consentimiento del Comprador. **(Cuando Aplique)**

2.- DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA OFERTA:**2.01 DOCUMENTACIÓN LEGAL**

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta

1. Fotocopia de la Escritura de Constitución de la Sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
2. Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el Secretario de la Sociedad Mercantil.
3. Fotocopia legible del poder del Representante Legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representar a la empresa en el proceso de contratación directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil.

4. Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente.
5. Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal.
6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal.
7. Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, *“La solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta ...”* **(En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar los numerales 1,2,3,4, 5 y 6).**
8. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.
9. La Declaración Jurada de la Empresa y de su Representante Legal de no estar comprendido 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.
10. Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (o Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).
11. Documento Base (Pliego de Condiciones), debidamente firmado y sellado por el Representante legal de la Empresa.

2.02 DOCUMENTACIÓN FINANCIERA

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

1. Constancia de líneas de créditos.
2. Fotocopia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.
3. Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.
4. Autorización para que la Secretaría de Salud pueda verificar la documentación presentada con los emisores.
5. Adjuntar en su Oferta, la invitación enviada por la **Región Sanitaria Departamental de Intibucá**.

2.03 INFORMACIÓN ECONÓMICA

1. Formulario de Presentación de la Oferta, este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma.
2. Formulario de Oferta por Ítem o Bloque: Es el detalle individual de cada ítem y bloque cotizado en la oferta, debidamente firmado y sellado. La omisión de cualquier dato referente a precio unitario por ítem o bloque, monto, así como cualquier otro aspecto sustancial que impida o limite de manera significativa el análisis, comparación o evaluación de las ofertas, será motivo de descalificación de esta, según sea el caso. Si “El Oferente” no presenta el “Formulario de Lista de Precios” se entenderá que no presentó la oferta.
3. El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes a la **Región Sanitaria Departamental de Intibucá** en el lugar y fecha especificados en estas bases

NOTA:

Todos los documentos que no sean originales deberán ser autenticados (Una autentica de copias). Los documentos firmados por el Representante Legal de la Empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (Una autentica de firmas). Artículos 39 y 40 de Reglamento del Código de Notariado.

3. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS

3.01 Plazo de Entrega del Suministro

El plazo de entrega de los suministros será en forma parcial una primera entrega equivalente al cincuenta por ciento (50%) de manera inmediata después de la notificación de la Resolución de Adjudicación, la segunda entrega equivalente al cincuenta por ciento (50%) a treinta días después firmado el contrato.

3.02 Control de Calidad

La Región Sanitaria Departamental de Intibucá podrá solicitar que a los reactivos recibidos en el Almacén de Medicamentos e insumos, se les efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el Laboratorios Oficial u otro calificado que decida la RSDI, tomando muestreos técnicos al azar, del lote más representativo y en cualquier momento que lo consideren conveniente, en caso de ser necesario

3.03 Idioma de los Documentos

El oferente deberá presentar su oferta en idioma español de acuerdo a la forma de oferta. Incluyendo la información complementaria como catálogos técnicos, certificaciones, fichas técnicas y otros, deberá acompañarse traducción simple.

4. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS

4.01 Plazo de presentación de las Ofertas:

El oferente deberá presentar su oferta en un plazo máximo de DIEZ (10) DÍAS HÁBILES, posterior a la invitación y confirmación de interés de participar en el proceso.

4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:

LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ, podrá prorrogar el plazo de presentación de ofertas a fin de dar a los posibles oferentes un plazo razonable para que pueda tomar en cuenta las enmiendas en la preparación de sus ofertas de conformidad a los cambios indicados en las mismas.

4.03 Errores u Omisiones Subsanables:

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

En caso de haber discrepancia entre precio expresado en letras y en cifras serán válidos los establecidos en letras, asimismo cuando hubiere diferencia entre el precio unitario y el precio total se considerará válido el precio unitario, solicitándole a los posibles oferentes presenten sus formularios en cuadros de Excel editables y que los mismos coincidan en su totalidad con el Formulario de Oferta por Ítem o Bloque. En caso de que estos no coincidan se tomarán como válidos el detalle establecido en el Formulario de Oferta por Ítem o Bloque.

La comisión de evaluación podrá corregir los errores aritméticos que se detecten durante la evaluación de las ofertas, debiendo notificar al oferente, quien deberá aceptarlas a partir de la recepción de la notificación o su oferta será descalificada.

4.04 Forma de Presentación de la Oferta:

La Oferta se debe presentar con la denominación de **Original** y su **Copia en versión digital en CD o USB**. ***La oferta deberá presentarse personalmente o a través de representante debidamente autorizado (documento escrito firmado y sellado) por el oferente titular, debiendo en su caso de acreditarlo,*** en su correspondiente sobre debidamente cerrado,

sellado, foliado y firmado por el oferente y rotulado de la siguiente forma:

Parte Central:

Región Sanitaria Departamental de Intibucá. (RSDI)

**Atención Oficina Departamento de Administración RSDI,
Barrio El Centro, Ave. España, La Esperanza, Intibucá.
Teléfono: 2783-0046.
E-Mail. admon.salud.10@gmail.com**

Esquina Superior Izquierda: **Nombre y Dirección Completa y Número de Teléfono Fijo y Celular del Oferente.**

Esquina Inferior Izquierda: **No. y Nombre del Proceso de Contratación Directa, así:**

Esquina Superior Derecha: **Lugar, Fecha y Hora de Recepción.
Departamento de Administración RSDI**

26 de Junio a las 02:00 p.m.

Proceso No. CD -02-2023-RSDI

**“ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LA REGIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ.”**

4.05. Apertura de Ofertas

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

Se levantará un Acta de Apertura de las Ofertas, donde se consignarán todos los detalles del proceso, la cual será firmada por los participantes. En dicha Acta se dejará constancia de la propuesta presentada y de cualquier observación referente al acto. **Una copia del Acta de Apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras**

5. MANEJO DE DOCUMENTOS

5.01. Cuadro descriptivo de Productos y Precios

El Oferente presentará, para cada ítem que compone su oferta, el Cuadro Descriptivo de productos y precios (Formulario de Oferta por Item o Bloque), acorde a cada formulario adjunto en este Documento base.

5.02 Retiro de Documentos

El Documento base de Contratación Directa, puede ser descargado de la plataforma de HonduCompras, o retirado en el **Departamento de Administración de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá**, dentro del período estipulado en la carta de invitación en forma digital, **para lo cual deberá de presentar una Unidad de CD o una USB, para que el mismo le sea entregado en forma electrónica sin costo alguno.**

6. INTERPRETACIÓN DE DOCUMENTOS

6.01 Aclaración y Adendum

Aclaraciones: El potencial oferente, podrá solicitar aclaraciones al Pliego de Condiciones por escrito y vía correo a la oficina de el Departamento de Licitaciones, mediante correo electrónico admon.salud.10@gmail.com, hasta tres (3) días hábiles antes de la fecha prevista para la apertura de la oferta, debiendo obtener pronta respuesta del órgano responsable de la contratación, la cual será comunicada al interesado. **No se atenderán consultas vía teléfono.**

Sin perjuicio a lo anterior las respuestas a solicitudes de aclaración se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras “HONDUCOMPRAS” (www.honducmpras.gob.hn).

Adendum: Es el instrumento legal usado para informar, modificar, alterar, cambiar o despejar cualquier duda de los oferentes.

Las Adendas podrán emitirse en cualquier momento antes de la fecha límite de presentación de la oferta, al ser emitidos, formarán parte integral de las Bases de Contratación Directa y deberán ser notificados por escrito, el Oferente que hayan adquirido el Documento Base.

7. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LAS OFERTAS

7.01 Aceptación

LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ, se reserva el derecho de rechazar la oferta, aplicando el Principio del Mejor Valor del Dinero en el cual se evalúan todos los aspectos relacionados a la Oferta. De igual manera no está obligada a aceptar la oferta más baja o cualquier otra que estime no conveniente al interés general, a sus intereses y a su juicio, podrá aceptar aquella oferta que presente todas las condiciones requeridas en el Documento de Contratación Directa. **En casos de contrataciones de Emergencia basadas en las Declaraciones de Emergencia emitidas por la Presidencia de La Republica (PCM 04-2023), se tendrá mayor preponderancia en los tiempos de entrega.**

8. ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

8.01 Evaluación de las Ofertas:

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

8.02 Mínimo de Ofertas:

LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ, se reserva el derecho a continuar con el proceso cuando solo se presente **una (1) sola Oferta**, continuando con el debido procedimiento.

De igual manera, podrá declarar este proceso de Contratación Directa suspendida o cancelada, cuando concurren circunstancias calificadas como imprevistas, caso fortuito o de fuerza mayor presentados en cualquier momento previo a la recepción y apertura de la oferta o a la adjudicación; sin que por ello incurra en responsabilidad alguna ante los oferentes, así como la cancelación del proceso por falta de disponibilidad presupuestaria, fundado en lo establecido en el artículo 39 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

8.03 Carta Propuesta

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

blanco deberán ser llenados con la información solicitada.

8.04 Adjudicación y Firma del Contrato:

La Región Sanitaria Departamental de Intibucá, adjudicará el contrato al oferente cuya oferta se ajuste a los requerimientos establecidos en los Pliegos de Condiciones, tomando en cuenta, además, de que el oferente esté calificado para cumplir satisfactoriamente el contrato y que haya presentado dentro de la fecha indicada por **La Región Sanitaria Departamental de Intibucá** y a satisfacción de éste, la documentación solicitada en los Pliegos de Condiciones.

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

El oferente seleccionado deberá formalizar el contrato dentro de los TRES (03) días hábiles subsiguientes a la notificación de adjudicación y presentar las Garantías Bancarias o Fianzas requeridas por **La Región Sanitaria Departamental de Intibucá en un plazo no mayor a CINCO (05) días posterior a la formalización del Contrato**. Sí por causas imputables a él no se cumple este requisito, quedará sin valor ni efecto la adjudicación, procediendo a invitar a un nuevo oferente.

8.05 Notificación de la Adjudicación:

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

1. El nombre de la entidad contratante.
2. Una descripción de los ítems incluidos en el contrato.
3. El nombre del Oferente ganador.
4. El valor de la Adjudicación.

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

8.06 Negociación del Contrato:

La Región Sanitaria Departamental de Intibucá podrá negociar la adjudicación del contrato en aquellos casos que amerite, como ser: plazos de entrega, porcentaje de entrega,

almacenamiento y precio, para obtener las condiciones más ventajosas para el Estado de Honduras, en el marco de la emergencia decretada en el sistema de salud.

8.07 Documentación previa a la firma del Contrato:

La Región Sanitaria Departamental de Intibucá, fundamentada en el artículo 30 de La Ley de Contratación del Estado solicitara previo a la firma del Contrato la siguiente documentación:

1. Constancia de Solvencia extendida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR).
2. Constancia de no haber sido objeto de resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración emitida por la Procuraduría General de la Republica (PGR).
3. Certificación de Inscripción en el Registro de proveedores y contratistas del Estado emitida por la ONCAE.

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

8.08 Lugar de Entrega de los Productos

Los productos serán entregados en forma parcial en el almacén de medicamentos e insumos de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá, Carretera salida a Márcala frente a instalaciones de Dicta, La Esperanza, Intibucá.

8.09 Requerimientos Técnicos previos a la entrega de los Productos

La entrega de los Reactivos serán entregados en el almacén de medicamentos e insumos de Región Sanitaria Departamental de Intibucá en óptimas condiciones, fecha de vencimiento prolongada y marca reconocida en el mercado, debiendo el oferente adjudicado contar con la licencia sanitaria vigente.

8.10 Multa por Incumplimiento de Plazo:

El Proveedor deberá cumplir con el plazo convenido de acuerdo a las entregas de producto, así como con los plazos parciales que se hubiera previsto para las diferentes. Si dichas entregas no se realizan en el plazo pactado, la **Región Sanitaria Departamental de Intibucá** aplicará al Proveedor una multa equivalente al **0.36%** por el retraso incurrido, en relación con el monto total del saldo del contrato sobre el incumplimiento de cada entrega parcial. No

se aplicará la multa en aquellos casos justificados como ser: causas no atribuibles al proveedor, casos fortuitos, fuerza mayor, fenómenos naturales, tomas de carreteras. Quedando el proveedor obligado a presentar dichas evidencias. Teniendo un plazo de tres (3) días hábiles para realizar los descargos o aclaraciones en caso de ser aplicable, en consonancia con el artículo 88 del Decreto 157-2022 de las Disposiciones Generales de Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República.

9. GARANTÍAS

9.01 Garantías de Cumplimiento:

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

Para su elaboración se deberán utilizar los formatos adjuntos a este documento.

9.02 Garantía de Calidad:

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

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

10. PAGOS

10.01 Forma de Pago:

La Región Sanitaria Departamental de Intibucá pagará en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contado a partir de la recepción satisfactoria de los Reactivos, previo a la presentación de documentos relativos al cobro en la Gerencia Administrativa. El pago se hará por cada entrega parcial.

11. ACTA DE RECEPCIÓN DEFINITIVA

El encargado de la Unidad de Logística de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá será el responsable de emitir el Acta de Recepción definitiva, posterior a la recepción de la última entrega parcial o de la entrega total según sea el caso, de los insumos adjudicados.

12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cuando existieren conflictos entre El Órgano contratante y el proveedor prevalecerá la resolución amigable mediante negociaciones directas informales sobre cualquier desacuerdo o controversia que se haya suscitado entre ellos en virtud o en referencia al Contrato. Cualquier divergencia que se presente sobre un asunto que no se resuelva mediante un arreglo conciliatorio entre ambas partes, será resuelto por el Órgano Contratante, quien previo estudio del caso dictará su resolución y la comunicará al reclamante. Contra la resolución del Órgano Contratante quedará expedita la vía judicial ante los Tribunales de lo Contencioso Administrativo.

II.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

1.01 Etiquetado de Reactivos:

En las etiquetas de los reactivos debemos encontrar:

- El nombre y la concentración a la que se encuentra o su riqueza
- La fórmula química, el peso molecular y la densidad
- Los números CE y CAS, correspondiendo el primero al número de identificación de la Comunidad Europea, y el segundo, mucho más usado, al internacional.
- El lote, la fecha de caducidad y las condiciones de almacenamiento
- Indicaciones de peligro, las cuales señalan los peligros físicos, para la salud humana y para el medio ambiente; y Consejos de prudencia: consejos de eliminación, de almacenamiento, de prevención.
- Pictogramas de peligro

2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

2.01 Requisitos del Producto:

1. Fotocopia del registro sanitario vigente del producto solicitado. Prospecto del medicamento y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario
2. Fotocopia del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) para la forma farmacéutica solicitada del fabricante o en su defecto, presentar fotocopia del certificado de producto farmacéutico (CPP) vigente tipo OMS del medicamento solicitado emitido por una Autoridad Reguladora Estricta
3. Se exoneran el análisis de calidad del medicamento solicitado, sin embargo, la Región Sanitaria Departamental de Intibucá podrá solicitar que el medicamento recibido en almacén regional de medicamentos e insumos, se le efectué un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el laboratorio oficial u otro calificado que decida la **RSDI** tomando muestreo técnico al azar del lote más representativo y en cualquier momento que lo consideren conveniente. Cuyos costos de cada una de las pruebas y /o análisis que se realicen correrán por cuenta de **EL PROVEEDOR**.
4. Se dispensa la leyenda especial "**Propiedad de Estado de Honduras**" en las etiquetas de los envases primario y secundario por ser un medicamento con cadena de frío.
5. La vida útil del reactivo debe ser de 12 meses mínimo. Este plazo es contando a partir de la fecha de recepción del producto por la Región Sanitaria Departamental de Intibucá. En caso excepcional y debidamente justificado la Región Sanitaria Departamental de Intibucá podrá

autorizar la recepción del suministro con un tiempo de expiración menor a lo solicitado, el proveedor se comprometerá a reemplazar dichos medicamentos si vencieran dentro del periodo establecido con otro número de lote y por un periodo de vencimiento igual o superior al pactado sin costo alguno para la secretaria de salud a través de un Acta de compromiso de reemplazo.

"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS" Objeto de Gasto: 35251

A continuación, se detallarán los lotes y especificaciones técnicas necesarias para el ítem:

Nº	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Plazos de Entrega
1	PRR Wiener Lab	Kit	20	Forma Parcial
2	ANTI A	Bote	13	
3	ANTI B	Bote	14	
4	ANTI D	Bote	15	
5	Chagastest Elisa recombinante V 3.0	Kit	7	
6	ASO	Kit	4	
7	Factor Rematoideo	Kit	3	
8	Hepatitis A	Kit	1	
9	Hepatitis C	Kit	1	
10	Hepatitis B	Kit	1	
11	Alcohol Acido	Galón	2	
12	Fucsina Fenicada	Galón	4	
13	Azul de metileno	Galón	4	
14	Prueba determine Syphilis	Kit	1	
15	Petrifilm	Kit	6	
16	Glicerol	Galón	1	
17	Lysante Mindray	Caja	4	
18	Probe Cleanser	Bote	2	
19	Control Hematológico	Kit	2	

20	Ácido Úrico	Kit	1	
21	Urea	Kit	1	
22	Glucosa	Kit	1	
23	Creatinina	Kit	1	
24	Triglicéridos	Kit	1	
25	Colesterol	Kit	1	
26	TGP	Kit	1	
27	TGO	Kit	1	
28	PCR	Kit	1	

III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1. **CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

1.01 **Evaluación Legal:**

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Verificación de que el oferente se encuentra inscrito en la Plataforma Honducompras como proveedor de compras menores de acuerdo con el artículo xx del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.		
El ofertante se encuentra legalmente constituida		
Quien firma la oferta tiene la atribución legal para hacerlo		
Copia Autenticada del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal		
Copia autenticada de RTN del oferente y del Representante Legal		
Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado (Autenticada)		
La Declaración Jurada de la empresa y de su representante legal de no estar comprendido 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		
Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente, vigente.		
Fotocopia debidamente autenticada del Registro Sanitario vigente. En caso de adjudicarse deberá presentar el Registro Sanitario para firmar contrato.		
Constancia extendida por la Procuraduría General de la República (o Constancia de que está en trámite), de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).		

1.02 Evaluación Financiera:

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Constancia de líneas de créditos.		
Copia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediatoanterior, sellado y timbrado por el contador general.		
Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscalinmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.		

1.03 Evaluación Económica:

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES	CUMPLE	NO CUMPLE
Formulario de Presentación de la Oferta.		
Formulario de Oferta por Item o Bloque.		

10.03 Evaluación Técnica:

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Agregar especificaciones técnicas.		

VI.- FORMULARIOS Y FORMATOS DE LA OFERTA

1.- FORMULARIOS DE LA OFERTA:

1.01 Presentación de Formularios:

El PROVEEDOR deberá presentar los Formularios siguientes:

1. **EL PROVEEDOR** presentará **LA OFERTA** según el **FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE OFERTA** el orden y forma de los requisitos de este formato son inalterables. **EL PROVEEDOR** deberá entregar dicho formulario en físico, foliado y firmado como parte de **LA OFERTA**.
2. **EL LISTADO DE PRECIOS DE PRODUCTOS OFERTADOS** debe ser presentado y completado por **EL PROVEEDOR** según el formulario suministrado.

2.- **FORMATO DE LOS FORMULARIOS: Los Formularios deberán adjuntarse en Cuadros de Excel**

- a) Formulario de Presentación de la Oferta.
- b) Formulario de Oferta por Item o Bloque
- c) Formulario de Lista de Precios
- d) Formulario de Declaración Jurada de Integridad
- e) Formulario de Información sobre el Oferente.
- f) Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio.
- g) Formato Acta de Compromiso de Reemplazo
- h) Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad.
- i) Formato del Contrato
- j) Formato Fianza/Garantía de Cumplimiento
- k) Formato Fianza/Garantía de Calidad

FORMULARIO PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Tegucigalpa M.D.C.

Señores:

REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ**ATENCIÓN:****REF:** Contratación Directa No. CD-02-2023-RSDI
"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"

Derecha: "NO ABRIR ANTES DE LA HORA Y FECHA ESTABLECIDA"

Señores: REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ:

Actuando en mi condición de Representante Legal de la Sociedad Mercantil denominada xxxxx por este medio DECLARO: haber obtenido y examinado los pliegos de condiciones, y especificaciones técnicas de la CONTRATACIÓN DIRECTA No. CD -02-2023-RSDI, de conformidad con la misma, ofrezco _____ suministrar _____ el ítem o el bloque siguientes: _____

Oferta que asciende a un monto total de Lempiras _____
(Letras y Números).

Declaro que he leído los pliegos de condiciones de esta contratación directa y acepto su contenido en su totalidad.

Acepto que la forma de pago será en moneda nacional (Lempiras) y me comprometo a realizar la entrega del insumo conforme al plazo establecido en el presente pliego de condiciones; de igual forma me comprometo a entregar el suministro de los insumos en el lugar señalado para su recepción.

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

Expresamente declaro que esta oferta permanecerá en absoluta vigencia por un período de treinta (30) días calendario a la fecha límite de la validez de la oferta, contados a partir de la fecha de entrega de la Oferta.

La presente oferta consta de _____ folios útiles.

En fe de lo cual y para seguridad de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá, firmo la presente a los

_____ días del mes de _____ del 2023.

NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE /REPRESENTANTE LEGAL/ SELLO DE LA EMPRESA
FORMULARIO DE OFERTA POR ITEM O BLOQUE

Contratación Directa CD-02-2023-RSDI**NOMBRE DE EL PROVEEDOR:**

No. de Ítem	Nombre del Producto	Unidad de Presentación (UP)	Descripción Técnica Ofertada	Cantidad Estimada (Unidades)	Precio Unitario (LPS) (Max. dos decimales)	Precio Total (LPS) (Max. dos decimales)	Plazos de Entrega a oferta dos

OBSERVACIONES:**LUGAR DE ENTREGA DEL PRODUCTO:****LUGAR Y FECHA:****FIRMA/SELLO:****CARGO:**

FORMULARIO DE LISTA DE PRECIOS

Nota: El presente formulario deberá adjuntarse de manera digital, editable en Excel.

No. Item	Código ATC	Nombre del Producto Ofertado	Unidad de presentación ofertada	Descripción técnica ofertada	Cantidad Estimada Ofertada (Unidades)	Precio Unitario Ofertado (Lempiras L) (Dos Decimales)	Precio Total Ofertado (Lempiras L) (Dos Decimales)	Descripción del Empaque y Etiquetado	Plazos de entrega ofertada

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD

YO _____, Mayor de edad, de
Estado Civil _____, de Nacionalidad _____,
con domicilio en _____,
Y con Tarjeta de Identidad/Pasaporte No, actuando en mi condición de Representante Legal de _____
, por la presente HAGO DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD: Que mi persona y mi representada
se comprometen a:

- 1.- A practicar las más elevadas normas éticas durante el presente proceso de contratación.
- 2.- Abstenernos de adoptar conductas 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 COERCIÓN: Que consiste en perjudicar o causar daño, o amenazar con perjudicar o causar daño, directa o indirectamente, a cualquier parte o a sus bienes para influenciar indebidamente las acciones de una parte.
PRACTICA DE COLUSIÓN: Que es un acuerdo entre dos o más partes realizado con la intención de alcanzar un propósito inapropiado lo que incluye influenciar en forma inapropiada las acciones de otra parte.
PRACTICA DE OBSTRUCCIÓN: Que consiste en a) destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia significativa para la investigación o realizar declaraciones falsas ante los investigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una práctica corrupta, fraudulenta, coercitiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte para impedir que divulgue su conocimiento de asuntos que son importantes para la investigación o que prosiga la investigación, o b) todo acto dirigido a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.
- 4.- Así mismo declaro que entiendo que las acciones antes mencionadas son ilustrativas y no limitativas de cualquier otra acción constitutiva de delito o contraria al derecho en perjuicio del patrimonio del Estado de Honduras; por lo que expreso mi sumisión a la legislación nacional vigente.

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

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

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

En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudadmunicipio de

_____, Departamento dea los____,
días del mes de_____del año_____.

FIRMA Y SELLO

(en caso de persona Natural solo Firma)

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

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos.]

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

CD No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

Página _____ de _____ páginas

1. Nombre jurídico del Oferente:

2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro:

3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse:

4. Año de constitución o incorporación del Oferente:

5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado:

6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado]* Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado]*

Números de teléfono y facsímil: *[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]*

Dirección de correo electrónico: *[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]*

7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: *[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]*
- ☐ Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09.
 - ☐ Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio, de conformidad con la cláusula 5.1 de la IO-05.
 - ☐ Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO (CUANDO APLIQUE)

[El Oferente y cada uno de sus miembros deberán completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación]

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

LPN No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

Página

de páginas

1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio <i>[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]</i>
3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio <i>[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: <i>[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]</i>
6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i>

7. Copias adjuntas de documentos originales de: *[marcar la(s) casillas(s) de los documentosadjuntos]*

¶ Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO- 09.

¶ Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

FORMATO ACTA DE COMPROMISO DE REEMPLAZOActa de Compromiso de Reemplazo

Nombre de la Empresa_____, Constitución de la Sociedad_____
_____, Autorizada por el Notario_____, el _____ de
_____ del año_____, inscrita en el Registro
de Comerciantes Sociales del Registro Mercantil de con el número_____, tomo_____, No.
_____ de Escritura Pública_____ del representante_____ legal de
_____ la Sociedad__o Empresa,_____ autorizada por el Notario_____, el
_____ de_____ del año_____ inscrita
en el Registro_antes referido con matrícula_____ número _____ asiento No.
_____.

Tipo o Número de Contrato:

Proceso:

Descripción del Producto con sus especificaciones:

Monto (L):

No. Ítem:

Fecha de Recepción:

Fecha de Expiración:

Por este Acto CERTIFICO que los productos entregados son de producción con fechas de expiración menor de 2 años, al momento de la recepción, que son de materia prima de calidad, por ende ME COMPROMETO A REPONER O REEMPLAZAR LA CANTIDAD DEL PRODUCTO QUE SE DAÑADO AL MOMENTO DE SER CONSUMIDO, sin costo, reemplazo que deberé realizar en el plazo que la Región Sanitaria de Intibucá me notifique.

Ante el cual firmo y acepto la presente en Lugar_____ el día_ del mes ____ de_____

Firma del Representante Legal de la Empresa

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O INHABILIDADES

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. _____ actuando en mi condición de representante legal de [Indicar el Nombre de la Empresa Oferente / En caso de Consorcio indicar al Consorcio y a las empresas que lo integran], por la presente **HAGO DECLARACIÓN JURADA: Que ni mi persona ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de las prohibiciones o inhabilidades a que se refieren los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.**

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

Firma: _____

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

FORMATO DE CONTRATO

CONTRATO DE ADQUISICION DE xxxxxxxx (xxxxxxx) CONTRATACION DIRECTA No. CD -02-2023-RSDI PARA LA SECRETARIA DE SALUD No. xxxxx-2023-SS

Nosotros, **GABY PAOLA CARBAJAL MATUTE**, mayor de edad, soltera, hondureña, Médico Pediatra, con Documento Nacional de Identificación número 0801-1982-00142, y de este domicilio, actuando en mi condición de **Jefe Región Sanitaria Departamental de Intibucá**; **nombrado mediante Acuerdo Ejecutivo No. 7268-2022 de fecha 01 marzo de 2022**; quien en lo sucesivo se denominará **LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ**. Con DNI _____, *Administrador de Empresas, casado*, mayor de edad, hondureño y de este domicilio; actuando como Representante Legal de la Empresa **xxxxxx**, quien para los efectos de este Contrato se denominará **EL PROVEEDOR**; por medio del presente documento hemos convenido celebrar, como al efecto celebramos, el presente **CONTRATO DE SUMINISTRO PARA LA ADQUISICIÓN DE REACTIVOS** mediante Decreto Ejecutivo aprobado en Consejo de Secretarios de Estado PCM Número 04-2023 de fecha dieciséis (16) de enero de 2023 publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" No. 336,130 del 16 de enero de 2023 el cual, se regirá conforme a las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRELIMINAR: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES: En cumplimiento a las funciones y atribuciones que le confiere la Ley de Contratación del Estado, en sus artículos 9 y 63 numeral 1; artículos 169 y 170 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud a través del Decreto de Emergencia No. PCM Número 04-2023 de fecha dieciséis (16) de enero de 2023 publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" No. 336,130 del 16 de enero de 2023, ha procedido a realizar la contratación directa de **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"**, para asegurar que los establecimientos de salud que proveen servicio faciliten el acceso a diagnóstico y tratamiento para la población que lo requiere.

CLAUSULA PRIMERA. EL COMPRADOR: es la Región Sanitaria Departamental de Intibucá "RSDI", quien sometió la compra de reactivos al proceso de compra denominado Contratación Directa No. CD -02-2023-RSDI sometió la **"ADQUISICIÓN DE REACTIVOS"**. **EL PROVEEDOR** es la Sociedad Mercantil **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** que tiene por objeto la **ENTREGA DE REACTIVOS**, según se estableció en los Pliegos de Condiciones de la COMPRA DIRECTA No. CD-02-2023-SESAL; y dichos reactivos deben ser entregados en las mismas condiciones descritas en el presente contrato, Pliego de Condiciones y de acuerdo a las normas legales vigentes. El presente contrato se rige por la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento vigente, Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, ejercicio fiscal año 2023 y de manera supletoria por las demás normas aplicables.

CLAUSULA SEGUNDA. - OBJETO DEL CONTRATO: El presente contrato tiene por objeto el suministro por parte de EL PROVEEDOR, de Reactivos objeto de este suministro a favor de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá de forma adecuada, oportuna, con la calidad convenida y respetando las especificaciones técnicas establecidas en el Pliego de Condiciones y ratificadas en la Notificación de Compra. Dicho suministro deberá realizarse de acuerdo con la descripción, cantidad, precio unitario en Lempiras (L), plazos de entrega (los cuales comenzaran a partir de la firma del contrato y se entenderá que las entregas posteriores se realizaran según orden de servicio), que se detallan en el cuadro que acá se describe a continuación

CLAUSULA TERCERA: MONTO DEL CONTRATO: El presente Contrato se suscribe por un monto total de **ciento ochenta y cuatro mil quinientos noventa y nueve Lempiras exactos (L 184,599.00)**, afectando la estructura presupuestaria siguiente:

Grupo gasto: 300 Materiales y Suministros, No. De objeto 35251

CLAUSULA CUARTA. - MONEDA DE PAGO: El pago del Contrato se realizará en **Lempiras (L)**; la moneda de curso legal en Honduras.

CLAUSULA QUINTA - DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Forma parte del Contrato los documentos siguientes: a) Pliego de Condiciones de la Contratación Directa No.CD-02-2023 RSDI; b) La oferta presentada por **EL PROVEEDOR**; c) Garantía de Cumplimiento del contrato presentada por **EL PROVEEDOR**; d) Resolución de adjudicación **No.xxxxx-2023-SS**; e) Otros documentos suscritos por las partes contratantes en relación directa con las obligaciones de este Contrato.

CLAUSULA SEXTA: LUGAR DE ENTREGA DE LOS PRODUCTOS: EL PROVEEDOR. Se compromete a entregar los productos en el Almacén de medicamentos e insumos de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá ubicada en Carretera salida a Márcala frente a instalaciones de Dicta, La Esperanza, Intibucá o donde le sea indicado según orden de servicio, mediante entregas parciales de conformidad con el encargo de la Unidad de Logística.

CLAUSULA SEPTIMA. - FORMA DE ENTREGA: EL PROVEEDOR manifiesta que la entrega de los productos se realizará según las especificaciones detalladas en el cuadro inserto en la Cláusula **SEGUNDA** que antecede. -

CLAUSULA OCTAVA. - PLAZO DE ENTREGA: La entrega de los productos objeto de este contrato, se deberá hacer dentro de los plazos indicados en el cuadro que aparece en esa misma Cláusula Segunda precitada, pudiendo hacer entregas totales y parciales, de conformidad a las indicaciones de la REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ, previo acuerdo con EL PROVEEDOR. En caso de que la entrega se efectúe de manera parcial la factura deberá elaborarse sobre el valor y cantidad del producto que se estará entregando. -

CLAUSULA NOVENA.- REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PREVIOS A LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS: EL PROVEEDOR se obliga a gestionar por escrito con la REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ, con dos (2) o más días de anticipación cada cita para realizar la entrega de productos.

CLAUSULA DECIMA. - EMPAQUE Y ETIQUETADO. - EL PROVEEDOR pudo haber presentado en la oferta de los productos que cuenta en existencias una entrega en donde el Empaque y Etiquetado presenta una desviación, a lo establecido en los pliegos de condiciones; REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ deberá incluir en el cuadro de la CLAUSULA SEGUNDA de este contrato de suministros las variaciones aceptadas.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA. - FORMA Y TIEMPO DE PAGO: LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ pagará a EL PROVEEDOR, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la Recepción satisfactoria de los reactivos y a la presentación de los documentos relativos al cobro a través de la Gerencia administrativa, siendo estos: 1) Acta de Recepción 2) Factura Comercial Original, y 3) La respectiva Garantía de Calidad, que esta se presentará en la última entrega. El pago se hará por cada entrega parcial (*cuando apliquen*) aceptada por la REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ en moneda nacional (Lempira). **LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ** podrá pagar a **EL PROVEEDOR** cuando no se hubiere levantado el Acta de Recepción por el Establecimiento de Salud Receptor, por causas imputables a **LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE**

INTIBUCÁ y no a **EL PROVEEDOR**; **EL PROVEEDOR** podrá solicitar por escrito a la **REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ** el pago a su favor, siempre y cuando cuente con:_ 1) Factura comercial original, y 2) La presentación de la constancia en Bulto de los productos entregados, emitida por el Establecimiento de Salud Receptor.-

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: INSPECCIONES: Durante el plazo de seis (6) meses a partir de la firma de contrato, **LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ** podrá efectuar inspecciones de calidad al establecimiento del **PROVEEDOR** a fin de garantizar que estos mantendrán la calidad en igual condición que al momento de la entrega. **LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ** notificara oportunamente y por escrito **AL PROVEEDOR** la identidad de todo representante designado para estos fines.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. - REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS: **EL PROVEEDOR** garantiza que los productos ofrecidos son de producción con fecha de expiración no menor a la descrita en la Cláusula SEGUNDA, que son de materia prima de calidad, y se compromete a reponer los productos sin costo alguno, si antes de la fecha de expiración sobrevienen fallas de calidad imputables al laboratorio fabricante. Esto incluye el cumplimiento de las especificaciones técnicas de etiquetado de los embalajes primario y secundario, o cualquier otra especificación técnica de los Pliegos de Condiciones, y de la propia oferta de **EL PROVEEDOR**.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA.- ACTA DE COMPROMISO: En el caso que se haya adjudicado productos ofertados con vida útil menor a los establecidos en los pliegos de condiciones, **EL PROVEEDOR** se compromete a reemplazar dichos productos si vencieran dentro del periodo establecido con otro lote que cumpla con un periodo de vencimiento igual o superior al pactado sin costo alguno para la Región Sanitaria Departamental de Intibucá, a través de un acta de compromiso de reemplazo, misma que deberá ser entregada con el producto. El plazo de la vida útil de los productos es contado a partir de la fecha de recepción del producto.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA.- PLAZO PARA LA REPOSICIÓN DE PRODUCTOS: En caso que del resultado de los controles de calidad descritos en la cláusula décima tercera sean desfavorable, **EL PROVEEDOR** deberá reponer a la Región Sanitaria Departamental de Intibucá el (100%) del lote que resultare con falla de calidad, dentro de las (4) horas posteriores a la fecha en que la Región Sanitaria Departamental de Intibucá comunique por escrito **AL PROVEEDOR** el incumplimiento respectivo.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. - GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y CALIDAD DE EL CONTRATO: **EL PROVEEDOR**, rendirá en un plazo de (5) días hábiles de la suscripción del contrato una Garantía de Cumplimiento de Contrato equivalente al Quince (15%) del valor del mismo, con una vigencia igual al plazo máximo de la última entrega de los productos según lo establecido en cláusula segunda más tres meses adicionales, contados a partir de la firma del Contrato; dicha garantía llevará una leyenda que dice: "Esta Garantía será ejecutada a simple requerimiento de la Región Sanitaria Departamental de Intibucá, sin más trámite que la presentación del documento de incumplimiento", sin perjuicio de cualquier otra sanción que hubiere que aplicar. **LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ** solicitará a **EL PROVEEDOR** la garantía de Calidad misma que llevara la leyenda antes mencionada, la cual sustituirá la garantía de Cumplimiento del Contrato después de emitir el Acta de Recepción Final, para garantizar a Región Sanitaria Departamental de Intibucá que el insumo sea recibido en su totalidad y a su entera satisfacción, dicha garantía tendrá una vigencia por un periodo de Doce (12) meses, cuyo monto será equivalente al Cinco (5%) por ciento del monto del Contrato.

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA. - DISPOSICIONES APLICABLES: El presente contrato de suministro de productos se regulará por las disposiciones contenidas en este documento y en el documento de los Pliegos de Condiciones de la Contratación Directa No.CD-02-2023-RSDI "**ADQUISICIÓN DE REACTIVOS PARA LA**

REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ", por el cual, se seleccionó la oferta presentada por **EL PROVEEDOR**, y, en general, por las disposiciones contenidas en nuestro ordenamiento jurídico, aplicables conforme su especialidad.-

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. – SOLUCION DE CONTROVERSIAS Y AMBITO JURISDICCIONAL: Cualquier controversia, diferencia, conflicto de orden técnico, o de cualquier otro tipo de efectividad de los servicios que surgiesen entre **"EL PROVEEDOR"** y **LA REGIÓN SANITARIA DEPARTAMENTAL DE INTIBUCÁ**, deberán ser resueltas en forma conciliatoria entre ambas partes, de no existir acuerdo las partes podrán acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

CLAUSULA DECIMA NOVENA: Serán válidos y tendrán efecto legal, todas las notificaciones que se hagan las partes contratantes, siempre y cuando consten por escrito, por fax o correo certificado, a las direcciones siguientes: a) **"EL COMPRADOR"** Carretera salida a Márcala frente a instalaciones de Dicta, La Esperanza, Intibucá, Honduras, C. A. Teléfono 2783-0046 b) **"EL PROVEEDOR"** XXXXXXXXXXXX (*Dirección y correo*)

CLAUSULA VIGÉSIMA: CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR. Es expresamente convenido que ninguna de las partes estará obligada a indemnización alguna si el incumplimiento del contrato se atribuye acaso fortuito o de fuerza mayor debidamente justificado, entendiéndose como Fuerza Mayor, accidentes, huelgas, revoluciones, insurrecciones, naufragios, motines y Caso Fortuito entendiéndose como tal, situaciones como catástrofes naturales o provocadas.

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: ENMIENDAS Y MODIFICACIONES Toda enmienda o modificación del presente contrato en cuanto a su monto, bienes, condiciones, especificaciones y demás circunstancias deberán constar por escrito y se suscribirán siguiendo el mismo procedimiento empleado en la obligación principal.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: MULTAS POR INCUMPLIMIENTO. EL COMPRADOR, podrá aplicar una multa correspondiente a un cero punto treinta y seis por cientos (0.36%), dicha multa se aplicará por cada día de retraso, la cual se calculará con base al incumplimiento de cada entrega parcial. No se aplicará la multa en aquellos casos justificados como ser: causas no atribuibles al proveedor, casos fortuitos, fuerza mayor, fenómenos naturales o tomas de carreteras. Quedando el proveedor obligado a presentar evidencias de los mismos. Teniendo un plazo de tres (3) días hábiles para realizar los descargos o aclaraciones en caso de ser aplicable.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO: se podrá rescindir el contrato, sin responsabilidad de cualquiera de las partes en los casos siguientes: a) Que el incumplimiento del Contrato por las partes se produzca en virtud de caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditado, b) en caso de recorte presupuestario de fondos nacionales que se efectúe por razón de la situación económica y financiera del país la estimación de la percepción de ingresos menores a los gastos proyectados y en caso de necesidades imprevistas o de emergencia, podrá dar lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que al pago correspondiente a los bienes y servicios ya ejecutados a la fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato, c) Mutuo acuerdo entre las partes y; d) por incumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato.

CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA: ACEPTACIÓN DE PARTES: Ambas partes declaran que es cierto el contenido del presente Contrato y aceptan cada una de sus Cláusulas obligándose a su fiel cumplimiento, en fe de lo cual firmamos el presente contrato a los XXX días del mes de XXXX del año dos mil veintitrés (2023).

DRA. GABY PAOLA CARBAJAL MATUTE
JEFE REGION SANITARIA
DEPARTAMENTAL DE INTIBUCA
"EL COMPRADOR"

PROVEEDOR
REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE EMPRESA
"EL PROVEEDOR"

FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO**ASEGURADORA / BANCO****GARANTÍA / FIANZA DE CUMPLIMIENTO N°:** _____**FECHA DE EMISION:** _____**AFIANZADO/GARANTIZADO:** _____**DIRECCION Y TELEFONO:** _____

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

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

CLÁUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA:"La presente garantía/fianza será ejecutada por el monto total de la misma a simple requerimiento del contratante, acompañada de una resolución firme de incumplimiento, sin ningún otro requisito, pudiendo requerirse en cualquier momento dentro del plazo de vigencia de la garantía/fianza. La presente garantía/fianza emitida a favor del beneficiario constituye una obligación solidaria, incondicional, irrevocable y de ejecución automática; en caso de conflicto entre el beneficiario y el ente emisor del título, las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la república del domicilio del beneficiario. La presente cláusula especial obligatoria prevalecerá sobre cualquier otra condición".

A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor de la RSDI **no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.**

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

FIRMA AUTORIZADA**AFIANZADO**

FORMATO FIANZA / GARANTÍA DE CALIDAD**ASEGURADORA / BANCO****GARANTÍA / FIANZA DE CALIDAD N°:** _____**FECHA DE EMISION:** _____**AFIANZADO/GARANTIZADO:** _____**DIRECCION Y TELEFONO:** _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar la **CALIDAD DEL SUMINISTRO** del Contrato: _____, ubicado en _____, Construido/entregado por el Afianzado/Garantizado _____.

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

CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: "La presente garantía/fianza será ejecutada por el monto total de la misma a simple requerimiento del contratante, acompañado de un certificado de incumplimiento, sin ningún otro requisito, pudiendo requerirse en cualquier momento dentro del plazo de vigencia de la garantía/fianza. La presente garantía/fianza emitida a favor del beneficiario constituye una obligación solidaria, incondicional, irrevocable y de ejecución automática; en caso de conflicto entre el beneficiario y el ente emisor del título, las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la república del domicilio del beneficiario. La presente cláusula especial obligatoria prevalecerá sobre cualquier otra condición".

A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor de la RSDI **no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.**

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

FIRMA AUTORIZADA**AFIANZA**

