

# DOCUMENTO BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA



## REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA CONTRATACIÓN DIRECTA NUMERO CD- 015-RDSA-2023

*“ADQUISICIÓN DE “42420, EQUIPO DE LABORATORIO  
MEDICO”*

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 CEIBA, ATLANTIDA 16 DE JUNIO DEL 2023

## AVISO

**LA REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA** cordialmente le invita a participar en el proceso de Contratación Directa No. **CD- 015-RDSA-2023** y presentar Oferta para la **“EQUIPO DE LABORATORIO MEDICO, PARA LA REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA,”** 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, “HonduCompras” [www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn) o retirado en El **Departamento Administrativo de la Región Departamental de Salud Atlántida**, 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 28 de junio, hasta las 9:00 a.m., hora oficial de la República de Honduras dirigida a la máxima autoridad de la región departamental de salud Atlántida, enfrente de la fuerza aérea hondureña, colonia xolchimico, la ceiba Atlántida, con correo electrónico [admonregionatlantida@gmail.com](mailto:admonregionatlantida@gmail.com), Teléfono 9475-3450.

Las ofertas se abrirán el día 28 de junio a las 9:15 a.m. en el salón de la región departamental de salud Atlántida, enfrente de la fuerza aérea hondureña, colonia xolchimico, La Ceiba Atlántida.

No se recibirán ofertas después de la fecha y hora establecida.

La Ceiba, Atlántida, a los 16 días del mes de junio del año 2023.

Lic. Laura Stephany Alvarado Linares  
**Administradora Regional.**  
**Región Departamental de Salud Atlántida**

## **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 Departamental de Salud Atlántida**, para la "EQUIPO DE LABORATORIO MEDICO" 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 precio de los equipos debe ofertarse en Términos INCOTERM: DDP – DELIVERED DUTY PAID / Entregada Derechos Pagados. El PROVEEDOR debe tomar en cuenta todos los aranceles e impuestos que ameriten para la entrega efectiva de los equipos 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 departamental de salud Atlántida, 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 representando 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA.

### **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 secretaria de Salud 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**

La entrega de los equipos será a más tardar tres días luego de la notificación de la Resolución de Adjudicación, el suministro será por la totalidad de los equipos solicitados.

#### **3.02 Control de Calidad**

La región departamental de salud Atlántida podrá solicitar que, a los equipos recibidos en el Almacén de equipos, se les efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el Laboratorios Oficial u otro calificado que decida la región departamental de salud Atlántida,

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 mínimo de 10 días después de publicación del aviso, posterior a la invitación y confirmación de interés de participar en el proceso.

### **4.02 Prorroga: a la presentación de las Ofertas:**

**LA REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**, 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 departamental de salud Atlántida (RDSA)**  
**Att. Administración regional,**  
**. Col. Xolchimico enfrente de la fuerza aérea La Ceiba,**  
**Atlántida.**  
**Teléfono: 9475-3450**  
**E-Mail. admonregionatlantida@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:*

<p><b><u>Proceso No. CD -015-RDSA-2023</u></b></p> <p><b>“EQUIPO DE LABORATORIO MEDICO”</b></p>
---

**Att. Administración regional,**  
**. Col. Xolchimico enfrente de la**  
**fuerza aérea La Ceiba, Atlántida.**  
**28 de junio del 2023 a las 09:15 a.m.**

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 Ítem 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 en la región departamental de salud Atlántida**, 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 del Departamento de Licitaciones, mediante correo electrónico [admonregionatlantida@gmail.com](mailto:admonregionatlantida@gmail.com), hasta dos (2) días hábiles antes de la fecha prevista antes de la recepción de ofertas 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.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**, 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**. 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**, 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**, 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA** 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA 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 Secretaría de Salud 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**, 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 el Departamento de Almacén del LA REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA, Ubicado en la Colonia Dantoni, detrás de la planta térmica, La Ceiba, Atlántida, Honduras, previa comunicación con el proveedor. Cuando LA REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA, requiera la entrega de productos.

#### **8.10 Multa por Incumplimiento de Plazo:**

El Proveedor deberá cumplir con el plazo convenido, así como con los plazos parciales que se hubiera previsto para las diferentes entregas de los suministros. Si dichas entregas no se realizan en el plazo pactado, **LA REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA** aplicará al Proveedor una multa equivalente al **0.36%** por cada día de retraso, 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**, 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 Secretaría de Salud pagará en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contado a partir de la recepción satisfactoria de los equipos, 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 Bodega en el Almacén Central de LA SESAL, o Almacén Regional o Almacén de Hospitales, 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 Presentación de Muestras:

Los oferentes deberán presentar una (1) muestra por ítem o bloque, **en caso de ser requerido por la Comisión Evaluadora** con la cual respalden técnicamente su oferta, sin costo alguno para la secretaría de Salud.

## 2.- REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

### 2.01 Requisitos del Producto:

1. Fotocopia del registro sanitario vigente del producto solicitado. Prospecto del equipo y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario.
2. Se exoneran el análisis de calidad del equipo solicitado, sin embargo, la Secretaría de Salud podrá solicitar que el equipo recibido en almacén central de equipos, se le efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el laboratorio oficial u otro calificado que decida **LA REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA**, 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**.
3. Se dispensa la leyenda especial "**Propiedad de Estado de Honduras**" en las etiquetas de los envases primario y secundario por ser un equipo con cadena de frío.
4. La vida útil del equipo por ser un equipo hemoderivado debe ser de 18 meses mínimo. Este plazo es contando a partir de la fecha de recepción del producto por la Secretaría de Salud. En caso excepcional y debidamente justificado la Secretaría de Salud podrá autorizar la recepción del suministro con un tiempo de expiración menor a lo solicitado, el proveedor se comprometerá a reemplazar dichos equipos 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.

**"EQUIPO MEDICO SANITARIO, HOSPITALARIO E INSTRUMENTAL"**

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

No	Nombre del equipo	U.P	Descripción Técnica	Cantidad Solicitada	Plazos de Entrega
1	CENTRIFUGA DE 24 TUBOS, CON CABEZAL PARA TUBOS DE ENSAYO DE 13x100mm	UNIDAD	Nombre: CENTRIFUGA Especificación Técnica: DE 24 TUBOS, CON CABEZAL PARA TUBOS DE ENSAYO DE 13x100mm.	3	INMEDIATA
2	ROTADOR SEROLOGICO, CON VELOCIDAD Y TIEMPO REGULABLE PARA PRUEBAS RPR, 110 V	UNIDAD	Nombre: ROTADOR SEROLOGICO Especificación Técnica: DE 24 TUBOS, CON CABEZAL PARA TUBOS DE ENSAYO DE 13x100mm.	2	INMEDIATA
3	MICROSCOPIO BINOCULAR CX-23, CON 4 OBJETIVOS ( 4X,10X,20X,40X Y 100X), 100-240V 50/60 HZ 1.4A	UNIDAD	Nombre: MICROSCOPIO BINOCULAR Especificación Técnica: CX-23, CON 4 OBJETIVOS ( 4X,10X,20X,40X Y 100X), 100-240V 50/60 HZ 1.4A .	2	INMEDIATA
4	ANALIZADOR DE QUIMICA COMPACTO E INDEPENDIENTE CON INCUBACIÓN DE 12 ESTACIONES, IMPRESORA INTEGRADA Y PANTALLA TACTIL.	UNIDAD	Nombre: ANALIZADOR DE QUIMICA Especificación Técnica: COMPACTO E INDEPENDIENTE CON INCUBACIÓN DE 12 ESTACIONES, IMPRESORA INTEGRADA Y PANTALLA TACTIL.	1	INMEDIATA

---


## **III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

**10.00 CRITERIOS DE EVALUACIÓN****10.01 Evaluación Legal:**

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

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
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 ..." <b>(En caso que el proveedor cuenta con dicha Certificación no debe presentar lo solicitado en el numeral 2.01 de las IAO números 1,2,3,4, 5 y 6). De las</b>		
La sociedad 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 del producto solicitado. 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).		

**10.02 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 inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.		
Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.		

### 10.03 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 Ítem 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 Ítem 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 DEPARTAMENTAL DE SALUD ATLÁNTIDA****ATENCIÓN:****REF:** Contratación Directa No. CD-015-RDSA-2023**“EQUIPO DE LABORATORIO MEDICO”**

Derecha: “NO ABRIR ANTES DE LA HORA Y FECHA ESTABLECIDA”

Señores: SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD:

Actuando en mi condición de Representante Legal de la Sociedad Mercantil denominada\_\_\_\_ por este medio DECLARO: haber obtenido y examinado los pliegos de condiciones, y especificaciones técnicas de la CONTRATACIÓN DIRECTA No. CD -015-RDSA-2023, 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 Secretaría 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 Secretaría de Salud, firmo la presente a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del.

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

**Contratación Directa CD-015-RDSA-2023****NOMBRE DE EL PROVEEDOR:****LABORATORIO FABRICANTE DEL PRODUCTO:****PAÍS DE ORIGEN DEL PRODUCTO:****DESCRIPCIÓN DE EMPAQUES Y ETIQUETADOS: (PRIMARIO Y SECUNDARIO)**

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

**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)	Laboratorio Fabricante	Pais de Origen	Descripción del Empaque y Etiquetado	Vida Útil ofertada	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 deberá 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 documentos 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 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 REEMPLAZO**Acta de Compromiso de Reemplazo

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_, Constitución de la Sociedad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Autorizada por el Notario \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de  
 \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, inscrita en el Registro de  
 Comerciantes Sociales del Registro Mercantil de con el número \_\_\_\_\_ tomo \_\_\_\_\_, No.  
 \_\_\_\_\_ de Escritura Pública \_\_\_\_\_ del representante \_\_\_\_\_ legal de  
 \_\_\_\_\_ la Sociedad \_\_o Empresa, \_\_\_\_\_ autorizada por el Notario \_\_\_\_\_ el  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ inscrita  
 en el Registro \_antes referido con matrícula \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ asiento No.  
 \_\_\_\_\_.

Tipo o Numero de Contrato:

Proceso:

Descripción del Producto con sus especificaciones:

Monto (L):

Lote No.:

No. Ítem:

Fecha de Recepción:

Fecha de Expiración:

Por este Acto CERTIFICO que los productos entregados son de producción con fechas de expiración menor de dieciocho meses al momento de la recepción, que son de materia prima de calidad, por ende ME COMPROMETO A REPONER O REEMPLAZAR LA CANTIDAD DEL PRODUCTO QUE NO SE HAYA CONSUMIDO CUMPLIDA LA FECHA DE EXPIRACIÓN, Sin costo alguno de ser necesario con un periodo de expiración mayor o igual a dieciocho meses, reemplazo que deberé realizar en el plazo que la Secretaria de Salud (SESAL) o Cualquier Institución Pública a través del Establecimiento de Salud Receptor me notifique.

Ante el cual firmo y acepto la presente en Lugar \_\_\_\_\_ el día \_del mes \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Firma del Representante Legal de la Empresa

**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 -015-RDSA-2023  
PARA LA SECRETARIA DE SALUD  
No. xxxxx-2023-SS**

Nosotros,, mayor de edad, casado, hondureño, Médico Especialista, con Documento Nacional de Identificación número 0801-1960-05036, y de este domicilio, actuando en mi condición de **SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD “SESAL”**; nombrado mediante Acuerdo Ejecutivo No. 58-2022 de fecha 02 febrero de 2022; quien en lo sucesivo se denominará **LA SECRETARIA DE SALUD** y **XXXXXXXXXX**. Con **DNI XXXXXXXXXXXX**, (*Profesion*), (*estado civil*), mayor de edad, hondureño, (*domicilio*); actuando como Representante Legal de la Empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, 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 COMPRA DIRECTA DE XXXXXXXXXXXXX PARA LA SECRETARÍA DE SALUD** 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 equipos, 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 Secretaria de Estado en el Despacho de Salud “SESAL”, quien sometió la compra de equipos al proceso de compra denominado Contratación Directa No.CD -01-2023-SESAL sometió la **“ADQUISICIÓN DE INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERINMUNE PARA LA SECRETARIA DE SALUD”**. **EL PROVEEDOR** es la Sociedad Mercantil **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** que tiene por objeto la **ENTREGA DE EQUIPO MEDICO SANITARIO, HOSPITALARIO E INSTRUMENTAL**), según se estableció en los Pliegos de Condiciones de la COMPRA DIRECTA No. CD-015-RDSA-2023; y dichos equipos (Productos Farmacéuticos) 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 los equipos y productos farmacéuticos objeto de este suministro a favor de la **SECRETARIA DE SALUD** 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 la segunda y tercera entrega correrá el término a partir de la entrega anterior a menos que se hubiera expresado de otra forma en su oferta), laboratorio fabricante y vida útil 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 XXXXXXXXXXXX (L XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX), afectando la estructura presupuestaria siguiente: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

**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-015-RDSA-2023; 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 las instalaciones del Almacén Nacional de equipos e Insumos (ANMI) de la SESAL, Colonia Villa Delmy, contiguo al Escuadrón Cobra de la Policía Nacional, Tegucigalpa, M.D.C.; o en cualquier otra instalación ubicada en el municipio del Distrito Central que la Secretaria de Salud designe, previa comunicación con el proveedor. En el caso de las soluciones Hidroelectrolíticas y Antisépticas, se distribuirán directamente a los hospitales y regiones departamentales de acuerdo a programación de necesidades de los mismos, que será incluida en el correspondiente contrato-

**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 SECRETARIA DE SALUD, previo acuerdo con EL PROVEEDOR. En caso de que la entrega se efectuó de manera parcial la factura deberá elaborarse sobre el valor y cantidad del producto que se estará entregando. –

**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; LA SECRETARIA DE SALUD deberá incluir en el cuadro de la CLAUSULA SEGUNDA de este contrato de suministros las variaciones aceptadas.

**CLAUSULA DECIMA PRIMERA. – F O R M A Y TIEMPO DE PAGO:** LA SECRETARIA DE SALUD pagará a EL PROVEEDOR, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la Recepción satisfactoria de los equipos 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 SECRETARÍA DE SALUD en moneda nacional (Lempira). LA SECRETARIA DE SALUD podrá pagar a EL PROVEEDOR cuando no se hubiere levantado el Acta de Recepción por la Bodega de Recepción del ANMI o del Establecimiento de Salud Receptor, por causas imputables a LA SECRETARIA DE SALUD y no a EL PROVEEDOR; EL PROVEEDOR podrá solicitar por escrito a la SECRETARÍA DE SALUD 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 la bodega de recepción del ANMI o Establecimiento de Salud Receptor.-

**CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: INSPECCIONES Y PRUEBAS:** durante el plazo de dos (2) años a partir de la fecha de entrega, a LA SECRETARIA DE SALUD podrá efectuar pruebas de calidad durante la vida útil de los equipos a fin de garantizar que estos mantendrán la calidad en igual condición que al momento de la entrega. LA SECRETARIA DE SALUD o sus representantes tendrán derecho a inspeccionar los equipos y/o someterlos a prueba a fin de verificar su conformidad con las especificaciones del presente contrato. LA SECRETARIA DE SALUD notificara oportunamente y por escrito AL PROVEEDOR la identidad de todo representante designado para estos fines.

Lo anterior se cumplirá en base a las siguientes condiciones: 1) LA SECRETARIA DE SALUD, hará un muestreo técnico al azar entre los lotes de los productos recibidos que considere pertinentes y se reserva el derecho de realizar pruebas en cualquier periodo de tiempo comprendido en la duración de vida útil del producto en caso de que la inspección visual del mismo se identificara cambios fisicoquímicos, indicios de falla terapéutica o efectos adversos graves documentados por los comités de farmacia y terapéutica o en caso de inexistencia de dichos comités por los respectivos servicios médicos de los hospitales a nivel nacional o programas nacionales, en cuyo caso los costos correrán siempre por cuenta del PROVEEDOR 2) el costo de las pruebas de control de calidad correrá por cuenta del PROVEEDOR 3) estas pruebas de control de calidad se harán en el laboratorio oficial, reservándose, siempre LA SECRETARIA DE SALUD el derecho de indicar otro laboratorio nacional o internacional con capacidad para realizar las mismas, cumpliendo el proveedor los requisitos determinados por el laboratorio. EL PROVEEDOR deberá también reponer las muestras utilizadas para dichas pruebas.

**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 equipos 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 SECRETARIA DE SALUD, 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 equipos 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 SECRETARIA DE SALUD el (100%) del lote que resultare con falla de calidad, dentro de los (xxxx) días calendarios posteriores a la fecha en que la SECRETARIA DE SALUD 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 Secretaria de Salud, sin más trámite que la presentación del documento de incumplimiento", sin perjuicio de cualquier otra sanción que hubiere que aplicar. LA SECRETARIA

DE SALUD 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 LA SECRETARIA DE SALUD 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-01-2023-SESAL **"ADQUISICIÓN DE INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERINMUNE PARA LA SECRETARIA DE SALUD"**, 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 SECRETARIA DE SALUD**, 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"** Avenida Cervantes, casa No 1001 calle del correo, Tegucigalpa, M. D. C. Honduras, C. A. Teléfono 2237-9693 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).

**DR. JOSE MANUEL MATHEU AMAYA  
SECRETARIO DE ESTADO  
EN EL DESPACHO DE SALUD  
"EL COMPRADOR"**

**XXXXXX  
REPRESENTANTE LEGAL  
XXXXXXX  
"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 SESAL **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 SESAL **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**

