

PLIEGO DE CONDICIONES

HOSPITAL ESCUELA



COVID CONTRATACION DIRECTA

No. 09-2021-HE-ESRN

**“EQUIPAMIENTO DE SALA DE RECIEN NACIDOS CON SOSPECHAS DE
COVID-19 EN EL HOSPITAL ESCUELA”**

Fuente de Financiamiento:

Fondos Nacionales, SEFIN F-11

HONDURAS/TEGUCIGALPA. M.D.C., MAYO 2021

INVITACION A PRESENTAR OFERTAS

Señores Oferentes.

Presente

El Hospital Escuela, por este medio y en cumplimiento con los principios de publicidad, transparencia, igualdad y libre competencia, según los artículos No.6 y No7 de la Ley de Contratación del Estado, invita a Potenciales Oferentes a presentar ofertas para el proceso de **COVID-CONTRATACION DIRECTA No. 09-2021-HE-ESRN para el “EQUIPAMIENTO DE SALA DE RECIEN NACIDOS CON SOSPECHAS DE COVID-19 EN EL HOSPITAL ESCUELA”**. Presentando su oferta en la Dirección de Gestión Administrativa Financiera del Hospital Escuela, en un sobre cerrado de conformidad a las condiciones indicadas en el Pliego de Condiciones mismo que se adjunta al presente documento, el día **lunes 21 de Junio de 2021 desde las 7:30 a.m. hasta 3:30 P.M., no se recibirán ofertas posteriores a la fecha señalada.**

La oferta deberá estar acompañada de una Garantía de Mantenimiento de Oferta Original a nombre del **HOSPITAL ESCUELA**, con una vigencia de sesenta (60) días calendario contados a partir del día de la fecha de apertura de la oferta y por un monto equivalente al dos por ciento (2%) del valor total de la oferta.

A fin de asegurar su participación en este proceso se requiere su confirmación inmediata a través de nota dirigida al Departamento de Adquisiciones y Suministros, Primer piso del edificio Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, Boulevard Suyapa, calle “La Salud”, Tegucigalpa, M.D.C., FM, Tel. 22-32-23-22 Ext. 255 Dirección de correo electrónico: mariana.godoy@hospitalescuela.edu.hn y licitaciones@hospitalescuela.edu.hn en la cual deberá informar lo siguiente:

1. Manifestación de su interés en participar en este proceso de contratación, Nombre de un contacto, dirección de correo electrónico vigente y números de teléfono.

TEGUCIGALPA M.D.C., 08 DE JUNIO DE 2021,

**LICENCIADA MARIANA GODOY MORENO
DIRECCION DE GESTION DE ADMINISTRATIVA FINANCIERA
HOSPITAL ESCUELA
NUMEROS TELEFONICOS 2232-2322 EXT. 255**

SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

En atención a los principios establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento en los art. 6 y art.7, así mismo en el código de Ética del Servidor Público en los art.5 y art.6, el Hospital Escuela garantiza que los procesos serán realizados de manera transparente asimismo aplicando los principios de publicidad, transparencia, igualdad y libre competencia, invitamos a Potenciales Oferentes para presentación de ofertas, según se detalla en el cuadro siguiente:

COVID- CONTRATACION DIRECTA-NO. 09-2021-HE-ESRN			
No.	Unidad	Cantidad	Artículos
1	C/U	1	INCUBADORA REANIMADORA/CUNA DE CALOR RADIANTE PARA REANIMACION
2	C/U	2	INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONANTAL
3	C/U	2	MAQUINA CPAP CON CALENTADOR Y HUMIDIFICADOR, RESPIRADOR CPAP
4	C/U	2	BOMBAS DE INFUSION DE 3 CANALES

1. La oferta deberá ser firmada y sellada por el Gerente General o Representante Legal.
2. La oferta original deberá de venir debidamente foliada, acompañada de una (1) copia, y selladas en sus sobres correspondiente.
3. Adicionalmente Se deberá acompañar una (1) copia en formato digital, ya sea en USB o CD, de la carta propuesta, listado de precios, Especificaciones Técnicas, Imágenes (Equipo de Medico, accesorios, etc.) en formato “PNG” o “JPG”, con las dimensiones aproximadas de 200x200 pixeles.
4. Los sobres tienen que venir cerrados, sellados e identificados, caso contrario no serán considerados para el proceso de evaluación.

Una copia del acta de apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras.

OBJETO DE LA CONTARACION:

Adquisición de bienes Servicios y Suministros mediante Contratación Directa en el marco de la emergencia sanitaria declarada tras la entrada del Covid-19 al territorio nacional,

según lo establecido en atención al Art.9 y 63 numeral 1 de la Ley de Contratación Del Estado, mediante el Decreto Ejecutivo N° PCM-146-2020 de fecha martes 29 de Diciembre del 2020 se prorroga la vigencia de la Declaración, hasta el 31 de diciembre de 2021 establecido mediante el Decreto Ejecutivo N° PCM-005-2020, de fecha 10 de febrero de 2020, en donde se declara **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA**, en todo el territorio nacional con el propósito de continuar y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas ante la ocurrencia de infección por (COVID-19) decretada por la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Decreto Ejecutivo No. PCM-16-2020, Decreto Ejecutivo No. PCM-21-2020, Decreto Legislativo No. 33-2020 y Decreto Legislativo No. 90-2020, y dando cumplimiento al Oficio N° CI-HE-2162-2020 y Acuerdo CI-HE-007/2020, de fecha 10 de julio del 2020, Acuerdo Resolutorio No. CI-HE-007/2020, de fecha 10 de julio del 2020, Plan Covid-19, en su Segunda etapa mediante sesión Extra/Ordinaria CI-HE-003-2020, de fecha 07 de octubre de 2020, y el oficio No CI-HE-0956-2021.

DECLARACION DE PROCESOS DESIERTOS O FRACASADOS.

1. Se procederá al análisis, la evaluación y adjudicación del proceso, siempre que se haya recibido como mínimo dos (2) ofertas.
2. “El Hospital” declarará desierto el proceso cuando no se hubieren presentado el mínimo de ofertas o no se hubiese satisfecho el mínimo de oferentes previsto en el Pliego de Condiciones.
3. “El Hospital” declarará fracasado el proceso cuando:
 - a) Se hubiere omitido en el procedimiento requisitos esenciales establecidos en la Ley o en sus disposiciones reglamentarias;
 - b) Sí las ofertas recibidas no se ajustan a los requisitos esenciales establecidas en este pliego de condiciones, en correspondencia con lo establecido en el Reglamento de la Ley de Contratación del Estado;
 - c) Sí se comprueba la existencia de colusión;
 - d) Cuando todas las ofertas se reciban por precios considerablemente superiores al presupuesto estimado; y,
 - e) Cuando se presenten motivos de fuerza mayor debidamente comprobados.

VIGENCIA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de **treinta (30)** días contados a partir de la fecha de presentación.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

Los Oferentes deberán presentar los siguientes documentos adicionales con su oferta:

1. Presentación de la Oferta la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña, firmada y sellada por la persona legalmente responsable de todo acto relacionado con la oferta. **(Documentos No Subsanables)**
2. Lista de precios por partida individual, firmado y sellado por el Representante Legal de la Empresa. **(Documentos No Subsanables)**
3. Acompañar Garantía de Mantenimiento de Oferta Original, la cual deberá incluir número, nombre y tipo de contratación, cláusula obligatoria, beneficiario. **(Documentos No Subsanables)**
4. Fotocopia Legible de Certificación de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratista de la Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (ONCAE), O en su defecto Acreditación de estar Constituida como Sociedad Mercantil/ Comerciante Individual, inscrito en el Registro Público de Comercio. **(Documento Subsanable)**
5. Fotocopia Legible de Acreditación del Poder de Representación, que acredita que “El Oferente” tiene poder suficiente para comprometer a la Empresa a través de la presentación de la oferta y para la suscripción de contratos, observando todas las formalidades de ley. **(Documento Subsanable)**
6. Fotocopia Legible del Registro Tributario Nacional de la Empresa (RTN) y de su representante; si es extranjero, deberá acreditar su residencia en el país, con copia de sus documentos legales. (debidamente autenticados por notario público); **(Documento Subsanable)**
7. Declaraciones Juradas Del Representante legal; cuya firma deberá estar debidamente autenticada por Notario, las declaraciones deberán indicar que tanto él como su representada cumplen con lo siguiente **(Documento Subsanable)**
 - (a) Están enterados y aceptan todas y cada una de las condiciones, especificaciones, requisitos y sanciones establecidas en estas Especificaciones Técnicas y Condiciones de Contratación;
 - (b) No están comprendidos en ninguna de las circunstancias a que se refieren los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado; y,

- (c) No están comprendidos en ninguno de los casos a que se refieren los artículos 36 y 37 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos;
 - (d) Declaración Jurada de integridad
8. Acreditar Experiencia previa comprobada y Documentada en lo ofertado: se refiere en la presentación de documentos como ser: *Constancias de satisfacción, órdenes de compras, contrato suscritos con otras instituciones públicas y privadas, en ventas y montos similares al objeto de esta contratación. (Documento Subsancionable)*
- Todos los documentos que no sean originales deben venir debidamente autenticados conforme a lo que estipula el Código del Notariado.**

ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS.

Todo aquel que requiera alguna aclaración sobre los Pliegos de Condiciones, deberá comunicarse con El Hospital Escuela, vía correo electrónico a: mariana.godoy@hospitalescuela.edu.hn y licitaciones@hospitalescuela.edu.hn

El Hospital responderá de igual manera a todas las solicitudes de aclaración, siempre que dichas solicitudes las reciba El Hospital durante los primeros tres (3) días, de publicación en el portal de Honducompras y/o después de recibida la invitación de manera oficial, no se admitirán consultas, observaciones y solicitud de aclaraciones fuera de este plazo. El Hospital enviará copia de las respuestas, incluyendo una descripción de las consultas realizadas a todos los posibles oferentes que hayan confirmado su deseo de participación en el proceso.

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).

SUBSANACIONES A LAS OFERTAS.

El Hospital Escuela hace la aclaración que para este proceso de adquisición no se dará un plazo de tiempo para subsanaciones de documentos presentados en la oferta, por razones de celeridad en el proceso de evaluación, debido a la emergencia provocada por la pandemia del Covid-19.

GARANTÍAS

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público.

GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

La Garantía Mantenimiento de la Oferta será por un Dos (2%) por ciento del monto total de la oferta y tendrá una vigencia durante treinta (30) días, después del período de validez inicial de la Oferta, o bien después de un período de ampliación que se haya solicitado (es decir un plazo de sesenta (60) días calendario)

En caso de ser adjudicado, el proveedor deberá presentar las siguientes garantías

GARANTIAS: “EL PROVEEDOR”, está en la obligación de presentar a favor del Hospital, las garantías siguientes:

- a) **GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**, por el **15% del valor del contrato**, la cual se entregará al momento de celebrar este Contrato y estará vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la entrega de los bienes (es decir un plazo de seis (6) meses). Esta Garantía deberá llevar una cláusula que estipule que la misma podrá ser ejecutada a simple requerimiento de “EL HOSPITAL”, acompañada de un certificado de incumplimiento emitido por “EL HOSPITAL”.

- b) **GARANTIA DE CALIDAD**, la que se deberá presentar al momento de la entrega definitiva de los equipos objeto del contrato y cuando éstos hayan sido recibidos a entera satisfacción de “EL HOSPITAL”. La Garantía de Calidad será para garantizar la calidad del suministro por el **5% del valor del Contrato**, con una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de recepción definitiva del suministro. Esta garantía debe llevar una cláusula que estipule que la misma debe ser ejecutada a simple requerimiento de “EL HOSPITAL”, acompañada de un certificado de incumplimiento emitido por “EL HOSPITAL”. La ejecución de la Garantía de Calidad no eximirá a

“EL PROVEEDOR” de la obligación de reponer los bienes defectuosos.-
documentación legal de su formalización haya sido debidamente presentada

PLAZO DE ADJUDICACION Y NOTIFICACION

La adjudicación del contrato al ganador, se dará dentro de los siete [7] días hábiles contados a partir de la fecha de presentación de las ofertas, posteriormente se procederá a la notificación de adjudicación una vez aprobada el acta de adjudicación.

PLAZO CONTRACTUAL

Contratos: la vigencia del mismo será de tres (3) meses a partir de la firma del mismo por ambas partes.

MULTAS

Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso, de conformidad lo establecido en las vigentes Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República.

Disposiciones Generales del Presupuesto 2021

ARTÍCULO 76.- En observancia a lo dispuesto en el Artículo 72, párrafos segundo y tercero, de la Ley de Contratación del Estado, la multa diaria aplicable se fija en cero punto treinta y seis por ciento (0.36%), en relación con el monto total del saldo del contrato por el incumplimiento del plazo y la misma debe especificarse tanto en el pliego de condiciones como en el contrato de Construcción y Supervisión de Obras Públicas, es decir debe estar establecida en todo contrato y toda orden de compra. Esta misma disposición se debe aplicar a todos los contratos de bienes y servicios que celebren las Instituciones del Sector Público. La multa diaria aplicable se fija en cero punto treinta y seis por ciento (0.36%) que deberá aplicarse a todos los contratos u órdenes de compra de bienes y servicios que celebren las Instituciones del Sector Público, incluyendo las compras realizadas mediante catalogo electrónico.

FORMULARIOS

(“OBLIGATORIO PRESENTAR ESTE FORMULARIO CON LA OFERTA”)

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permiten alteraciones al contexto de este formulario]

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

CCDN°. :*[Indicar el número del proceso]*

Nombre del Proceso: *[indicar el nombre del Llamado]*

A:*[nombre completo y dirección de El Hospital]*

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- (a) Hemos examinado y no hallamos objeción alguna a los Documentos de Licitación, incluso sus Enmiendas Nos. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda]*;
- (b) Ofrecemos proveer los siguientes Bienes/Servicios de conformidad con los Datos de Contratación Directa y de acuerdo con los tiempos de entrega establecido en las especificaciones técnicas: *[indicar una descripción breve de los bienes y servicios conexos]*;
- (c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el inciso (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras]*;
- (d) Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

Descuentos. Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables:*[detallar cada descuento ofrecido y el artículo específico en la Lista de Bienes al que aplica el descuento o nuestra oferta no está sujeta a descuentos]*.

Metodología y Aplicación de los Descuentos. Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *[Detallar la metodología que se aplicará a los descuentos en caso de proporcionarlos]*;

- (e) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en *treinta (30) días*, a partir de la fecha límite fijada para la Presentación y Apertura de las Ofertas. Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;
- (f) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con lo establecido en el Pliego de Condiciones;

- (g) La nacionalidad del oferente es: *[indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es un Consorcio]*
- (h) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el Contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.
- (i) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja ni ninguna otra oferta que reciban.

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

Firma: *[indicar la firma de la persona cuyo nombre y calidad se indican]*

En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre jurídico completo de:
[indicar el nombre completo de la empresa Oferente]

El día _____ del mes _____ del año _____ *[indicar la Fecha d*

FORMULARIO DE LISTA DE PRECIOS

Nombre del Oferente *[indicar el nombre de la empresa]* Datos Generales *[Indicar dirección y números telefónicos]*

República de Honduras				Valores expresados en Lempiras (L)		Fecha: _____ CCDN°: _____	
1	2	3	4	5	6	7	8
N°	Descripción	Fecha de disponibilidad para entrega	Cantidad	Precio Unitario	Impuestos sobre la venta y otros pagaderos si se adjudicado	Precio Unitario + Impuestos (col.5+6)	Precio Total (col.7x4)
[Indicar No. PDA]		[Indicar el tiempo estimado de entrega del equipo,		[indicar precio unitario]	[indicar impuestos sobre la venta y otros pagaderos pro cada equipo]	[indicar precio total unitario más impuestos]	[indicar precio total por equipo]
						Precio Total OFERTA	

Firmo la presente en la ciudad de _____, Departamento de _____, a los _____ días de mes de _____.

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

Firma: *[indicar la firma de la persona cuyo nombre y calidad se indican]*

En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

FORMULARIO DE GARANTÍA MANTENIMIENTO DE OFERTA

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTÍA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N° _____

FECHA DE EMISIÓN: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____

FIANZA / GARANTÍA a favor de **EL HOSPITAL ESCUELA**, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la **OFERTA**, presentada en la **COVID CONTRATACION DIRECTA No. XXX-2020-HEU**

SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA: _____

VIGENCIA De: _____ **Hasta:** _____

BENEFICIARIO: _____

CLAUSULA OBLIGATORIA: LA PRESENTE GARANTÍA SERA EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL HOSPITAL ESCUELA ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCIÓN FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGÚN OTRO REQUISITO.

Las garantías o fianzas emitidas a favor del Hospital Escuela serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática **y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la Numeral obligatoria.**

Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:

1. Retira su oferta durante el período de validez de la misma.
2. No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.
3. Si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el período de validez de la misma, no firma o rehúsa firmar el Contrato, o se rehúsa a presentar la Garantía de Cumplimiento.
4. Cualquier otra condición estipulada en el pliego de condiciones.

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

FIRMA(S) AUTORIZADA(S)

NOMBRE REPRESENTANTE DEL LEGAL

FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte N°. _____ 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 mi representada y yo, “Estamos enterados y aceptamos todas y cada una de las condiciones, especificaciones, requisitos y sanciones establecidas en estas Especificaciones Técnicas y Condiciones de Contratación de la Licitación: _____”.

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

FIRMA(S) AUTORIZADA(S)

NOMBRE REPRESENTANTE DEL LEGAL

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

**FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O
INHABILIDADES**

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte N°. _____ 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 mi persona y mi representada no nos encontramos comprendidos en ninguna de las prohibiciones o inhabilidades a que se refieren los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado, que a continuación se transcriben:

“ARTÍCULO 15.- Aptitud para contratar e inhabilidades. Podrán contratar con la Administración, las personas naturales o jurídicas, hondureñas o extranjeras, que teniendo plena capacidad de ejercicio, acrediten su solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica y profesional y no se hallen comprendidas en algunas de las circunstancias siguientes:

- 1) Haber sido condenados mediante sentencia firme por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe privada, cohecho, enriquecimiento ilícito, negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones privadas, malversación de caudales públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores o representantes se encuentran en situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de las mismas;
- 2) DEROGADO;
- 3) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;
- 4) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la Republica;
- 5) Haber dado lugar, por causa de la que hubiere sido declarado culpable, a la resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración o a la suspensión temporal en el Registro de Proveedores y Contratistas en tanto dure la sanción. En el primer caso, la prohibición de contratar tendrá una duración de dos (2) años, excepto en aquellos casos en que haya sido objeto de resolución en sus contratos en dos ocasiones, en cuyo caso la prohibición de contratar será definitiva;

- 6) Ser cónyuge, persona vinculada por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de cualquiera de los funcionarios o empleados bajo cuya responsabilidad esté la precalificación de las empresas, la evaluación de las propuestas, la adjudicación o la firma del contrato;
- 7) Tratarse de sociedades mercantiles en cuyo capital social participen funcionarios o empleados públicos que tuvieren influencia por razón de sus cargos o participaren directa o indirectamente en cualquier etapa de los procedimientos de selección de Contratistas. Esta prohibición se aplica también a las compañías que cuenten con socios que sean cónyuges, personas vinculadas por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de los funcionarios o empleados a que se refiere el numeral anterior, o aquellas en las que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de relación o de parentesco; y,
- 8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción.

ARTÍCULO 16.- Funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la Republica y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de Estado, los Directores Generales o Funcionarios de igual rango de las Secretarías de Estado, los Diputados al Congreso Nacional, los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, los miembros del Tribunal Nacional de Elecciones, el Procurador y Subprocurador General de la Republica, el Contralor y Sub-contralor General de la Republica, el Director y Subdirector General Probidad Administrativa, el Comisionado Nacional de Protección de los Derechos Humanos, el Fiscal General de la Republica y el Fiscal Adjunto, los mandos superiores de las Fuerzas Armadas, los Gerentes y Subgerentes o funcionarios de similares rangos de las instituciones descentralizadas del Estado, los Alcaldes y Regidores Municipales en el ámbito de la contratación de cada Municipalidad y los demás funcionarios o empleados públicos que por razón de sus cargos intervienen directa o indirectamente en los procedimientos de contratación.”

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

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA LEY ESPECIAL
CONTRA EL LAVADO DE ACTIVOS**

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte N°. _____ 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 mi representada y yo, no nos encontramos comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos 36 y 37 de la Ley Especial Contra el Delito de Lavado de Activos, que a continuación se transcriben:

ARTÍCULO 36.- DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS. Incurre en el delito de lavado de activos y debe ser sancionado con pena de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien por sí o por interpósita persona: Adquiera, invierta, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, convierta, conserve, traslade, oculte, encubra, de apariencia de legalidad, legalice o impida la determinación del origen o la verdadera naturaleza, así como la ubicación, el destino, el movimiento o la propiedad de activos productos directos o indirectos de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la administración del Estado a empresas privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia.

No obstante, la Pena debe ser de:

1) Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado sea igual o menor al valor equivalente a sesenta (70) salarios mínimos más altos en la zona; 2) Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión si el valor de los activos objeto del lavado supera un valor equivalente a los setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte

(120) salarios mínimos más altos de la zona; y, 3) Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión si el valor de los activos objeto de lavado, supere un valor equivalente a ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona.

A los promotores, jefes dirigentes o cabecillas y beneficiarios directos o indirectos de las actividades de lavado de activos, se les debe imponer la pena que le correspondiere en el presente Artículo, incrementada en un tercio (1/3) de la pena.

ARTÍCULO 37.- TESTAFERRATO. Debe ser sancionado de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien preste su nombre en actos o contratos reales o simulados, de carácter civil o mercantil, que se refieran a la adquisición, transferencias o administración de bienes que: procedan directa o indirectamente de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la Administración del Estado, privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia.

La pena del delito de Testa ferrato debe ser de:

1. Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado sea igual o menor al valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos más altos de la zona;
2. Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado supere un valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y,
3. Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado supere un valor equivalente de los ciento (120) salarios mínimos más altos de la zona.

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

FIRMA(S) AUTORIZADA(S)

NOMBRE REPRESENTANTE DEL LEGAL

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

FORMULARIO DECLARACION 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 _____ (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 mi representada y yo nos comprometemos a:

1. Practicar las más elevadas normas éticas durante el presente proceso de contratación **y en la ejecución del contrato que de resultar adjudicados** en el proceso _____ que suscribamos con el **HOSPITAL ESCUELA.**
2. Abstenernos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados involucrados en el presente proceso, induzcan o alteren las exigencias de las evaluaciones de las propuestas, el resultado del proceso, la ejecución contractual u otros aspectos que pudieran otorgarnos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.
3. A No formular acuerdos con otros proveedores participantes o la ejecución de acciones que sean constitutivas de:
 - a) **PRÁCTICAS CORRUPTAS:** como el ofrecimiento, suministro, aceptación o solicitud, directa o indirectamente, de cualquier cosa de valor con el fin de influir impropriamente en la actuación de otra persona.
 - b) **PRÁCTICAS FRAUDULENTAS:** entiéndase como cualquiera actuación u omisión, incluyendo la tergiversación de hechos que, astuta o descuidadamente, desorienten o intenten desorientar a otra persona con el fin de obtener un beneficio financiero o de otra índole, o para evitar una obligación.
 - c) **PRACTICAS COLUSORIAS:** entiéndase como cualquier arreglo de dos o más personas diseñado para lograr un propósito impropio, incluyendo influenciar impropriamente las acciones de otra persona.
 - d) **PRACTICAS COERCITIVAS:** como aquellas que causen daño o amenazas de dañar, directa o indirectamente, a cualquier persona, o las propiedades de una persona, para influenciar impropriamente sus actuaciones.
 - e) **PRACTICAS DE OBSTRUCCIÓN:** como todas aquellas acciones encaminadas a la destrucción, falsificación, alteración u ocultamiento deliberado de información o brindar testimonios falsos que impidan materialmente una investigación por parte del órgano contratante de alegaciones de prácticas corruptas, fraudulentas, coercitivas o de colusión;

y/o la amenaza, persecución o intimidación de cualquier persona para evitar que pueda revelar lo que conoce sobre asuntos relativos a la ejecución de prácticas contrarias o de actuaciones dirigidas a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.

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 legislación nacional vigente, así como a los principios de la buena fe, la transparencia, y de leal competencia para con el Estado de Honduras.

De igual manera **ACEPTO Y ENTIENDO** que en el caso de que **MI PERSONA, MI REPRESENTADA O SUS SOCIOS**, se vean involucrados en investigaciones, sanciones, cuestionamientos públicos relacionados con prácticas corruptivas o fraudulentas durante el proceso de evaluación de las ofertas, **NUESTRA OFERTA NO SERÁ CONSIDERADA EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN**, sin más trámite que una comunicación escrita.

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

Atentamente,

FIRMA(S) AUTORIZADA(S)

NOMBRE REPRESENTANTE DEL LEGAL

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 ESPECIFICACIONES TECNICAS

Nombre de la Empresa:

Marca: _____

Modelo: _____

País de Origen: _____

Especificaciones Técnicas Solicitadas por el Hospital	Especificaciones Técnicas Ofrecidas por la Empresa	Observaciones
<i>En cuanto a la columna de especificación Técnica solicitada por el Hospital Escuela, el oferente deberá transcribir literalmente las especificaciones según se detallan en el pliego de condiciones o addendum, se prohíbe la modificación de las mismas</i>	<i>En esta columna de especificación Técnica Ofrecidas deberá detallar la descripción del equipo con todos sus componentes y accesorios ofertados.</i>	

Deberá presentar literatura descriptiva o fotografías de los equipos que posee la empresa para prestar oferta, donde se pueda apreciar las medidas, marca, modelo País de Origen y sus componentes.

Nombre y firma del representante legal

ESPECIFICACIONES TECNICAS

PDA No.1	EQUIPO: 1	INCUBADORA REANIMADORA/CUNA DE CALOR RADIANTE PARA REANIMACION
A	DEFINICIÓN	EQUIPO DE REANIMACIÓN QUE PERMITE CONTROLAR MANUALMENTE Y POR SERVOCONTROL EL AMBIENTE TÉRMICO DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO EN UN MEDIO ABIERTO ASI COMO BRINDAR SOPORTE RESPIRATORIO BÁSICO.
B	GENERALIDADES	<p>1. CONSTRUCCIÓN</p> <p>1.1 MATERIAL RESISTENTE Y DE FÁCIL LIMPIEZA</p> <p>1.2 PANTALLA DIGITAL</p> <p>1.3 CON PORTACHASIS</p> <p>1.4 RADIOTRASPARENTE</p> <p>1.5 CON AJUSTE DE CONTROL DE MEMBRANA, PERILLA U OTRO PARA EVITAR CAMBIOS INVOLUNTARIOS EN LA PROGRAMACIÓN</p> <p>1.6 MANOMETROS PARA LA VISUALIZACIÓN DEL SUMINISTRO DE GASES (AIRE MEDICINAL Y OXIGENO) Y PRESIÓN DE SUCCIÓN</p> <p>1.7 CUNA LIMITADA POR 4 PANELES TRANSPARENTES ABATIBLES CON AL MENOS 2 PASACABLES EN UN PANEL.</p> <p>1.8 CON RUEDAS PIVOTANTES DOBLES ANTIESTATICAS Y FRENO EN MINIMO 2 RUEDAS</p> <p>1.9 CON ALMENOS UN CAJÓN</p> <p>1.10 MATERIAL RESISTENTE A DESINFECTANTES DE GRADO HOSPITALARIO</p> <p>1.11 PERMITA EL ACCESO A TUBOS</p> <p>2. FUNCIONES BÁSICAS</p> <p>2.1 MODO DE OPERACIÓN MANUAL Y SERVOCONTROLADO</p> <p>2.2 CON MEZCLADOR, SUCCIÓN, EL CAUDALÍMETRO Y PRESIÓN POSITIVA</p> <p>2.3 CONTROL MANUAL DE LA POTENCIA DEL CALEFACTOR DE 0 A 100%</p> <p>2.4 DISTRIBUCIÓN DE CALOR UNIFORME</p> <p>2.5 CON MODO DE PRECALENTAMIENTO QUE SE INICIE DE FORMA AUTOMÁTICA AL ENCENDER EL SISTEMA</p> <p>2.6 CON ELEMENTO CALEFACTOR RADIANTE QUE SEA ABATIBLE PARA PERMITIR EL ACCESO DEL EQUIPO DE RAYOS X.</p>

PDA No.1	EQUIPO: 1	INCUBADORA REANIMADORA/CUNA DE CALOR RADIANTE PARA REANIMACION
		2.7 ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES 2.8 LAMPARA O LUZ DE EXPLORACIÓN LED 2.9 COLCHÓN RADIOTRANSARENTE CON CUBIERTA LAVABLE E IMPERMEABLE.
C	PARAMETROS Y/O COMPONENTES	<ol style="list-style-type: none"> 1. MOVIMIENTOS <ol style="list-style-type: none"> 1.1 CON POSICIÓN DE TRENDELENBURG Y TRENDELENBURG INVERSO CON UN ÁNGULO DE 12 GRADOS DE INCLINACIÓN COMO MÍNIMO DE MANERA CONTINUA. 1.2 DE ALTURA VARIABLE 2. SOPORTE RESPIRATORIO <ol style="list-style-type: none"> 2.1 CON PIEZA EN T 2.2 SUMINISTRO DE CPAP, PEEP Y PRESIÓN EN VIA AEREA 2.3 PARA UTILIZAR DE FORMA INVASIVA Y NO INVASIVA. 2.4 CON MAGUERAS TIPO DISS PARA CONEXIÓN A RED DE GASES (OXIGENO, AIRE) 2.5 MEZCLADOR DE AIRE/OXIGENO 21% AL 100% 3. CON SUCCIONADOR/ASPIRADOR DE SECRECIONES <ol style="list-style-type: none"> 3.1 FRASCO 800 ML COMO MINIMO FÁCIL DE LIMPIAR Y DESMONTABLE CON SOPORTE EN LA CUNA. 3.2 RANGO DE SUCCIÓN MINIMO DE 0-750 mmHg 4. MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES <ol style="list-style-type: none"> 4.1 SATURACIÓN DE OXIGENO 30 AL 100% 4.2 FRECUENCIA DE PULSO 25 A 240 BPM
D	ACCESORIOS E/O INSUMOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. TRES (03) CABLES CON SU SENSOR DE TEMPERATURA DE PACIENTE (PIEL) REUTILIZABLES. 2. UNA (01) MANGUERA TIPO OHMEDA UNA PARA AIRE MEDICINAL Y OTRA PARA OXIGENO. 3. DIEZ (10) CIRCUITOS COMPLETOS DE REANIMACIÓN NO INVASIVA (QUE INCLUYA MASCARILLA Y PIEZA EN T) 4. DOS (02) FRASCOS DE 600 ML REUTILIZABLES DE POLIURETANO 5. DIEZ (10) CIRCUITOS DE SUCCIÓN (CANULAS)
E	CARACTERÍSTICAS ELECTRICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. 120 VAC 60 HZ 2. CONECTOR NEMA 5-15P 3. UNA (01) UPS (UNINTERRUPTED POWER SUPPLY)

PDA No.1	EQUIPO: 1	INCUBADORA REANIMADORA/CUNA DE CALOR RADIANTE PARA REANIMACION
		PARA PROTECCIÓN DEL EQUIPO Y MAYOR AUTONOMÍA ELÉCTRICA ACORDE A LA CAPACIDAD DEL EQUIPO
D	CONDICIONES DE RECEPCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. INCLUIR MANUAL DE PARTES, MANUAL DE USUARIO, Y MANUAL DE SERVICIO OBLIGATORIAMENTE CASO CONTRARIO NO SE RECIBIRÁ 2. SE HARÁ UNA REVISIÓN CON LA PARTE MÉDICA SOLICITANTE Y OTROS DEPARTAMENTOS PARA VERIFICAR QUE TODO ESTÉ COMPLETO Y EN ORDEN. 3. CAPACITACIÓN AL USUARIO SOBRE USO Y APLICACIONES DEL EQUIPO 4. CAPACITACIÓN AL SERVICIO TÉCNICO SOBRE USO Y MANTENIMIENTO DEL EQUIPO (UNIDAD DE BIOMÉDICA) 5. EL OFERENTE DEBE GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS DURANTE UN PERIODO MINIMO DE SEIS (06) AÑOS DESPUES DE LA COMPRA.
G	GARANTÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. DOS (02) AÑOS DE GARANTÍA 2. TODOS LOS MANTENIMIENTOS DEBEN REALIZARSE BAJO SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD DE BIOMÉDICA

PDA No.2	EQUIPO:2	INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONANTAL
A	DESCRIPCIÓN	EQUIPO RODABLE CON FINES TERAPÉUTICOS QUE PROPORCIONA SOPORTE DE VIDA EN CONDICIONES ÓPTIMAS DE TEMPERATURA, HUMEDAD Y OXIGENACIÓN, EN RANGOS VARIABLES Y QUE MÁS SE ASEMEJAN AL AMBIENTE INTRAUTERINO. PARA RECIÉN NACIDOS.
B	GENERALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. CONSTRUCCIÓN: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 MATERIAL RESISTENTE A IMPACTOS Y A DESINFECTANTE DE GRADO HOSPITALARIO. 1.2 CON AISLAMIENTO ACÚSTICO MENOR O IGUAL A 50 DECIBELES. 1.3 CON DEPOSITO DE AGUA REMOVIBLE Y ESTERILIZABLE 1.4 PORTACHASIS

PDA No.2	EQUIPO:2	INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONANTAL
		<p>1.5 RADIOTRASPARENTE</p> <p>1.6 DOBLE PARED, CON CIRCULACIÓN DE AIRE ENTRE EL CAPACETE Y LA DOBLE PARED.</p> <p>1.7 MINIMO SEIS (06) ORIFICIOS PARA ACCESO DE TUBOS RESPIRATORIOS.</p> <p>1.8 CON ESPACIO PARA TANQUE DE OXIGENO TIPO E (LPO)</p> <p>1.9 CON ENTRADA DE OXIGENO DE PARED (HPO).</p> <p>1.10 CAPACETE TRANSPARENTE</p> <p>1.11 CON AL MENOS CUATRO PORTILLOS DE ACCESO AL PACIENTE</p> <p>2. LÁMPARA DE DIAGNÓSTICO</p> <p>3. PANTALLA DIGITAL QUE MUESTRE LOS PARÁMETROS</p> <p>4. CONTROLADO POR MICROPROCESADOR O MICROCONTROLADOR.</p> <p>5. SISTEMA DE HUMIDIFICACIÓN CON CONTROL MANUAL O PASIVO.</p> <p>6. CON RUEDAS ANTIESTATICAS CON SISTEMA DE FRENADO.</p> <p>7. COLCHÓN CON CUBIERTA LAVABLE E IMPERMEABLE</p> <p>8. PUERTA DE ACCESO FRONTAL CON CORTINA DE AIRE</p> <p>9. UNA PUERTA O UN CAJÓN O ENTREPAÑO COMO MINIMO.</p> <p>10. BASE PARA EL COLCHÓN CON AJUSTE DE TRENDELENBURG Y TRENDELENBURG INVERSO ACCIONADA DE FORMA MECÁNICA.</p> <p>11. MOVIMIENTO VERTICAL (ARRIBA Y ABAJO)</p>
C	<p>PARÁMETROS DE OPERACIÓN Y/O COMPONENTES</p>	<p>1. PARAMETROS DE OPERACIÓN:</p> <p>1.1 CON MODO SERVOCONTROLADO DE TEMPERATURA DEL AIRE DE 23°C O MENOR Y UN MÁXIMO DE 37°C. CON SOBREGIRO O RANGO AMPLIADO DE TEMPERATURA HASTA 39°C</p> <p>1.2 RESOLUCIÓN MINIMA DE TEMPERATURA DE 0.1°C</p> <p>1.3 CON SILENCIADOR TEMPORAL DE ALARMA.</p> <p>2. PANTALLA DEBE MOSTRAR:</p> <p>2.1 TEMPERATURA DE AIRE MEDIDA Y PROGRAMADA</p>

PDA No.2	EQUIPO:2	INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONANTAL
		<p>2.2 TEMPERATURA DEL PACIENTE MEDIDA Y PROGRAMADA</p> <p>2.3 TEMPERATURA DE CONTROL MEDIDA Y PROGRAMADA</p> <p>2.4 CON INDICADOR DE LA POTENCIA O ENCENDIDO DEL CALEFACTOR.</p> <p>3. ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES DE:</p> <p>3.1 TEMPERATURA ALTA DE AIRE</p> <p>3.2 TEMPERATURA ALTA DEL PACIENTE EN MODO SERVOCONTROLADO</p> <p>3.3 FALLA DE LA CIRCULACIÓN O FLUJO DE AIRE</p> <p>3.4 FALTA DE SUMINISTRO DE ENERGÍA ELECTRICA</p> <p>3.5 FALLA DEL SENSOR DE TEMPERATURA DEL PACIENTE</p> <p>3.6 FALLA DEL SISTEMA.</p>
D	ACCESORIOS Y/O INSUMOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. CON ATRIL INTEGRADO. 2. DOS (02) SENSORES DE TEMPERATURA DE PACIENTE REUTILIZABLES 3. UN (01) KIT BÁSICO DE REPUESTOS PARA MANTENIMIENTO (FILTROS). 4. UN (01) COMPARTIMIENTO PARA TANQUE DE OXIGENO PORTÁTIL TIPO E 5. UN (01) TANQUE DE OXIGENO PORTÁTIL TIPO E CON SU RESPECTIVO REGULADOR DE FLUJO DE OXIGENO
E	CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS	<p>120 VAC 60 HZ</p> <p>CON AUTONOMIA POR BATERÍAS MINIMO DE UNA (01) HORA.</p>
F	CONDICIONES DE RECEPCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. INCLUIR MANUAL DE PARTES, MANUAL DE USUARIO, Y MANUAL DE SERVICIO. 2. SE HARÁ UNA REVISIÓN CON LA PARTE MÉDICA SOLICITANTE Y OTROS DEPARTAMENTOS PARA VERIFICAR QUE TODO ESTÉ COMPLETO Y EN ORDEN. 3. CAPACITACIÓN AL USUARIO SOBRE INSTRUCCIONES DE USO Y CUIDADOS GENERALES. 4. CAPACITACIÓN AL PERSONAL TÉCNICO DE LA UNIDAD DE BIOMÉDICA SOBRE USO, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y RESOLUCIÓN DE

PDA No.2	EQUIPO:2	INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONANTAL
		FALLAS CON DURACIÓN MINIMA DE DOS (02) DÍAS.
G	GARANTÍA	MINIMA DE DOS (02) AÑOS, CON MINIMO TRES (03) MATENIMIENTOS PREVENTIVOS POR AÑO

PDA No.3	EQUIPO:3	MÁQUINA CPAP CON CALENTADOR Y HUMIDIFICADOR, RESPIRADOR CPAP
A	DESCRIPCIÓN	EQUIPO UTILIZADO PARA TRATAMIENTO DE LA APNEA DE SUEÑO
B	GENERALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. PORTABLE DE SOBREMESA 2. QUE INCLUYA CALENTADOR Y HUMIDIFICADOR DEL AIRE 3. CON TURBINA INTEGRADA 4. PANTALLA DIGITAL LCD, TFT O SIMILAR, A COLORES 5. BOTÓN DE ENCENDIDO Y APAGADO 6. VISUALIZACIÓN DE PARAMETROS: PRESIÓN, FUGA, VOLUMEN TIDAL Y FRECUENCIA RESPIRATORIA.
C	PARÁMETROS DE OPERACIÓN Y/O COMPONENTES	<ol style="list-style-type: none"> 1. PARAMETROS PROGRAMABLES: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 PRESIÓN DE 4 A 25 cmH₂O 1.2 INSPIRACIÓN 0.5 A 3 SEGUNDOS 1.3 RAMPA 0 A 45 MINUTOS 1.4 FRECUENCIA RESPIRATORIO DE 0 A 30 BPM 2. MODOS VENTILATORIOS <ol style="list-style-type: none"> 2.1 CPAP 2.2 BIPAP 2.3 ST 2.4 S
D	ACCESORIOS Y/O INSUMOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. UN (01) HUMIDIFICADOR/CALENTADOR CON RESERVORIO DE AGUA. 2. UN (01) KIT DE FILTROS DE POLVO RECAMBIABLES.
E	CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. 120 VAC 60HZ 2. CABLE AC CON CONECTOR NEMA 5-15P
F	CONDICIONES DE RECEPCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. SE HARÁ UNA REVISIÓN CON LA PARTE MÉDICA SOLICITANTE Y OTROS DEPARTAMENTOS PARA VERIFICAR QUE TODO ESTÉ COMPLETO Y EN ORDEN 2. EL OFERENTE DEBE GARANTIZAR DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, INSUMOS Y

PDA No.3	EQUIPO:3	MÁQUINA CPAP CON CALENTADOR Y HUMIDIFICADOR, RESPIRADOR CPAP
		<p>ACCESORIOS POR UN MÍNIMO DE CINCO (05) AÑOS DESPUÉS DE LA COMPRA</p> <p>3. DEBE REALIZAR UNA CAPACITACIÓN AL USUARIO.</p> <p>4. DEBE REALIZAR UNA CAPACITACIÓN AL SERVICIO TÉCNICO DE LA UNIDAD DE BIOMÉDICA</p>
G	GARANTÍA	GARANTÍA POR ESCRITO DE NO MENOR A 1 (UN) AÑO.

PDA No.4	EQUIPO:4	BOMBAS DE INFUSION DE 3 CANALES
A	DESCRIPCIÓN	EQUIPO MÉDICO PARA TRATAMIENTOS QUE REQUIERAN ADMINISTRAR CON GRAN EXACTITUD MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS, COMPONENTES O DERIVADOS SANGUÍNEOS O SANGRE O NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL DE FORMA CONTINUA, EN UN TIEMPO DETERMINADO.
B	GENERALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. BOMBA DE INFUSIÓN PERISTALTICA LINEAL 2. BOMBA DE UN CANAL 3. <u>COMPATIBLE CON VENOCLISIS ESTÁNDAR DE 20 GOTAS</u> 4. DE MATERIAL RESISTENTE Y DE FACIL LIMPIEZA 5. CON TORNILLO AJUSTABLE PARA COLOCAR EN ATRIL 6. DE ALTA PRECISIÓN, CON UN MARGEN DE ERROR ACEPTABLE DEL +/- 5%. 7. AUTONOMÍA CON BATERÍAS 8. INTERFAZ AMIGABLE AL USUARIO 9. SOFTWARE EN ESPAÑOL/INGLÉS. 10. MODO DE FUNCIONAMIENTO CONTINUO 11. CON FUNCIÓN DE MICRO Y MACRO GOTA. 12. CON CAPACIDAD DE ACEPTAR DIFERENTES TIPOS DE FLUIDO (SOLUCIONES, MEDICAMENTOS, COMPONENTES Y DERIVADOS SANGUÍNEOS, NUTRICIÓN PARENTERAL, ENTERAL, Y PARA MEDICAMENTO FOTOSENSIBLE, ETC). 13. CON SISTEMA DE AUTO-DIAGNÓSTICO INICIAL. 14. CON SISTEMA DE SEGURIDAD DE AIRE EN LA LÍNEA. 15. CON PROTECCIÓN CONTRA LIBRE FLUJO. 16. BLOQUEO DE PANEL DE CONTROL.

PDA No.4	EQUIPO:4	BOMBAS DE INFUSION DE 3 CANALES
		<p>17. BOTÓN DE SILENCIO MOMENTÁNEO. 18. BATERÍA CON DURACIÓN DE 2 HORAS, COMO MÍNIMO 19. CON SEGURO DE PUERTA 20. PESO MÁXIMO DE 5.3 KG. POR CANAL</p>
C	<p>PARÁMETROS DE OPERACIÓN Y/O COMPONENTES</p>	<p>1. PANTALLA LCD O SIMILAR A COLORES MINIMO DE 3 PULGADAS 2. FUNCIONES MINIMAS REQUERIDAS: a) PURGA AUTOMÁTICO CON VELOCIDAD DE 600ML/H b) RANGO DE FLUJO 0.1 A 999 ML/H, COMO MÍNIMO. LOS VALORES QUE SE ENCUENTREN POR DEBAJO DE 0.1 ML/H O POR ARRIBA DE 999 ML/H NO EXCLUYE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PUNTO. c) FLUJO DEL BOLO 10-1200 ML / H VOLUMEN DEL BOLO: MÁXIMO DE 100 ML d) RESOLUCIÓN DE 0.1 ML/H, COMO MÍNIMO. UN VALOR QUE SE ENCUENTRE POR DEBAJO DE 0.1 ML/H NO EXCLUYE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PUNTO. e) FLUJO MVA (MANTENIMIENTO DE VENA ABIERTA) O KVO (KEEP VEIN OPEN) DE 5 ML/H MÁXIMO. f) LIBRERÍA, LISTADO O ETIQUETAS DE MEDICAMENTOS. g) PROGRAMACIÓN DE BOLOS. h) PROTOCOLO DE HISTORIAL DE EVENTOS DE LA BOMBA DE INFUSIÓN. i) CON MANEJO DE INFUSIÓN SECUNDARIA 3. TRES MODOS DE TRABAJO: a) RECUENTO DE GOTAS b) CONTROL DE VOLUMEN c) CONTROL DE TIEMPO. 4. SISTEMA DE ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES DE: a) DETECCIÓN DE AIRE EN LA LÍNEA. b) DETECCIÓN DE LÍNEA OCLUIDA. c) INFUSIÓN COMPLETA. d) PUERTA ABIERTA. e) BATERÍA BAJA. f) MALFUNCIONAMIENTO DE LA BOMBA DE INFUSIÓN.</p>
D	<p>ACCESORIOS Y/O INSUMOS</p>	<p>1. CON (02) SENSORES DE GOTEO PARA CONTEO DE MACRO Y MICROGOTAS (UNO DE C/U) <u>EN CASO DE REQUERIRSE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MODO DE TRABAJO POR “RECUENTO DE GOTAS”</u></p>

PDA No.4	EQUIPO:4	BOMBAS DE INFUSION DE 3 CANALES
		2. SOPORTE PARA COLOCAR EN ATRIL.
E	CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS	120 V AC/ 60 Hz
F	CONDICIONES DE RECEPCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. INCLUIR MANUAL DE PARTES, MANUAL DE USUARIO, Y MANUAL DE SERVICIO OBLIGATORIAMENTE, CASO CONTRARIO NO SE RECIBIRÁ 2. SE HARÁ UNA REVISIÓN CON LA PARTE MÉDICA SOLICITANTE Y OTROS DEPARTAMENTOS PARA VERIFICAR QUE TODO ESTÉ COMPLETO Y EN ORDEN. 3. CAPACITACIÓN AL USUARIO. 4. CAPACITACIÓN AL SERVICIO TÉCNICO ACERCA DE CALIBRACIONES Y MANTENIMIENTOS QUE REQUIERE EL EQUIPO CON DURACIÓN MINIMA DE UNA (01) SEMANA.
G	GARANTÍA	GARANTÍA POR ESCRITO DE NO MENOR A UN (01) AÑO.