

CARTA DE INVITACION A PARTICIPAR EN LA COMPRA DIRECTA

Lugar: HOSPITAL DE OCCIDENTE SANTA ROSA DE COPAN
Direccion : Ba.El calvario, Ave. Solidaridad

RTN
Pedido:

Señores/empresa:

RTN:

Direccion de Proveedor:

Fecha: 13/6/2023

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, le invita a presentar su oferta para la adquisición de los Bienes y Servicios según las especificaciones adjuntas en el Formato.

Dicha Oferta y consultas deberán presentarse por escrito y en papel membretado propio de la empresa con sus datos generales, Ba. El Calvario, calle solidaridad, Santa Rosa de Copan y debere tomarse en cuenta lo siguiente:

- I La fecha máxima de entrega de las ofertas es el día 22 de junio del 2023 a mas tardar a 10:00 a. m.
- II El valor de su oferta deberá mantenerse vigente por lo menos 30 días.
- III El oferente deberá entregar el bien en el momento de la compra.
El incumplimiento de la programación de entrega de los bienes sin justificación previa por parte del proveedor, acarreará una multa del 0.36% del monto adjudicado por cada día de retraso en relación del monto total del saldo del contrato. (Artículo # 88) D.P.G
- IV
- V El monto total de la orden de compra se pagará dentro de los cuarenta y cinco días (45) siguientes a la presentación de una solicitud de pago, acompañada con una acta de recepción Final, que indique que el bien ha sido completamente a satisfacción.
- VI Su oferta deberá venir en sobre sellado y debe contener firma y sello de la empresa.
- VII Estar plenamente certificado por la ONCAE

AL MOMENTO DE PRESENTAR LA OFERTA ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:
DOCUMENTACIÓN LEGAL

- 1.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. (vigente y legible).
- 2.Constancia de solvencia fiscal
- VIII 3.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).
- 4.Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal.
- 5.Registro de beneficiarios (PIN SIAFI vigente y legible)
- 6.Fotocopia autenticada de la Escritura de Constitución de la Sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
- 7.Constancia de composición del Órgano Societario firmado y sellado por el secretario Sociedad Mercantil.
- 8.Fotocopia legible del poder del Representante Legal, que acredite que tiene las facultades suficientes para participar representar a la empresa en el proceso de Compra directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil.
- 9.Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente.
- 10.Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal.
- 11.Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.
- 12.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.
- 13.Fotocopia del Registro Sanitario vigente de cada producto ofertado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria de la República de Honduras" y cualquier corrección, modificación o ampliación, realizada al Registro Sanitario vigente emitido por la Agencia Reguladora de Honduras que avale el producto ofertado.

- 14.Otros documentos que desean agregar la institución que sean necesarios para la evaluación y que estén comprendidos en Ley.
- 15.Documento Base (Pliego de Condiciones), debidamente firmado y sellado por el Representante legal de la Empresa.
- 16.Documentos no subsanables

DOCUMENTACIÓN FINANCIERA

- 17.Constancia de líneas de créditos.
- 18.Fotocopia autenticada del Balance General del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.
- 19.Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general.
- 20.Autorización para que el Hospital de Occidente pueda verificar la documentación presentada con los emisores.
- 21.Constancia (PLANILLA) vigente del pago de IHSS de sus empleados (en caso de aplicar).
- 22.Adjuntar en su Oferta, la invitación enviada por El Hospital de Occidente.

VIII

INFORMACIÓN ECONÓMICA

- 1.Cotización
- 2.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.
- 3.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 límite 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.
- 4.El valor de los ítems de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes al Hospital de Occidente en el lugar y fecha especificados en estas bases (en caso de aplicar).

Por este medio solicitamos cotizar los siguientes bienes y/o servicios descritos a continuación, de tal manera anexar su cotización en papel membretado propio de la empresa , la cual deberá tener todos los datos generales de la misma, así como código CAI.

TOMAR TODAS LAS INDICACIONES DEL PLIEGO DE CONDICIONES.

No.	OBJETO DE GASTO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION DEL PRODUCTO
1	39520	19,500	UNIDAD	BISTURI # 10
2	39520	20,000	UNIDAD	BISTURI # 11
3	39520	20,000	UNIDAD	BISTURI # 12
4	39520	7,000	UNIDAD	BISTURI # 15
5	39520	7,000	UNIDAD	BISTURI # 20
6	39520	10,000	UNIDAD	BISTURI # 21
7	39520	10,000	UNIDAD	BISTURI # 22

8	39520	20	UNIDAD	FOCO P/ LARINGOSCOPIO 9/10 UNIDAD
9	39520	20	UNIDAD	FOCO P/ LARINGOSCOPIO 3/11 UNIDAD
10	39520	10	UNIDAD	LLAVES DE TRES VIAS C/U
11	39520	8	UNIDAD	GRAPADORA DE PIEL C/U
12	39520	10	UNIDAD	LAPIZ PARA CAUTERIO ACERO INOXIDBLE
13	39520	10	UNIDAD	ESTETOSCOPIO PARA ADULTO
14	39520	10	UNIDAD	ESTETOSCOPIO NEONATAL
15	39520	10	UNIDAD	ESTETOSCOPIO PEDIATRICO
16	39520	20	UNIDAD	DESCARTADOR DE CORTO PUZANTES

NOTA IMPORTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se solicitan; ya que si usted es seleccionado para dicha oferta ,no tenga problema alguna para reclamar su pago. **No deberá presentar alteraciones tales como: Borroneos, Remarcados y Tachaduras.**

Lugar de Entrega: Almacen de Hospital de Occidente

Solicitado Por : Distintas Salas del Hospital de Occidente

Firma y Sello: _____

Fecha: 13/6/2023