IHSS Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

HONDURAS

Licitación Pública Nacional N° LPN-013-2022

"Adquisición de papelería Médica Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)"

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) invita a participar en la Licitación Pública Nacional N° LPN-013-2022 a presentar ofertas selladas a las empresas legalmente constituidas, para la adquisición de papelería Médica Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

El financiamiento para la realización del presente proceso proviene exclusivamente de fondos propios del IHSS. La licitación se efectuará conforme a los procedimientos de Licitación Pública Nacional (LPN) establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento.

Los interesados deberán adquirir los documentos de la presente licitación en La Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, ubicada en el Sexto Piso del Edificio Administrativo del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. **a partir del día martes 18 de octubre de 2022,** previo a la presentación de Comprobante de pago por la cantidad de Trescientos Lempiras Exactos (L.300.00), cantidad no reembolsable, mismos que deberán ser cancelados a través de la cuenta del IHSS No. Banco Credomatic (Cuenta No730440861).

Los documentos de la licitación podrán ser examinados en el sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "Honducompras", **(www.honducompras.gob.hn)** y en el portal de Transparencia del IHSS **(www.portalunico.laip.gob.hn),** para preguntas, consultas, aclaraciones o información dirigirse por escrito a la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras por lo menos 15 días calendario antes de la fecha límite para la presentación de las ofertas.

Las ofertas deberán ser presentadas en el tercer piso del Salón de Sesiones del Régimen del Seguro de Previsión Social (RSPS), Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. a más tardar a las 10:00 a.m. **del día 28 de noviembre de 2022** y, ese mismo día a las 10:15 a.m.,se celebrará en audiencia pública la apertura de las ofertas en presencia de los oferentes o sus representantes legales o de la persona autorizada por el oferente que acredite su condición mediante carta firmada por el representante legal de la sociedad mercantil, en presencia de la comisión de recepción nombrada al efecto. **Las ofertas que se reciban fuera del plazo serán rechazadas.** Todas las ofertas deberán estar acompañadas de una Garantía de Mantenimiento de la oferta por el 2% del monto de la oferta.

Tegucigalpa, M.D.C., octubre 2022

Dr. José Gaspar Rodríguez Mendoza
Director Ejecutivo del IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

DOCUMENTO DE LICITACIÓN

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

No. LPN-013-2022

"ADQUISICIÓN DE PAPELERÍA MÉDICA IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS).

Fuente de Financiamiento:

Fondos propios IHSS

Tegucigalpa, octubre 2022

PARTE 1 – Procedimientos de Licitación

Sección I. Instrucciones a los Oferentes

Índice de Cláusulas

Pág.

1. Alcance de la licitación 5
2. Fuente de fondos 5
3. Fraude y corrupción 5
4. Oferentes elegibles 5
5. Elegibilidad de los Bienes y Servicios Conexos 7
6. Secciones de los Documentos de Licitación 8
7. Aclaración de los Documentos de Licitación 8
8. Enmienda a los Documentos de Licitación 9
9. Costo de la Oferta 9
10. Idioma de la Oferta 9
11. Documentos que componen la Oferta 9
12. Formulario de Oferta y Lista de Precios 10
13. Ofertas Alternativas 10
14. Precios de la Oferta y Descuentos 10
15. Moneda de la Oferta 12
16. Documentos que establecen la elegibilidad del Oferente 12
17. Documentos que establecen la elegibilidad de los Bienes y Servicios Conexos 12
18. Documentos que establecen la conformidad de los Bienes y Servicios Conexos 12
19. Documentos que establecen las Calificaciones del Oferente 13
20. Período de Validez de las Ofertas 13
21. Garantía de Mantenimiento de Oferta 14
22. Formato y firma de la Oferta 15
23. Presentación, Sello e Identificación de las Ofertas 15
24. Plazo para presentar las Ofertas 16
25. Ofertas tardías 16
26. Retiro, sustitución y modificación de las Ofertas 16
27. Apertura de las Ofertas 17
28. Confidencialidad 18
29. Aclaración de las Ofertas 18
30. Cumplimiento de las Ofertas 19
31. Diferencias, errores y omisiones 19
32. Examen preliminar de las Ofertas 20
33. Examen de los Términos y Condiciones; Evaluación Técnica 20
34. Conversión a una sola moneda 21
35. Preferencia nacional 21

36. Evaluación de las Ofertas 21
37. Comparación de las Ofertas 22
38. Poscalificación del Oferente 22
39. Derecho del comprador a aceptar cualquier oferta y a rechazar cualquiera o todas las ofertas 22
40. Declaración de Licitación Desierta o Fracasada 22
41. Criterios de Adjudicación 23
42. Derecho del Comprador a variar las cantidades en el momento de la adjudicación 23
43. Notificación de Adjudicación del Contrato 23
44. Firma del Contrato 24
45. Garantía de Cumplimiento del Contrato 25

Sección I. Instrucciones a los Oferentes

	A. Generalidades
1. Alcance de la licitación	1.1 El Comprador indicado en los **Datos de la Licitación** (**DDL)** emite estos Documentos de Licitación para la adquisición de los bienes y servicios conexos especificados en Sección VI, Lista de Requisitos. El nombre y número de identificación de esta Licitación Pública Nacional (LPN) para adquisición de bienes están especificados en los **DDL.** El nombre, identificación y número de lotes están indicados en los **DDL.** 1.2 Para todos los efectos de estos Documentos de Licitación: (a) el término "por escrito" significa comunicación en forma escrita (por ejemplo, por correo electrónico) con prueba de recibido; (b) "día" significa día calendario.
2. Fuente de fondos	2.1 La contratación a que se refiere esta Licitación se financiará con recursos provenientes de la(s) fuente(s) de financiamiento especificada(s) en los **DDL**.
3. Fraude y corrupción	3.1 El Estado Hondureño exige a todos los organismos ejecutores y organismos contratantes, al igual que a todas las firmas, entidades o personas oferentes por participar o participando en procedimientos de contratación, incluyendo, entre otros, solicitantes, oferentes, contratistas, consultores y concesionarios (incluyendo sus respectivos funcionarios, empleados y representantes), observar los más altos niveles éticos durante el proceso de selección y las negociaciones o la ejecución de un contrato. Los actos de fraude y corrupción están prohibidos. 3.2 Si se comprobare que ha habido entendimiento malicioso entre dos o más oferentes, las respectivas ofertas no serán consideradas, sin perjuicio de la responsabilidad legal en que éstos hubieren incurrido. 3.3 Los actos de fraude y corrupción son sancionados por la Ley de Contratación del Estado, sin perjuicio de la responsabilidad en que se pudiera incurrir conforme al Código Penal.
4. Oferentes elegibles	4

4.1 Podrán participar en esta Licitación todas las empresas que teniendo plena capacidad de ejercicio, no se hallen comprendidas en alguna de las circunstancias siguientes:

(a) Haber sido condenados mediante sentencia firme por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe pública, cohecho, enriquecimiento ilícito, negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas, malversación de caudales públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores o representantes se encuentran en situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de las mismas;

(b) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;

(c) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la República;

(d) 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;

(e) 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;

(f) 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

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

	se refiere el literal anterior, o aquellas en las que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de relación o de parentesco; (g) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación; e, (h) Estar suspendido del Registro de Proveedores y Contratistas o tener vigente sanción de suspensión para participar en procedimientos de contratación administrativa. 4.2 Las Ofertas presentadas por un Consorcio constituido por dos o más empresas deberán cumplir con los siguientes requisitos, a menos que se indique otra cosa en los DDL: (a) la Oferta deberá ser firmada de manera que constituya una obligación legal para todos los socios; (b) todos los socios serán responsables mancomunada y solidariamente por el cumplimiento del Contrato de acuerdo con las condiciones del mismo; (c) uno de los socios deberá ser designado como representante y autorizado para contraer responsabilidades y para recibir instrucciones por y en nombre de cualquier o todos los miembros de del Consorcio; (d) la ejecución de la totalidad del Contrato, incluyendo los pagos, se harán exclusivamente con el socio designado; (e) con la Oferta se deberá presentar el Acuerdo de Consorcio firmado por todas las partes. 4.3 Los Oferentes deberán proporcionar al Contratante evidencia satisfactoria de su continua elegibilidad, en los términos de la cláusula 13.1 de las IAO, cuando el Contratante razonablemente la solicite.
5. Elegibilidad de los Bienes y Servicios Conexos	5 5.1 Todos los Bienes y Servicios Conexos que hayan de suministrarse de conformidad con el contrato pueden tener su origen en cualquier país
	B. Contenido de los Documentos de Licitación

@IHSSHonduras www.ihss.hn

6. Secciones de los Documentos de Licitación	6.1 Los Documentos de Licitación están compuestos por las Partes 1, 2, y 3 incluidas sus respectivas secciones que a continuación se indican y deben ser leídas en conjunto con cualquier enmienda emitida en virtud de la Cláusula 8 de las IAO.
	PARTE 1 – Procedimientos de Licitación • Sección I. Instrucciones a los Oferentes (IAO) • Sección II. Datos de la Licitación (DDL) • Sección III. Criterios de Evaluación y Calificación • Sección IV. Formularios de la Oferta • Sección V. Países Elegibles
	PARTE 2 –Requisitos de los Bienes y Servicios • Sección VI. Lista de Requerimientos
	PARTE 3 – Contrato • Sección VII. Condiciones Generales del Contrato (CGC) • Sección VIII. Condiciones Especiales del Contrato (CEC) • Sección IX. Formularios del Contrato
	6.2 El Llamado a Licitación emitido por el Comprador no forma parte de los Documentos de Licitación. 6.3 El Comprador no se responsabiliza por la integridad de los Documentos de Licitación y sus enmiendas, de no haber sido obtenidos directamente del Comprador. 6.4 Es responsabilidad del Oferente examinar todas las instrucciones, formularios, términos y especificaciones de los Documentos de Licitación. La presentación incompleta de la información o documentación requerida en los Documentos de Licitación puede constituir causal de rechazo de la oferta.
7. Aclaración de los Documentos de Licitación	7.1 Todo aquel que haya obtenido de manera oficial los documentos de licitación que requiera alguna aclaración sobre los Documentos de Licitación deberá comunicarse con el Comprador por escrito a la dirección del Comprador que se suministra en los **DDL.** El Comprador responderá por escrito a todas las solicitudes de aclaración, siempre que dichas solicitudes las reciba el Comprador por lo menos el número de días antes de la fecha límite para la presentación de ofertas indicado en los **DDL**. El Comprador enviará copia de las respuestas, incluyendo una descripción de las consultas realizadas, sin identificar su fuente, a todos los que hubiesen adquirido los Documentos de Licitación directamente del Comprador.

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	7.2 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) y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn) 7.3 Si como resultado de las aclaraciones, el Comprador considera necesario enmendar los Documentos de Licitación, deberá hacerlo siguiendo el procedimiento indicado en la Cláusula 8 y Sub cláusula 24.2, de las IAO.
8. Enmienda a los Documentos de Licitación	8.1 El Comprador podrá, en cualquier momento antes del vencimiento del plazo para presentación de ofertas, enmendar los Documentos de Licitación mediante la emisión de una enmienda. 8.2 Toda enmienda emitida formará parte integral de los Documentos de Licitación y deberá ser comunicada por escrito a todos los que hayan obtenido los documentos de Licitación directamente del Comprador. 8.3 Las enmiendas a documentos de licitación se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "HonduCompras", (www.honducompras.gob.hn) y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn) 8.4 El Comprador podrá, a su discreción, prorrogar el plazo de presentación de ofertas a fin de dar a los posibles Oferentes un plazo razonable para que puedan tomar en cuenta las enmiendas en la preparación de sus ofertas, de conformidad con la Sub cláusula 24.2 de las IAO.
	C. Preparación de las Ofertas
9. Costo de la Oferta	9 9.1 El Oferente financiará todos los costos relacionados con la preparación y presentación de su oferta, y el Comprador no estará sujeto ni será responsable en ningún caso por dichos costos, independientemente de la modalidad o del resultado del proceso de licitación.
10. Idioma de la Oferta	10.1 La Oferta, así como toda la correspondencia y documentos relativos a la oferta intercambiados entre el Oferente y el Comprador deberán ser escritos en español**.** Los documentos de soporte y material impreso que formen parte de la Oferta, pueden estar en otro idioma con la condición de que los apartes pertinentes estén acompañados de una traducción fidedigna al español. Para efectos de interpretación de la oferta, dicha traducción prevalecerá.
11. Documentos que componen la Oferta	11.1 La Oferta estará compuesta por los siguientes documentos:

	(a) Formulario de Oferta y Lista de Precios, de conformidad con las Cláusulas 12, 14 y 15 de las IAO; (b) Garantía de Mantenimiento de la Oferta, de conformidad con la Cláusula 21 de las IAO; (c) confirmación escrita que autorice al signatario de la oferta a comprometer al Oferente, de conformidad con la Cláusula 22 de las IAO; (d) evidencia documentada, de conformidad con la cláusula 16 de las IAO, que establezca que el Oferente es elegible para presentar una oferta; (e) evidencia documentada, de conformidad con la Cláusula 17 de las IAO, que certifique que los Bienes y Servicios Conexos que proporcionará el Oferente son de origen elegible; (f) evidencia documentada, de conformidad con las Cláusulas 18 y 30 de las IAO, que establezca que los Bienes y Servicios Conexos se ajustan sustancialmente a los Documentos de Licitación; (g) evidencia documentada, de conformidad con la Cláusula 19 de las IAO, que establezca que el Oferente está calificado para ejecutar el contrato en caso que su oferta sea aceptada; y (h) cualquier otro documento requerido en los **DDL**.
12. Formulario de Oferta y Lista de Precios	12.1 El Oferente presentará el Formulario de Oferta utilizando el formulario suministrado en la Sección IV, Formularios de la Oferta. 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. 12.2 El Oferente presentará la Lista de Precios de los Bienes y Servicios Conexos, según corresponda a su origen y utilizando los formularios suministrados en la Sección IV, Formularios de la Oferta.
13. Ofertas Alternativas	13.1 A menos que se indique lo contrario en los **DDL,** no se considerarán ofertas alternativas.
14. Precios de la Oferta y Descuentos	14.1 Los precios y descuentos cotizados por el Oferente en el Formulario de Presentación de la Oferta y en la Lista de Precios deberán ajustarse a los requerimientos que se indican a continuación. 14.2 Todos los lotes y artículos deberán enumerarse y cotizarse por separado en el Formulario de Lista de Precios. Si una Lista de Precios detalla artículos, pero no los cotiza, se asumirá que los precios están incluidos en los precios de otros artículos. Asimismo, cuando algún lote o artículo no aparezca en la Lista de Precios se asumirá que no está incluido en la oferta, y de considerarse que la

@IHSSHonduras www.ihss.hn

oferta cumple sustancialmente, se aplicarán los ajustes correspondientes, de conformidad con la Cláusula 31 de las IAO.

14.3 El precio cotizado en el formulario de Presentación de la Oferta deberá ser el precio total de la oferta, excluyendo cualquier descuento que se ofrezca.

14.4 El Oferente cotizará cualquier descuento incondicional e indicará su método de aplicación en el formulario de Presentación de la Oferta.

14.5 Las expresiones DDP (Delivered Duty Paid: Entregado Derechos Pagados, lugar de destino convenido), DAP (Delivered At Place: Entrega en lugar, de destino convenido) y otros términos afines se regirán por las normas prescritas en la edición vigente de Incoterms publicada por la Cámara de Comercio Internacional (www.iccwbo.org), según se indique en los **DDL.** Los precios deberán cotizarse como se indica en cada formulario de Lista de Precios incluidos en la Sección IV, Formularios de la Oferta. El desglose de los componentes de los precios se requiere con el único propósito de facilitar al Comprador la comparación de las ofertas. Esto no limitará de ninguna manera el derecho del Comprador para contratar bajo cualquiera de los términos ofrecidos. Al cotizar los precios, el Oferente podrá incluir costos de transporte cotizados por empresas transportadoras registradas en cualquier país elegible, de conformidad con la Sección V, Países Elegibles. Asimismo, el Oferente podrá adquirir servicios de seguros de cualquier país elegible de conformidad con la Sección V, Países Elegibles. Los precios deberán registrarse de la siguiente manera:

(i) el precio de los bienes cotizados entregados en el lugar de destino convenido en Honduras especificado en los **DDL**, incluyendo todos los derechos de aduana y los impuestos a la venta o de otro tipo ya pagados o por pagar sobre los componentes y materia prima utilizada en la fabricación o ensamblaje de los bienes;

(ii) todo impuesto a las ventas u otro tipo de impuesto que obligue Honduras a pagar sobre los Bienes en caso de ser adjudicado el Contrato al Oferente.

14.6 Los precios cotizados por el Oferente serán fijos durante la ejecución del Contrato y no estarán sujetos a ninguna variación por ningún motivo.

14.7 Si así se indica en la sub cláusula 1.1 de las IAO, el Llamado a Licitación será por ofertas para contratos individuales (lotes) o para combinación de contratos (grupos). A menos que se indique lo contrario en los **DDL**, los precios cotizados deberán corresponder al 100% de los artículos indicados en cada lote y al 100% de las cantidades indicadas para cada artículo de un lote. Los Oferentes que deseen ofrecer reducción de precios (descuentos) por la adjudicación de más de un contrato deberán indicar en su oferta los descuentos

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	aplicables de conformidad con la Sub cláusula 14.4 de las IAO, siempre y cuando las ofertas por todos los lotes sean presentadas y abiertas al mismo tiempo.
15. Moneda de la Oferta	15 15.1 El Oferente cotizará en Lempiras salvo que en los DDL se indique que los Oferentes podrán expresar el precio de su oferta en cualquier moneda plenamente convertible. En tal caso, los Oferentes que deseen que se les pague en varias monedas, deberán cotizar su oferta en esas monedas, pero no podrán emplear más de tres monedas además del Lempira.
16. Documentos que establecen la elegibilidad del Oferente	16 16.1 Para establecer su elegibilidad, de conformidad con la Cláusula 4 de las IAO, los Oferentes deberán completar el Formulario de Oferta, incluido en la Sección IV, Formularios de la Oferta.
17. Documentos que establecen la elegibilidad de los Bienes y Servicios Conexos	17.1 No se requiere presentar documentos para establecer elegibilidad de los Bienes y Servicios Conexos.
18. Documentos que establecen la conformidad de los Bienes y Servicios Conexos	18.1 Con el fin de establecer la conformidad de los Bienes y Servicios Conexos, los Oferentes deberán proporcionar como parte de la Oferta evidencia documentada acreditando que los Bienes cumplen con las especificaciones técnicas y los estándares especificados en la Sección VI, Lista de Requerimientos. 18.2 La evidencia documentada puede ser en forma de literatura impresa, planos o datos, y deberá incluir una descripción detallada de las características esenciales técnicas y de funcionamiento de cada artículo demostrando conformidad sustancial de los Bienes y Servicios Conexos con las especificaciones técnicas. De ser procedente el Oferente incluirá una declaración de variaciones y excepciones a las provisiones en los Requisitos de los Bienes y Servicios. 18.3 Los Oferentes también deberán proporcionar una lista detallada que incluya disponibilidad y precios actuales de repuestos, herramientas especiales, etc. necesarias para el adecuado y continuo funcionamiento de los bienes durante el período indicado en los **DDL**, a partir del inicio de la utilización de los bienes por el Comprador. 18.4 Las normas de fabricación, procesamiento, material y equipo así como las referencias a marcas o números de catálogos que haya incluido el Comprador en los Requisitos de los Bienes y Servicios son solamente descriptivas y no restrictivas. Los Oferentes pueden

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	ofrecer otras normas de calidad, marcas, y/o números de catálogos siempre y cuando demuestren a satisfacción del Comprador, que las substituciones son sustancialmente equivalentes o superiores a las especificadas en los Requisitos de los Bienes y Servicios.
19. Documentos que establecen las Calificaciones del Oferente	19.1 La evidencia documentada de las calificaciones del Oferente para ejecutar el contrato si su oferta es aceptada, deberá establecer a completa satisfacción del Comprador: (a) que, si se requiere en los **DDL**, el oferente que no fabrique o produzca los bienes a ser suministrados en Honduras deberá presentar una Autorización del Fabricante mediante el formulario incluido en la Sección IV, Formularios de la Oferta. (b) que, si se requiere en los **DDL,** en el caso de un Oferente que no está establecido comercialmente en Honduras, el Oferente está o estará (si se le adjudica el contrato) representado por un Agente en Honduras equipado y con capacidad para cumplir con las obligaciones de mantenimiento, reparaciones y almacenamiento de repuestos, estipuladas en las Condiciones del Contrato y/o las Especificaciones Técnicas; (c) que el Oferente cumple con cada uno de los criterios de calificación estipulados en la Sección III, Criterios de Evaluación y Calificación.
20. Período de Validez de las Ofertas	20.1 Las ofertas se deberán mantener válidas por el período determinado en los **DDL** a partir de la fecha límite para la presentación de ofertas establecida por el Comprador. Toda oferta con un período de validez menor será rechazada por el Comprador por incumplimiento. 20.2 En circunstancias excepcionales y antes de que expire el período de validez de la oferta, el Comprador podrá solicitarle a los Oferentes que extiendan el período de la validez de sus ofertas. Las solicitudes y las respuestas serán por escrito. La Garantía de Mantenimiento de Oferta también ésta deberá prorrogarse por el período correspondiente. Un Oferente puede rehusar a tal solicitud sin que se le haga efectiva su Garantía de Mantenimiento de la Oferta. A los Oferentes que acepten la solicitud de prórroga no se les pedirá ni permitirá que modifiquen sus ofertas, con excepción de lo dispuesto en la Sub cláusula 20.3 de las IAO. 20.3 En el caso de contratos con precio fijo, si la adjudicación se retrasase por un período mayor a cincuenta y seis (56) días a partir del vencimiento del plazo inicial de validez de la oferta, el precio del Contrato será ajustado mediante la aplicación de un factor que será especificado en la solicitud de prórroga. La evaluación de la oferta

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

	deberá basarse en el precio cotizado sin tomar en cuenta el ajuste mencionado.
21. Garantía de Mantenimiento de Oferta	21.1 El Oferente deberá presentar como parte de su Oferta, una Garantía de Mantenimiento de la Oferta. 21.2 La Garantía de Mantenimiento de la Oferta será por el porcentaje **estipulado en los DDL** y denominada en Lempiras. En caso de que la oferta se presente en moneda diferente, a los fines del cálculo de la Garantía de Mantenimiento de la Oferta, estas se convertirán en Lempiras a la tasa de cambio aplicable según la cláusula 34.1 de las IAO. 21.3 La Garantía de Mantenimiento de la Oferta deberá: (a) ser presentada en original (no se aceptarán copias); (b) permanecer válida por un período que expire 30 días después de la fecha límite de la validez de las Ofertas, o del período prorrogado, si corresponde. 21.4 La Garantía de Mantenimiento de la Oferta podrá ser: (a) garantía bancaria emitida por una institución debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; (b) fianza emitida por una institución de seguros debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; (c) Cheque certificado; Bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público. 21.5 Todas las Ofertas que no estén acompañadas por una Garantía de Mantenimiento de la oferta que sustancialmente responda a lo requerido en la cláusula mencionada, serán rechazadas por el Comprador por incumplimiento. 21.6 La Garantía de Mantenimiento de Oferta de los Oferentes cuyas Ofertas no fueron seleccionadas serán devueltas inmediatamente después de que el Oferente seleccionado suministre su Garantía de Cumplimiento. 21.7 La Garantía de Mantenimiento de la Oferta se podrá hacer efectiva si: (a) el Oferente retira su Oferta durante el período de validez de la Oferta especificado por el Oferente en la Oferta; o

	(b) el Oferente seleccionado no acepta las correcciones al Precio de su Oferta, de conformidad con la Sub cláusula 28 de las IAO; (c) si el Oferente seleccionado no cumple dentro del plazo estipulado con: (i) firmar el Contrato; o (ii) suministrar la Garantía de Cumplimiento solicitada. 21.8 La Garantía de Mantenimiento de la Oferta de un Consorcio deberá ser emitida en nombre del Consorcio que presenta la Oferta, o según se indique en los **DDL**
22. Formato y firma de la Oferta	22.1 El Oferente preparará un original de los documentos que comprenden la oferta según se describe en la Cláusula 11 de las IAO y lo marcará claramente como "ORIGINAL". Además, el Oferente deberá presentar el número de copias de la oferta que se indica en los **DDL** y marcar claramente cada ejemplar como "COPIA". En caso de discrepancia, el texto del original prevalecerá sobre el de las copias. 22.2 El original y todas las copias de la oferta deberán estar firmadas por la persona debidamente autorizada para firmar en nombre del Oferente. 22.3 Los textos entre líneas, tachaduras o palabras superpuestas serán válidos solamente si llevan la firma o las iniciales de la persona que firma la Oferta.
	D. Presentación y Apertura de las Ofertas
23. Presentación, Sello e Identificación de las Ofertas	23.1 Los Oferentes siempre podrán enviar sus ofertas por correo o entregarlas personalmente. Los Oferentes tendrán la opción de presentar sus ofertas electrónicamente cuando así se indique en los **DDL**. (a) Los Oferentes que presenten sus ofertas por correo o las entreguen personalmente incluirán el original y cada copia de la oferta, inclusive ofertas alternativas si fueran permitidas en virtud de la Cláusula 13 de las IAO, en sobres separados, cerrados en forma inviolable y debidamente identificados como "ORIGINAL" y "COPIA". Los sobres conteniendo el original y las copias serán incluidos a su vez en un solo sobre. El resto del procedimiento será de acuerdo con la Sub cláusula 23.2 de las IAO.

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	23.2 Los sobres interiores y el sobre exterior deberán: (a) llevar el nombre y la dirección del Oferente; (b) estar dirigidos al Comprador y llevar la dirección que se indica en la Sub cláusula 24.1 de las IAO; (c) llevar la identificación específica de este proceso de licitación indicado en la Cláusula 1.1 de las IAO y cualquier otra identificación que se indique en los **DDL**; y (d) llevar una advertencia de no abrir antes de la hora y fecha de apertura de ofertas, especificadas de conformidad con la Sub cláusula 27.1 de las IAO. Si los sobres no están sellados e identificados como se requiere, el Comprador no se responsabilizará en caso de que la oferta se extravíe o sea abierta prematuramente.
24. Plazo para presentar las Ofertas	24.1 Las ofertas deberán ser recibidas por el Comprador en la dirección y no más tarde que la fecha y hora que se indican en los **DDL.** 24.2 El Comprador podrá a su discreción, extender el plazo para la presentación de ofertas mediante una enmienda a los Documentos de Licitación, de conformidad con la Cláusula 8 de las IAO. En este caso todos los derechos y obligaciones del Comprador y de los Oferentes previamente sujetos a la fecha límite original para presentar las ofertas quedarán sujetos a la nueva fecha prorrogada.
25. Ofertas tardías	25.1 El Comprador no considerará ninguna oferta que llegue con posterioridad al plazo límite para la presentación de ofertas, en virtud de la Cláusula 24 de las IAO. Toda oferta que reciba el Comprador después del plazo límite para la presentación de las ofertas será declarada tardía y será rechazada y devuelta al Oferente remitente sin abrir.
26. Retiro, sustitución y modificación de las Ofertas	26.1 Un Oferente podrá retirar, sustituir o modificar su oferta después de presentada mediante el envío de una comunicación por escrito, de conformidad con la Cláusula 23 de las IAO, debidamente firmada por un representante autorizado, y deberá incluir una copia de dicha autorización de acuerdo a lo estipulado en la Sub cláusula 22.2 (con excepción de la comunicación de retiro que no requiere copias). La sustitución o modificación correspondiente de la oferta deberá acompañar dicha comunicación por escrito. Todas las comunicaciones deberán ser: (a) presentadas de conformidad con las Cláusulas 22 y 23 de las IAO (con excepción de la comunicación de retiro que no requiere copias) y los respectivos sobres deberán estar

	claramente marcados "RETIRO", "SUSTITUCION" o "MODIFICACION" y (b) recibidas por el Comprador antes del plazo límite establecido para la presentación de las ofertas, de conformidad con la Cláusula 24 de las IAO. 26.2 Las ofertas cuyo retiro fue solicitado de conformidad con la Sub cláusula 26.1 de las IAO serán devueltas sin abrir a los Oferentes remitentes. 26.3 Ninguna oferta podrá ser retirada, sustituida o modificada durante el intervalo comprendido entre la fecha límite para presentar ofertas y la expiración del período de validez de las ofertas indicado por el Oferente en el Formulario de Oferta, o cualquier extensión si la hubiese.
27. Apertura de las Ofertas	27.1 El Comprador llevará a cabo el Acto de Apertura de las ofertas en público en la dirección, fecha y hora establecidas en los **DDL.** El procedimiento para apertura de ofertas presentadas electrónicamente si fueron permitidas, es el indicado en la Cláusula 23.1 de las IAO**.** 27.2 Primero se abrirán los sobres marcados como "RETIRO" y se leerán en voz alta y el sobre con la oferta correspondiente no será abierto sino devuelto al Oferente remitente. No se permitirá el retiro de ninguna oferta a menos que la comunicación de retiro pertinente contenga la autorización válida para solicitar el retiro y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas. Seguidamente, se abrirán los sobres marcados como "SUSTITUCION" se leerán en voz alta y se intercambiará con la oferta correspondiente que está siendo sustituida; la oferta sustituida no se abrirá y se devolverá al Oferente remitente. No se permitirá ninguna sustitución a menos que la comunicación de sustitución correspondiente contenga una autorización válida para solicitar la sustitución y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas. Los sobres marcados como "MODIFICACION" se abrirán y leerán en voz alta con la oferta correspondiente. No se permitirá ninguna modificación a las ofertas a menos que la comunicación de modificación correspondiente contenga la autorización válida para solicitar la modificación y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas. Solamente se considerarán en la evaluación los sobres que se abren y leen en voz alta durante el Acto de Apertura de las Ofertas. 27.3 Todos los demás sobres se abrirán de uno en uno, leyendo en voz alta: el nombre del Oferente y si contiene modificaciones; los precios de la oferta, incluyendo cualquier descuento u ofertas alternativas; la existencia de la Garantía de Mantenimiento de la Oferta; y cualquier otro detalle que el Comprador considere pertinente. Solamente los descuentos y ofertas alternativas leídas en voz alta se considerarán en la evaluación. Ninguna oferta será rechazada durante el Acto de

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	Apertura, excepto las ofertas tardías, de conformidad con la Sub cláusula 25.1 de las IAO. 27.4 El Comprador preparará un acta del acto de apertura de las ofertas que incluirá como mínimo: el nombre del Oferente y si hay retiro, sustitución o modificación; el precio de la Oferta, por lote si corresponde, incluyendo cualquier descuento y ofertas alternativas si estaban permitidas; y la existencia o no de la Garantía de Mantenimiento de la Oferta. Se le solicitará a los representantes de los Oferentes presentes que firmen la hoja de asistencia. Una copia del acta será distribuida a los Oferentes que presentaron sus ofertas a tiempo, y será publicado en línea si fue permitido ofertar electrónicamente. Una copia del acta de apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras.
	E. Evaluación y Comparación de las Ofertas
28. Confidencialidad	28.1 No se divulgará a los Oferentes ni a ninguna persona que no esté oficialmente involucrada con el proceso de la licitación, información relacionada con la revisión, evaluación, comparación y poscalificación de las ofertas, ni sobre la recomendación de adjudicación del contrato hasta que se haya publicado la adjudicación del Contrato. 28.2 Cualquier intento por parte de un Oferente para influenciar al Comprador en la revisión, evaluación, comparación y poscalificación de las ofertas o en la adjudicación del contrato podrá resultar en el rechazo de su oferta. 28.3 No obstante lo dispuesto en la Sub cláusula 28.2 de las IAO, si durante el plazo transcurrido entre el Acto de Apertura y la fecha de adjudicación del contrato, un Oferente desea comunicarse con el Comprador sobre cualquier asunto relacionado con el proceso de la licitación, deberá hacerlo por escrito.
29. Aclaración de las Ofertas	29.1 Para facilitar el proceso de revisión, evaluación, comparación y poscalificación de las ofertas, el Comprador podrá, a su discreción, solicitar a cualquier Oferente aclaraciones sobre su Oferta. No se considerarán aclaraciones a una oferta presentadas por Oferentes cuando no sean en respuesta a una solicitud del Comprador. La solicitud de aclaración por el Comprador y la respuesta deberán ser hechas por escrito. No se solicitará, ofrecerá o permitirá cambios en los precios o a la esencia de la oferta, excepto para confirmar correcciones de errores aritméticos descubiertos por el Comprador en la evaluación de las ofertas, de conformidad con la Cláusula 31 de las IAO.

@IHSSHonduras www.ihss.hn

30. Cumplimiento de las Ofertas	30.1 Para determinar si la oferta se ajusta sustancialmente a los Documentos de Licitación, el Comprador se basará en el contenido de la propia oferta. 30.2 Una oferta que se ajusta sustancialmente a los Documentos de Licitación es la que satisface todos los términos, condiciones y especificaciones estipuladas en dichos documentos sin desviaciones, reservas u omisiones significativas. Una desviación, reserva u omisión significativa es aquella que: (a) afecta de una manera sustancial el alcance, la calidad o el funcionamiento de los Bienes y Servicios Conexos especificados en el Contrato; o (b) limita de una manera sustancial, contraria a los Documentos de Licitación, los derechos del Comprador o las obligaciones del Oferente en virtud del Contrato; o (c) de rectificarse, afectaría injustamente la posición competitiva de los otros Oferentes que presentan ofertas que se ajustan sustancialmente a los Documentos de Licitación. 30.3 Si una oferta no se ajusta sustancialmente a los Documentos de Licitación, deberá ser rechazada por el Comprador y el Oferente no podrá ajustarla posteriormente mediante correcciones de las desviaciones, reservas u omisiones significativas.
31. Diferencias, errores y omisiones	31.1 Si una oferta se ajusta sustancialmente a los Documentos de Licitación, el Comprador podrá dispensar alguna diferencia u omisión cuando ésta no constituya una desviación significativa. 31.2 Cuando una oferta se ajuste sustancialmente a los Documentos de Licitación, el Comprador podrá solicitarle al Oferente que presente dentro de un plazo razonable, información o documentación necesaria para rectificar diferencias u omisiones relacionadas con requisitos no significativos de documentación. Dichas omisiones no podrán estar relacionadas con ningún aspecto del precio de la Oferta. Si el Oferente no cumple con la petición, su oferta podrá ser rechazada. 31.3 A condición de que la oferta cumpla sustancialmente con los Documentos de Licitación, el Comprador corregirá errores aritméticos de la siguiente manera: (a) si hay una discrepancia entre un precio unitario y el precio total obtenido al multiplicar ese precio unitario por las cantidades correspondientes, prevalecerá el precio unitario y el precio total será corregido, a menos que hubiere un error

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	obvio en la colocación del punto decimal, entonces el precio total cotizado prevalecerá y se corregirá el precio unitario; (b) si hay un error en un total que corresponde a la suma o resta de subtotales, los subtotales prevalecerán y se corregirá el total; (c) si hay una discrepancia entre palabras y cifras, prevalecerá el monto expresado en palabras a menos que la cantidad expresada en palabras corresponda a un error aritmético, en cuyo caso prevalecerán las cantidades en cifras de conformidad con los párrafos (a) y (b) mencionados. 31.4 Si el Oferente que presentó la oferta evaluada como la más baja no acepta la corrección de los errores, su oferta será rechazada.
32. Examen preliminar de las Ofertas	32.1 El Comprador examinará todas las ofertas para confirmar que todos los documentos y la documentación técnica solicitada en la Cláusula 11 de las IAO han sido suministrados y determinará si cada documento entregado está completo. 32.2 El Comprador confirmará que los siguientes documentos e información han sido proporcionados con la oferta. Si cualquiera de estos documentos o información faltara, la oferta será rechazada. (a) Formulario de Oferta, de conformidad con la Sub cláusula 12.1 de las IAO; (b) Lista de Precios, de conformidad con la Sub cláusula 12.2 de las IAO; y (c) Garantía de Mantenimiento de la Oferta, de conformidad con la Sub cláusula 21 de las IAO.
33. Examen de los Términos y Condiciones; Evaluación Técnica	33.1 El Comprador examinará todas las ofertas para confirmar que todas las estipulaciones y condiciones de las CGC y de las CEC han sido aceptadas por el Oferente sin desviaciones, reservas u omisiones significativas. 33.2 El Comprador evaluará los aspectos técnicos de la oferta presentada en virtud de la Cláusula 18 de las IAO, para confirmar que todos los requisitos estipulados en la Sección VI, Requisitos de los Bienes y Servicios de los Documentos de Licitación, han sido cumplidos sin ninguna desviación o reserva significativa. 33.3 Si después de haber examinado los términos y condiciones y efectuada la evaluación técnica, el Comprador establece que la oferta no se ajusta sustancialmente a los Documentos de Licitación de conformidad con la Cláusula 30 de las IAO, la oferta será rechazada.

@IHSSHonduras www.ihss.hn

34. Conversión a una sola moneda	34.1 Para efectos de evaluación y comparación, el Comprador convertirá todos los precios de las ofertas expresados en diferentes monedas a Lempiras utilizando el tipo de cambio vendedor establecido por el Banco Central de Honduras para transacciones semejantes, vigente 28 días antes de la fecha de apertura de Ofertas.
35. Preferencia nacional	35.1 En caso de que en esta Licitación se presenten ofertas de empresas extranjeras, se aplicará un margen de preferencia nacional en los términos establecidos en los artículos 53 de la Ley de Contratación del Estado y 128 de su Reglamento. 35.2 El margen de preferencia nacional no será aplicable cuando convenios bilaterales o multilaterales de libre comercio dispusieren que los oferentes extranjeros tendrán trato nacional.
36. Evaluación de las Ofertas	36.1 El Comprador evaluará todas las ofertas que se determine que hasta esta etapa de la evaluación se ajustan sustancialmente a los Documentos de Licitación. 36.2 Para evaluar las ofertas, el Comprador utilizará únicamente los factores, metodologías y criterios definidos en la Cláusula 36 de las IAO. No se permitirá ningún otro criterio ni metodología. 36.3 Al evaluar las Ofertas, el Comprador considerará lo siguiente: (a) el precio cotizado de conformidad con la Cláusula 14 de las IAO; (b) el ajuste del precio por correcciones de errores aritméticos de conformidad con la Sub cláusula 31.3 de las IAO; (c) el ajuste del precio debido a descuentos ofrecidos de conformidad con la Sub cláusula 14.4 de las IAO; (d) ajustes debidos a la aplicación de criterios de evaluación especificados en los **DDL** de entre los indicados en la Sección III, Criterios de Evaluación y Calificación; (e) ajustes debidos a la aplicación de un margen de preferencia, si corresponde, de conformidad con la cláusula 35 de las IAO. 36.4 Al evaluar una oferta el Comprador excluirá y no tendrá en cuenta: (a) los impuestos sobre las ventas y otros impuestos similares pagaderos en Honduras sobre los bienes si el contrato es adjudicado al Oferente; (b) ninguna disposición por ajuste de precios durante el período de ejecución del contrato, si estuviese estipulado en la oferta. 36.5 La evaluación de una oferta requerirá que el Comprador considere otros factores, además del precio cotizado, de conformidad con la

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	Cláusula 14 de las IAO. Estos factores estarán relacionados con las características, rendimiento, términos y condiciones de la compra de los Bienes y Servicios Conexos. El efecto de los factores seleccionados, si los hubiere, se expresarán en términos monetarios para facilitar la comparación de las ofertas, a menos que se indique lo contrario en la Sección III, Criterios de Evaluación y Calificación. Los factores, metodologías y criterios que se apliquen serán aquellos especificados de conformidad con la Sub cláusula 36.3(d) de las IAO. 36.6 Si así se indica en los **DDL,** estos Documentos de Licitación permitirán que los Oferentes coticen precios separados por uno o más lotes, y permitirán que el Comprador adjudique uno o varios lotes a más de un Oferente. La metodología de evaluación para determinar la combinación de lotes evaluada como la más baja, está detallada en la Sección III, Criterios de Evaluación y Calificación.
37. Comparación de las Ofertas	37.1 El Comprador comparará todas las ofertas que cumplen sustancialmente para determinar la oferta evaluada como la más baja, de conformidad con la Cláusula 36 de las IAO.
38. Poscalificación del Oferente	38.1 El Comprador determinará, a su entera satisfacción, si el Oferente seleccionado como el que ha presentado la oferta evaluada como la más baja y ha cumplido sustancialmente con la oferta, está calificado para ejecutar el Contrato satisfactoriamente. 38.2 Dicha determinación se basará en el examen de la evidencia documentada de las calificaciones del Oferente que éste ha presentado, de conformidad con la Cláusula 19 de las IAO. 38.3 Una determinación afirmativa será un requisito previo para la adjudicación del Contrato al Oferente. Una determinación negativa resultará en el rechazo de la oferta del Oferente, en cuyo caso el Comprador procederá a determinar si el Oferente que presentó la siguiente oferta evaluada como la más baja está calificado para ejecutar el contrato satisfactoriamente.
39. Derecho del comprador a aceptar cualquier oferta y a rechazar cualquiera o todas las ofertas	39.1 El Comprador se reserva el derecho a aceptar o rechazar cualquier oferta, de anular el proceso licitatorio y de rechazar todas las ofertas en cualquier momento antes de la adjudicación del contrato, sin que por ello adquiera responsabilidad alguna ante los Oferentes.
40. Declaración de Licitación Desierta o Fracasada	40.1 La Licitación podrá declararse desierta cuando no se hubieren presentado ofertas o no se hubiese satisfecho el mínimo de oferentes previsto en los DDL. Se declarará desierto el lote en

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

	el cual no se hubieren presentado ofertas o no se hubiese satisfecho el mínimo de oferentes previsto en los DDL. 40.2 La Licitación deberá declararse fracasada cuando: a) Se hubiere omitido en el procedimiento alguno de los requisitos esenciales establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento; b) Las ofertas recibidas no se ajustan a los requisitos esenciales establecidos en el Reglamento de la Ley de Contratación del Estado o el Pliegos de Condiciones; c) Se comprueba la existencia de colusión; d) Cuando todas las ofertas se reciban por precios considerablemente superiores al presupuesto estimado por la administración; e) Motivos de fuerza mayor debidamente comprobados que determinaren la no conclusión del contrato, entendiéndose como tal entre otras: Catástrofes provocadas por fenómenos naturales, accidentes, huelgas, guerra, revoluciones, motines, desorden social, naufragio e incendio.
	F. Adjudicación del Contrato
41. Criterios de Adjudicación	41.1 El Comprador adjudicará el Contrato al Oferente cuya oferta haya sido determinada la oferta evaluada como la más baja y cumple sustancialmente con los requisitos de los Documentos de Licitación, siempre y cuando el Comprador determine que el Oferente está calificado para ejecutar el Contrato satisfactoriamente.
42. Derecho del Comprador a variar las cantidades en el momento de la adjudicación	42.1 Al momento de adjudicar el Contrato, el Comprador se reserva el derecho a aumentar o disminuir la cantidad de los Bienes y Servicios Conexos especificados originalmente en la Sección VI, Lista de Requerimientos, siempre y cuando esta variación no exceda los porcentajes indicados en los **DDL**, y no altere los precios unitarios u otros términos y condiciones de la Oferta y de los Documentos de Licitación.
43. Notificación de Adjudicación del Contrato	43.1 Antes de la expiración del período de validez de las ofertas, el Comprador notificará por escrito a todos los Oferentes. 43.2 El Comprador publicará en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "HonduCompras" (www.honducompras.gob.hn), los resultados de la licitación, identificando la oferta y número de lotes y la siguiente información: (i) nombre de todos los Oferentes que presentaron ofertas; (ii) los precios que se leyeron en voz alta en el acto de apertura de las ofertas; (iii) nombre de los Oferentes cuyas ofertas fueron evaluadas y

	precios evaluados de cada oferta evaluada; (iv) nombre de los Oferentes cuyas ofertas fueron rechazadas y las razones de su rechazo; y (v) nombre del Oferente seleccionado y el precio cotizado, así como la duración y un resumen del alcance del contrato adjudicado. Después de la publicación de la adjudicación del contrato, los Oferentes no favorecidos podrán solicitar por escrito al Comprador explicaciones de las razones por las cuales sus ofertas no fueron seleccionadas. El Comprador, después de la adjudicación del Contrato, responderá prontamente y por escrito a cualquier Oferente no favorecido que solicite dichas explicaciones. 42.3 El adjudicatario deberá presentar, previo a su contratación, entre otros, lo siguiente: a) Constancia de Servicio de Administración de Rentas de Honduras (antes DEI) de no haber sido objeto de sanción administrativa firme en dos o más expedientes por infracciones tributarias durante los últimos cinco años; b) Constancia de la Procuraduría General de la República de no haber sido objeto de resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración; c) Constancia del Instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS, encontrarse al día en el pago de sus cotizaciones o contribuciones a dicho instituto, de conformidad con lo previsto en el artículo 65 párrafo segundo, literal b) reformado de la Ley del Seguro Social. d) Constancia de la ONCAE, de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado. e) Constancia de cumplir con el pago del salario mínimo y demás derechos laborales extendida por la Secretaria de Trabajo y Seguridad Social, en caso de que la contratación haga uso intensivo de personal sujeto a pagos de salario mínimo como por ejemplo servicios de seguridad y limpieza. (en los casos que aplique)
44. Firma del Contrato	44.1 Inmediatamente después de la notificación de adjudicación, el Comprador enviará al Oferente seleccionado el Contrato y las Condiciones Especiales del Contrato. 44.2 El Oferente seleccionado tendrá un plazo de 30 días después de la fecha de recibo del Contrato para firmarlo, fecharlo y devolverlo al Comprador.

@IHSSHonduras www.ihss.hn

	44.3 Cuando el Oferente seleccionado suministre el Contrato firmado y la garantía de cumplimiento de conformidad con la Cláusula 44 de las IAO, el Comprador informará inmediatamente a cada uno de los Oferentes no seleccionados y les devolverá su garantía de Mantenimiento de la oferta, de conformidad con la Cláusula 21.4 de las IAO.
45. Garantía de Cumplimiento del Contrato	45.1 Dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de la notificación de adjudicación de parte del Comprador, el Oferente seleccionado deberá presentar la Garantía de Cumplimiento del Contrato, de conformidad con las CGC, utilizando para dicho propósito el formulario de Garantía de Cumplimiento incluido en la Sección IX, Formularios del Contrato, u otro formulario aceptable para el Comprador. El Comprador notificará inmediatamente el nombre del Oferente seleccionado a todos los Oferentes no favorecidos y les devolverá las Garantías de Mantenimiento de la Oferta de conformidad con la Cláusula 21.4 de las IAO. 45.2 Si el Oferente seleccionado no cumple con la presentación de la Garantía de Cumplimiento mencionada anteriormente o no firma el Contrato, esto constituirá bases suficientes para anular la adjudicación del contrato y hacer efectiva la Garantía de Mantenimiento de la Oferta. En tal caso, el Comprador podrá adjudicar el Contrato al Oferente cuya oferta sea evaluada como la siguiente más baja y que se ajuste sustancialmente a los Documentos de Licitación, y que el Comprador determine que está calificado para ejecutar el Contrato satisfactoriamente.

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Sección II. Datos de la Licitación (DDL)

Los datos específicos que se presentan a continuación sobre los bienes que hayan de adquirirse, complementarán, suplementarán o enmendarán las disposiciones en las Instrucciones a los Oferentes (IAO). En caso de conflicto, las disposiciones contenidas aquí prevalecerán sobre las disposiciones en las IAO.

Cláusula en las IAO	A. Disposiciones Generales
IAO 1.1	El Comprador es: Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
IAO 1.1	El nombre y número de identificación de la LPN son: Licitación Pública Nacional LPN-013-2022 "**Adquisición de Papelería Médica Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)".**
IAO 2.1	La contratación a que se refiere esta Licitación se financiará con recursos provenientes de: Fondos propios del IHSS
	B. Contenido de los Documentos de Licitación
IAO 7.1	Para aclaraciones de los pliegos, solamente, la dirección del Comprador es: Atención: Sexto Piso, Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, Edificio Administrativo, Barrio Abajo. LPN-013-2022: "Adquisición de Papelería Médica Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Dirección: Sub-Gerencia de Suministros, Materiales y Compras del IHSS. Edificio Administrativo del IHSS, Bo. Abajo, 6to. Piso Ciudad: Tegucigalpa, M.D.C. País: Honduras, C.A. Teléfono: 2222-6922
IAO 7.1	Las solicitudes de aclaración, si las hubiere, deberán ser presentadas por escrito al Comprador por lo menos quince (15) días calendarios antes de la fecha límite para la presentación de ofertas
	C. Preparación de las Ofertas
IAO 11.1(h)	Los Oferentes deberán presentar los siguientes documentos adicionales con su oferta. **INFORMACION LEGAL:** *1. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad y sus reformas debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.*

	2. Fotocopia legible del poder del representante legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representando a la empresa en el proceso de licitación, debidamente inscrito en el Registro Mercantil. *3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal(actual)* *4. Fotocopia de RTN del oferente y del Representante Legal.* *5. Constancia de Solvencia Municipal vigente a la fecha de apertura, extendida por la Alcaldía Municipal de su domicilio del oferente y de su representante legal.* *6 Fotocopia del Permiso de Operación de la Municipalidad correspondiente, vigente* *7. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.* *8. La Declaración Jurada en la que indique que tanto él como su representada y los socios de esta, no están comprendidos en las inhabilidades, prohibiciones, ni situaciones irregulares a que se refiere la Ley Especial Contra el Lavado de Activos y demás legislación que rige la materia.* *9. Declaración Jurada de la empresa y su representante legal que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo (Ver anexo).* *10. Fotocopia de la Certificación de 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 o Constancia de estar en trámite la certificación. "la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta …"* ***INFORMACION ECONOMICA:*** *1. Carta (formulario Presentación de la Oferta) oferta firmada y sellada por el representante legal de la empresa, en cada una de sus páginas.* *2. Lista de Precio en papel membretado, debidamente firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa,*
	3. Garantía de Mantenimiento de Oferta con indicación de la cláusula obligatoria del dos por ciento (2%) del monto total ofertado. ***IDONEIDAD TECNICA:*** *El oferente deberá presentar la siguiente información que permita analizar su idoneidad técnica:* *Se requiere que las empresas oferentes presenten dos (2) constancias de los últimos tres años, en la que indiquen que han provisto a tal empresa (nombre de la empresa), suministros iguales o similares de las partidas que oferte, por un monto mínimo del 20% de la oferta.*

	Declaración jurada debidamente autenticada por notario en la que el oferente declare que los suministros que ofrece serán de alta calidad y de acuerdo a las especificaciones y condiciones técnicas solicitadas
	CAPACIDAD FINANCIERA *1. Presentar Estados Financieros Auditados de los años 2020 y 2021 auditados por una Firma Auditora Independiente o Auditor Externo y / o contador colegiado.* *2. Constancia de institución bancaria acreditada en el país en donde conste que los saldos promedio de depósitos (de los últimos 6 meses) o línea de crédito a favor del ofertante no es menor al 10% del monto de su oferta y/o línea de crédito a favor del ofertante por parte de proveedores o fabricantes no es menor al 20% del monto de su oferta.* **NOTA:** • Todos los documentos que no sean originales deberán ser autenticados (**Una sola autentica**). • Los documentos firmados por el Representante Legal de la empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (**Una autentica**).
IAO 13.1	*No se* **considerarán** ofertas alternativas.
IAO 14.5	La edición de Incoterms. No aplica
IAO 14.5 (i)	El IHSS está exento del ISV
IAO 14.5 (i)	El lugar para la entrega de los materiales será el Almacén Central, Colonia Miramontes, 5a entrada, atrás de la sede del Partido Liberal de Honduras.
IAO 14.7	Los precios serán por unidad de acuerdo a las cantidades establecidas en cada partida no serán ajustables, salvo en los casos de errores aritméticos. Los precios cotizados deberán corresponder a un cien por ciento (100%) de los materiales solicitados.
IAO 15.1	El Oferente deberá indicar los precios unitarios y montos de su oferta en Lempiras.
IAO 18.3	El plazo para la entrega de los productos será de acuerdo a las fechas propuestas en estas bases.
IAO 19.1 (a)	No aplica
IAO 19.1 (b)	*No aplica*
IAO 20.1	El plazo de validez de la oferta será de noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción y apertura de ofertas.
IAO 21.2	La Oferta deberá incluir **ORIGINAL** de la Garantía de Mantenimiento de Oferta, utilizando el formulario para garantía de la Oferta incluido en la Sección IV "Formularios de la Oferta".
IAO 21.2	La Garantía de mantenimiento de la Oferta será por un dos por ciento (2%) del monto de la oferta presentada, en moneda de curso legal: Lempira.

IAO 21.3	La Garantía Original de mantenimiento de Oferta tendrá un período de validez de ciento (120) días calendario, prorrogable de acuerdo a las necesidades del IHSS, contados a partir de la fecha de recepción y apertura de las ofertas.
IAO 21.4	La Garantía de Mantenimiento de la Oferta podrá ser: (a) garantía bancaria emitida por una institución debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; (b) Fianza emitida por una institución de seguros debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; (c) Cheque certificado; Cheque de Caja d) Bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público.
IAO 21.5	Las Ofertas deberán estar acompañadas por una Garantía de Mantenimiento de la oferta que sustancialmente responda a lo requerido en la IAO 21.2.
IAO 22.1	Además de la oferta original, presentar una (1) copia adicional.
	D. Presentación y Apertura de Ofertas
IAO 23.1	**Los Oferentes no podrán presentar Ofertas electrónicamente.**
IAO 23.2	Los sobres interiores y exteriores deberán llevar las siguientes leyendas adicionales de identificación: **Parte Central:** Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) Bo. Abajo, Edificio Administrativo, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A. **Esquina Superior:** • Izquierda: Nombre del oferente y su dirección completa • Derecha: Fecha de Apertura Esquina Inferior: Izquierda: Oferta de Licitación Pública Nacional LPN 013-2022: "Adquisición de Papelería Médica Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)". Derecha: "Oferta Económica", "Documentación Legal y Técnica", respectivamente
IAO 24.1	**Para propósitos de la presentación de las ofertas, la dirección del Comprador es:** Salon de Sesiones del Régimen del Seguro de Previsión Social (RSPS) del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Ubicada en: Tercer piso del Edificio del Regimen (RSPS), contiguo al Edificio Administrativo, Barrio Abajo, Tegucigalpa.

	La presentación de ofertas será: **el día lunes 28 de noviembre de 2022.** La hora límite de presentación de ofertas será: desde las 8:00 hasta las 10:00 hora oficial de Honduras de esta misma fecha. ***Es de carácter mandatorio que entre la fecha y hora de recepción de ofertas y fecha y hora de apertura de las mismas solo debe mediar un breve espacio de tiempo para los asuntos de logística (No más de 15 minutos).***
IAO 27.1	**La apertura de las ofertas tendrá lugar en:** **Dirección:** Salon de Sesiones del Régimen del Seguro de Previsión Social (RSPS) del Instituto Hondureño de Seguridad Social. **Ubicada en:** Tercer piso del Edificio del Régimen (RSPS), contiguo al Edificio Administrativo, Barrio Abajo, Tegucigalpa. Hora: 10:15am (Hora Oficial de la República de Honduras). ***Nota:*** *Para efectos de control y seguridad de los oferentes, la totalidad de los documentos deberán presentarse foliados, en caso de que no lo estén, estos serán foliados por el representante de la empresa oferente, en presencia de las personas que asistan durante el acto de apertura y se dará a conocer el número de folios útiles de que consta la oferta.* *Después del Acto de Apertura, se permitirá a los oferentes revisar las ofertas de los otros participantes conforme a lo establecido en la Ley de Contratación del Estado (Articulo 50) y su Reglamento (Articulo 124). En ningún caso se permitirá obtener fotocopias ni tomar fotografías a las ofertas. Los interesados podrán examinar las ofertas inmediatamente después del acta de apertura, sin perjuicio de la confidencialidad prevista en el artículo 6 párrafo segundo de la Ley de Contratación del Estado y 10 y 12 párrafo segundo de su Reglamento. En este sentido el Comprador se reserva el derecho de indicar que información debe mostrarse.* *Una copia del acta de apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras y en el portal del IAIP*
	E. Evaluación y Comparación de las Ofertas
IAO 36.1	La Comisión de Evaluación verificará que las ofertas recibidas cumplan sustancialmente con los requisitos legales y técnicos solicitados por el IHSS, con el fin de poder realizar el análisis comparativo de especificaciones y condiciones técnicas, el que será realizado aún y cuando solamente participe un solo oferente por partida.
IAO 36.3 (d)	Los ajustes se determinarán utilizando los siguientes criterios de entre los enumerados en la Sección III, Criterios de Evaluación y Calificación: *[ver la Sección III Criterios de Evaluación y Calificación; agregar detalles complementarios si fuera necesario]* (a) Desviación en el plan de entregas: ***No Aplica***

	(b) Desviación el plan de pagos: **No Aplica**
	© El costo de reemplazo de componentes importantes, repuestos obligatorios y servicio: **No Aplica** (d) Disponibilidad en Honduras de repuestos y servicios posteriores a la venta para el equipo ofrecido en la oferta: **No aplica** € Los costos estimados de operación y mantenimiento durante la vida del equipo: **No aplica** (f) El rendimiento y productividad del equipo ofrecido: **No aplica** (g) *[indique cualquier otro criterio específico]*
IAO 36.6	*Los Oferentes podrán cotizar precios separados por uno o más partidas.* *Esta licitación se adjudicará por partidas, por lo que el oferente podrá presentar ofertas por una, varias o el total de las partidas*
IAO 40.1	*La Licitación podrá declararse desierta cuando no se hubieren presentado ofertas. Para ninguna partida.*
IAO 40.2	*La Licitación deberá declararse fracasada cuando:* *a) Se hubiere omitido en el procedimiento alguno de los requisitos esenciales establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento;* *b) Las ofertas recibidas no se ajustan a los requisitos esenciales establecidos en el Reglamento de la Ley de Contratación del Estado o el Pliegos de Condiciones;* *c) Se comprueba la existencia de colusión;* *d) Cuando todas las ofertas se reciban por precios considerablemente superiores al presupuesto estimado por la administración;* *e) Motivos de fuerza mayor debidamente comprobados que determinaren la no conclusión del contrato, entendiéndose como tal entre otras: Catástrofes provocadas por fenómenos naturales, accidentes, huelgas, guerra, revoluciones, motines, desorden social, naufragio e incendio.*
	F. Adjudicación del Contrato
IAO 41.1	Esta licitación se adjudicará por partida o por el total de las mismas, aun si solo se presente un oferente, siempre y cuando cumpla con las condiciones y especificaciones técnicas solicitadas.
IAO 42.1	El máximo porcentaje en que las cantidades en los suministros podrán ser aumentadas es: conforme demanda que se presente. El máximo porcentaje en que las cantidades en los suministros podrán ser disminuidas es: conforme demanda que se presente

Sección III. Criterios de Evaluación y Calificación

Índice

1. Criterios de Evaluación (IAO 36.3(d))
2. Contratos Múltiples (IAO 36.6)
3. Requisitos para Calificación Posterior (IAO 38.2)

1. Criterios de Evaluación (IAO 36.3(d))

La licitación se adjudicará por partida al oferente que cumpla con las especificaciones técnicas solicitadas. La Comisión de Evaluación nombrada para este proceso solicitará, de considerarlo pertinente, cualquier aclaración de la oferta. Tanto las solicitudes de aclaración como su respectiva respuesta se harán por escrito. La Comisión de Evaluación consignará en la solicitud de aclaración el plazo para remisión de la respuesta, mismo que no podrá exceder a los cinco (05) días hábiles, a partir de la notificación al oferente.

La Comisión de Evaluación verificará que las ofertas recibidas cumplan sustancialmente con los requisitos legales y técnicos solicitados por el IHSS, con el fin de poder realizar el análisis comparativo, el que será realizado aún y cuando solamente participe un solo oferente.

Metodología de Evaluación de Ofertas

a) ***Evaluación de la Capacidad Legal***

Para el caso de la Capacidad Legal de la Sociedad Mercantil, se evaluará con base a lo establecido en el criterio Cumple o No Cumple. La revisión se realizará con base a la documentación presentada. Se examinará que los documentos contengan y cumplan con las condiciones y requisitos legales establecidos en las Bases de Licitación. En caso de no presentar sustancialmente la documentación legal, idoneidad técnica y financiera solicitada en las bases o mediante subsanación en el plazo indicado no podrá ser evaluada técnicamente y será descalificada

b) ***Evaluación de la Capacidad Financiera***

Presentar Estados Financieros de los años 2020 y 2021 auditados por una Firma Auditora Independiente o Auditor Externo y / o contador colegiado.

Constancia de institución bancaria acreditada en el país en donde conste que los saldos promedio de depósitos (de los últimos 6 meses) o línea de crédito a favor del ofertante no es menor al 10% del monto de su oferta y/o línea de crédito a favor del ofertante por parte de proveedores o fabricantes no es menor al 20% del monto de su oferta.

c) ***Evaluación de idoneidad Técnica***

El oferente deberá presentar la siguiente información que permita analizar su idoneidad técnica:

Se requiere que las empresas oferentes presenten dos (2) constancias de los últimos tres años, en la que indiquen que han provisto a tal empresa (nombre de la empresa), suministros iguales o similares de las partidas que oferten, por un monto mínimo del 20% de la oferta.
Declaración jurada debidamente autenticada por notario en la que el oferente declare que los suministros que ofrece serán de alta calidad y de acuerdo a las especificaciones y condiciones técnicas solicitadas

- ***El oferente que resultare adjudicado deberá presentar previo a la firma del contrato los siguientes documentos:***

1. Constancia original de la Procuraduría General de la República, de no tener juicios pendientes con el Estado de Honduras.
2. Constancia de Solvencia Electrónica, extendida por el Servicio de Administración de Rentas vigente (SAR) a excepción de empresas que tengan menos de un año de constituidas.
3. Constancia del Instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS, encontrarse al día en el pago de sus cotizaciones o contribuciones a dicho instituto, de conformidad con lo previsto en el artículo 65 párrafo segundo, literal b) reformado de la Ley del Seguro Social.
4. Certificación de la ONCAE, de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, (documento de carácter obligatorio para la firma del contrato).

2. Margen de Preferencia Nacional (IAO 35.1)

El margen de preferencia nacional se aplicará en los términos establecidos en los artículos 53 de la Ley de Contratación del Estado y 128 de su Reglamento, que disponen:

(a) Artículo 53 de la Ley de Contratación del Estado:

"ARTÍCULO 53.- Margen de preferencia nacional. Cuando hubieren oferentes nacionales y extranjeros, para fines exclusivos de comparación y evaluación, y consecuentemente con la escogencia de la mejor oferta, tratándose de suministros, se sumará a la mejor oferta extranjera un valor equivalente al de los impuestos de importación correspondientes, si el bien o suministro estuviera gravado con dicho impuesto, de no ser así, una suma equivalente al quince por ciento (15%) del valor de dicha oferta, si se trata de obra pública y servicios básicos, siempre para efectos de evaluación y escogencia de la mejor oferta, se sumará a la oferta de compañías extranjeras hasta un siete y medio por ciento (7 l/2%) del monto de la oferta. Si de esta operación resulta que la mejor oferta extranjera es superior en monto a la nacional se escogerá esta última como la mejor oferta de la licitación procediendo entonces a la adjudicación del contrato.

Este último mecanismo no se aplicará a los participantes extranjeros a los cuales deba darse trato nacional en virtud de acuerdos bilaterales o multilaterales de comercio de los cuales el Estado sea parte y cuando se trate de la ejecución de empréstitos otorgados por organismos financieros internacionales, en cuyo caso se aplicarán los márgenes de preferencia en los términos que lo permitan los instructivos o políticas de adquisiciones de dichos organismos."

(b) Artículo 128 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado:

"Artículo 128. Margen de preferencia nacional. Cuando se trate de suministros de bienes o servicios, para establecer el precio de comparación a que se refiere el literal a) del artículo 126 que antecede, y únicamente con fines de evaluación, al precio CIF ofrecido por proveedores extranjeros se agregará, siempre que no estuviere incluido, el valor de impuestos de importación previstos en el Arancel de Aduanas o en normas legales especiales o, de resultar exentos, una suma equivalente al quince por ciento del valor de la oferta que corresponda. La comparación se producirá entre ofertas de bienes o servicios producidos en el territorio nacional y ofertas de bienes o servicios importados; un bien se considerará de origen nacional cuando el costo de los materiales, mano de obra y servicios locales empleados en su fabricación no sea inferior al cuarenta por ciento (40%) del precio ofertado.

Si se tratare de obra pública, a las ofertas de contratistas extranjeros se agregará, para efectos de comparación, una cantidad equivalente a los siete puntos cinco por ciento (7.5%) de su respectivo valor.

Si de la comparación sobre las bases anteriores resulta que la mejor oferta extranjera es superior a la de la mejor oferta nacional se adjudicará el contrato a esta última, de acuerdo con lo previsto en el artículo 53 de la Ley."

Sección IV. Formularios de la Oferta

Índice de Formularios

Formulario de Información sobre el Oferente 38
Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio 39
Formulario de Presentación de la Oferta 40
Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidades 42
Lista de Precios ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Precio y Cronograma de Cumplimiento - Servicios Conexos **¡Error! Marcador no definido.**
Formulario Garantía de Mantenimiento de Oferta

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]*

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

Página _____ de _____ páginas

1. Nombre jurídico del Oferente *[indicar el nombre jurídico del Oferente]*
2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: *[indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]*
3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse *[indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o país donde intenta constituirse o incorporarse]*
4. Año de constitución o incorporación del Oferente: *[indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]*
5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: *[indicar la 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 facsímile: *[indicar los números de teléfono y facsímile 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]* Í Estatutos de la Sociedad de la empresa indicada en el párrafo1 anterior, y de conformidad con las Sub cláusulas 4.1 y 4.2 de las IAO. Í Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio, de conformidad con la Sub cláusula 4.1 de las IAO. Í 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 4.4 de las IAO.

Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio NO APLICA

[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 *[indicar el nombre jurídico del Oferente]*
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio *[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]*
3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio *[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]*
4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: *[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]*
5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: *[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]*
6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Números de teléfono y facsímile: *[[indicar los números de teléfono y facsímile del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Dirección de correo electrónico: *[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]*
7. Copias adjuntas de documentos originales de: *[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]* Í Estatutos de la Sociedad de la empresa indicada en el párrafo 2 anterior, y de conformidad con las Sub cláusulas 4.1 y 4.2 de las IAO. Í 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 4.4 de las IAO.

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Formulario de Presentación de la Oferta

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones a este formulario ni se aceptarán substituciones.]

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*
LPN No.: *[indicar el número del proceso licitatorio]*
Llamado a Licitación No.: *[indicar el No. del Llamado]*

A: *[nombre completo y dirección del Comprador]*

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 y Servicios Conexos de conformidad con los Documentos de Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Requerimientos: *[indicar una descripción breve de los bienes y servicios conexos]*;

(c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras, indicando las diferentes cifras en las monedas respectivas]*;

(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]*.

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]*;

(e) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la Sub cláusula 20.1 de las IAO, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con la Sub cláusula 24.1 de las IAO. 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 la Cláusula 44 de las IAO y Cláusula 17 de las CGC;

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

(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) No tenemos conflicto de intereses de conformidad con la Cláusula 4 de las IAO;

(i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del contrato son elegibles, de conformidad con la Cláusula 4 de las IAO;

(j) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta licitación o ejecución del Contrato: [indicar el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación y la cantidad y moneda de cada dicha comisión o gratificación]

Nombre del Receptor	Dirección	Concepto	Monto
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

(Si no han sido pagadas o no serán pagadas, indicar “ninguna”.)

(k) 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.

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

Firma: [*indicar el nombre completo 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]*

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

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

El día [_____] del mes [_____] del año [_____] [*indicar la fecha de la firma]*

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 encuentra comprendidos en ninguna de las prohibiciones o inhabilidades a que se refieren los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado, que a continuación se transcriben:

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

1) Haber sido condenados mediante sentencia firme por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe pública, cohecho, enriquecimiento ilícito, negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas, malversación de caudales públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores o representantes se encuentran en situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de las mismas;

2) DEROGADO;

3) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;

4) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la República;

5) Haber dado lugar, por causa de la que hubiere sido declarado culpable, a la resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración o a la suspensión temporal en el Registro de Proveedores y Contratistas en tanto dure la sanción. En el primer caso, la prohibición de contratar tendrá una duración de dos (2) años, excepto en aquellos casos en que haya sido objeto de resolución en sus contratos en dos ocasiones, en cuyo caso la prohibición de contratar será definitiva;

6) Ser cónyuge, persona vinculada por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de cualquiera de los funcionarios o empleados bajo cuya responsabilidad esté la precalificación de las empresas, la evaluación de las propuestas, la adjudicación o la firma del contrato;

7) 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,

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción.

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

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

Declaración Jurada Ley Especial Contra el Lavado de Activos

Yo _____ mayor de edad, de estado civil _____ de nacionalidad _____ con domicilio en _____ con tarjeta de identidad/pasaporte N° ___ actuando en mi condición de Representante Legal de la empresa _____ por la presente hago: DECLARACIÓN JURADA que ni mi persona, ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos de la Ley Contra el Lavado de Activos, que a continuación se detallan. ARTÍCULO 438.- RECEPTACIÓN. Quien, con ánimo de lucro y conocimiento de la comisión de un delito en el que no haya participado ni como autor ni como cómplice, ayuda a los responsables a aprovecharse de los bienes o efectos procedentes del mismo, o recibe, adquiere u oculta tales efectos, debe ser castigado con la pena que corresponda al delito del que proceden los bienes o efectos, rebajada en un tercio (1/3). ARTÍCULO 439.-41 LAVADO DE ACTIVOS. Incurre en lavado de activos quien por si o por interpósita persona, adquiera, convierta, invierta, posea, utilice, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, conserve, traslade, oculte, dé apariencia de legalidad 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 los delitos de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de personas o armas de fuego, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros, secuestro, chantaje, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, malversación de caudales públicos, cohecho, tráfico de influencias, delitos contra la propiedad intelectual e industrial, el patrimonio cultural, explotación sexual y pornografía infantil, urbanísticos y contrabando, cometidos por él o por un tercero. Las conductas descritas en el párrafo anterior deben ser castigadas conforme a las reglas siguientes: 1) Cuando el valor de los activos objeto de lavado no sea superior a Dos Millones de Lempiras (L.2,000,000), se deben imponer las penas de prisión de cinco (5) a ocho (8) años y multa igual al cincuenta por ciento (50%) de dicho valor; 41 Artículo 439. Reformado por Decreto No.93-2021 de fecha 7 de octubre de 2021 y publicado en el Diario Oficial La Gaceta No.35,760 del 1 de noviembre de 2021. 2) Cuando el valor de los activos objeto del lavado sea superior a Dos Millones de Lempiras (2,000,000) y no exceda los Cinco Millones de Lempiras (5,000,000), se deben imponer las penas de prisión de ocho (8) a diez (10) años y multa igual al cien por ciento (100%) de dicho valor; y 3) Cuando el valor de los activos objeto de lavado sea superior a Cinco Millones de Lempiras (5.000,000), se deben imponer las penas de prisión de diez (10) a trece (13) años y multa igual al ciento cincuenta por ciento (150%) de dicho valor. Las penas establecidas en los numerales anteriores, se deben rebajar a la mitad cuando se trate de posesión o utilización de bienes sin título por parte de personas unidas por relación personal o familiar con el responsable del hecho. Las penas anteriores se deben aumentar en un cuarto (1/4) en los casos siguientes: 1) Cuando los bienes o activos proceden de delitos relativos al tráfico de drogas, terrorismo, extorsión o delitos de explotación sexual; 2) Cuando la actividad de lavado de activos se realiza a través de un grupo delictivo organizado. Si el responsable es promotor, jefe, dirigente o cabecilla del grupo delictivo organizado, la pena se debe aumentar en un tercio (1/3); o, 3) Cuando el responsable es profesional del sector financiero o no financiero designado, bursátil o bancario en el ejercicio de su profesión, o funcionario o empleado público en el ejercicio de su cargo. En estos casos se debe imponer, además, la pena de inhabilitación absoluta por el doble del tiempo de la pena de prisión. ARTÍCULO 440.- LAVADO DE ACTIVOS IMPRUDENTE. Si los hechos a los que se refiere el artículo anterior se realizan por imprudencia grave, el responsable debe ser castigado con la pena de prisión de uno (1) a cinco (5) años y multa de doscientos (200) a quinientos (500) días.

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

ARTÍCULO 441.- PUNICIÓN DE ACTOS PREPARATORIOS. La conspiración, proposición o provocación para cometer delito de lavado de activos debe ser castigada con la pena correspondiente reducida en dos tercios (2/3). ARTÍCULO 442.- TESTAFERRATO. Quien. Presta su nombre en actos o contratos reales o simulados, de carácter civil o mercantil, que se refieran a la adquisición, transferencia o administración de bienes que procedan directa o indirectamente de cualquiera de las actividades referidas en el delito de lavado de activos, debe ser castigado con las penas de prisión de cinco (3) a ocho (8) años y multa de doscientos (200) a quinientos (500) días. ARTÍCULO 443. INFIDENCIA. Los sujetos obligados, conforme a la legislación de prevención del lavado de activos, que ponen en conocimiento de persona alguna el hecho de que una información haya sido solicitada por las autoridades competentes o proporcionada a la misma, deben ser castigados con la pena de prisión de uno (1) a tres (3) años. En el mismo delito incurren los directores, propietarios o representantes de hecho o de derecho de las instituciones obligadas, que infringen la expresada prohibición. ARTÍCULO 444.-42 Derogado. ARTÍCULO 445.- EXTENSIÓN DE LA JURISDICCIÓN. El responsable del delito de lavado debe ser igualmente castigado aunque el delito del que provienen los bienes o los actos penados a los que se refieren los artículos anteriores haya sido cometido, total o parcialmente en el extranjero. ARTÍCULO 446.- PENALIDAD. Las penas previstas en este título se deben imponer sin perjuicio de las que correspondan por los delitos que originan los activos objeto de lavado.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán, a los días del mes de del 2022.

NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE O REPRESENTANTE LEGAL SELLO DE LA EMPRESA.

Formulario Declaración Jurada de Integridad

YO_____, Mayor de edad, de EstadoCivil_____, de Nacionalidad_____, con domicilio en

_____,

Y con Tarjeta de Identidad/Pasaporte No_____, actuando en micondición de Representante Legal de_____, por lapresente **HAGO DECLARACION JURADA DE INTEGRIDAD**: Que mi persona y mi representada se comprometen a:

1.- A practicar las más elevadas normas éticas durante el presente proceso de contratación.

2.- Abstenernos de adoptar conductas orientas a que los funcionarios o empleados involucrados en elpresente 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 seanconstitutivas 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 ycircunstancias, que deliberada o imprudentemente engañen, o intenten engañar, a alguna parte para obtener un beneficio financiero o de otra naturaleza o para evadir una obligación.

PRACTICA DE COERCION: Que consiste en perjudicar o causar daño, o amenazar con perjudicaro causar daño, directa o indirectamente, a cualquier parte o a sus bienes para influenciar indebidamente las acciones de una parte.

PRACTICA DE COLUSION: Que es un acuerdo entre dos o más partes realizado con la intenciónde alcanzar un propósito inapropiado, lo que incluye influenciar en forma inapropiada las acciones de otra parte.

PRACTICA DE OBSTRUCCION: Que consiste en a) destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia significativa para la investigación o realizar declaraciones falsas ante losinvestigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una prácticacorrupta, fraudulenta, cohersiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte paraimpedir 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 derechosdel 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 participenen procesos de licitaciones, contrataciones, concesiones, ventas, subastas de obras o concursos.

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

7.- Autorizo a la institución contratante para que realice cualquier investigación minuciosa en el marco del respeto y al debido proceso sobre prácticas corruptivas en las cuales mi representada hayao 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 ciudad_____municipio de _____, Departamento de_____a 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 casode autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).

Formularios de Listas de Precios

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
1	Autorizacion Intervencion Quirurgica	Autorización para Intervención Quirurgica y Anestesia 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, solo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	120		
2	Carnet Perinatal	Carnet Perinatal 8 1/2" X 11". Impreso en cartoncillo B-12, por anverso y reverso, a dos tintas negro y amarillo con dos semidobleces en forma horizontal. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	22,000		
3	Certificado Incapacidad Temporal	Certificado de Incapacidad Temporal 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, marca de agua en original y copias solo por el anverso y tres copias carbonadas: rosada, azul y verde, block de 50 juegos foliados en la parte superior y media del formato lado derecho, enumeradas. La copia rosada por el anverso y reverso, con peroración a la altura de la leyenda "Recorte Aqui", con recuadro relleno de signos para evitar la lectura del diagnóstico, El papel carbonado en cada copia debe teber una longitud de 6 1/2". Agregar en la parte posterior pestañas de 1.5 cm de ancho con perforación horizontal para desprender individualmente cada juego. Presentación en cajas selladas de 50 blocks, faciles de manupular, rotuladas, que se ajusten al tamaño del formato para que no se doblen las esquinas y con una muestra visible adherida a cada caja. (para mayor información se adjunta muestra del formato). **La Gerencia del Régimen de Seguro de Atención de la Salud facilitara la numeración correspondiente**	BLK	9,000		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
		de acuerdo al registro existente.				
4	Cita Medica	Cita Médica 5 1/2" X 5". Impreso en papel bond blanco B-16 por anverso y reverso; block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	800		
5	Control de Consultas.	Control de Consultas 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso; block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	60		
6	Control de Sueros	Control de Suero 2 1/4"X 3 5/8". Impreso en cartulina color amarillo B-100 solo por el anverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 100 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	26,300		
7	Hoja de Evolucion	Hoja de Evolución 8 1/2" X 11". Impresas en papel bond blanco B-16 por anverso y reverso, block de 200 hojas orginales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	5,000		
8	Examen Fisico Del Recien Nacido	Examen Físico de Recién Nacido 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, solo por el anverso, block de 200 hojas originales.Presentación paquetes forrados en papeles manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	100		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
9	Expediente Clínico Asegurado Directo	Expediente Clínico Identificación de Asegurado Directo 9" X 23". Impreso en cartulina color verde B-100; sólo por el anverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	116,500		
10	Expediente Clinico Identificacion Niño	Expediente Clínico para la Identificacion de Niños 9" X 23". Impresos en cartulina color azul celeste B-100; sólo por el anverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	350,000		
11	Expediente Clinico Falso	Expediente Clínico Falso 8 1/2" X 7". Impresos en cartulina color rosado B-100; por anverso y reverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	100,000		
12	Expediente Clínico Para Beneficiario	Expediente Clínico para Beneficiario 9" X 23". Impresos en cartulina color rosado B-100; sólo por el anverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	190,000		
13	Ficha Familiar	Ficha Familiar, 17 1/2 X 13 1/2, Impreso en papel bond blanco B-24, por anverso y reverso, unidad de 11 páginas engrapadas en el centro y enumeradas en el centro de la página inferior. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	30,000		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
14	Frecuencia de Medicamentos Inyectables	Frecuencia para Medicamentos Inyectables 3 1/2" X 2 3/8". Impreso en cartulina color amarillo B-100, por anverso y reverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 100 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	50,000		
15	Frecuencia de Medicamentos Orales	Frecuencia para Medicamentos Orales 3 1/2" X 2 3/8". Impreso en cartulina color rosado B-100, por anverso y reverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 100 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	40,000		
16	Gerencia De Anestesia Pre Anestesia	Gerencia de Anestesia, pre anestesia 17" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16 por anverso y reverso, block de 200 hojas. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	3,500		
17	Grafico Clinico	Gráfico Clínico 8 1/2" x 11". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	1,000		
18	Papel Certificado de Incapacidad Temporal Laboral	Papel Certificado de Incapacidad Temporal Laboral Generado mediante Sistema INCAP, Papel Bond Tamaño Legal Base 24 (GSM 90 g/m2), el papel debe de tener medidas de seguridad invisible en los puntos indicados a fin de evitar falsificación, La marca de agua del logo Institucional del I.H.S.S. debe coincidir con los colores del logo original azul y verde. Presentación: Resmas de 500 hojas. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información	UND	120,000		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
		se adjunta muestra del formato). **La Gerencia del Régimen de Seguro de Atención de la Salud facilitara la numeración correspondiente de acuerdo al registro existente**.				
19	Historia Clinica.	Historia Clínica 17" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	2,200		
20	Hoja de Solicitud para Estudio de VIH	Hoja de Solicitud para Estudio de VIH, 8 1/2" x 11", Impreso en papel bond blanco B-16, solo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	300		
21	Hoja de Consentimiento Informado	Hoja de Consentimiento Informado 8 1/2" X 11". Impresas en papel bond blanco B-16, por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	850		
22	Hoja De Control Post-Operatorio	Hoja de Control Post-operatorio 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, por anverso y reverso pie con cabeza, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	120		
23	Informe Asistencia Servicio Emergencia	Informe de Asistencia Servicio de Emergencia 8 1/2" X 11". Impreso en Papel Bond B-16, Solo Por El Anverso, Block de 201 hojas compuesto por 67 Juegos, Original Color Blanco Y dos Copias carbonadas. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor	BLK	200		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
		información se adjunta muestra del formato).				
24	Informe Citologico	Informe Citológico 8 1/2" X 7". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	800		
25	Informe de Alta Hospitalaria	Informe de Alta Hospitalaria 8 1/2" x 11". Impreso en papel bond blanco B-16, original y copia a color, carbonada block de 100 juegos. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	100		
26	Informe de Hospitalizacion y Alta	Informe de Hospitalización y Alta 81/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, sólo por el anverso, original y dos copias: azul y amarillo block de 50 juegos. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	800		
27	Informe Diario del Medico.	Informe Diario del Médico 17" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	800		
28	Informe Complementarios	Informes Complementarios 8 1/2" X 11". Impresos en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso, block de 200 hojas orginales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	1,400		
29	Ingestas y Excretas	Ingestas y Excretas 8 1/2 X 11. Impresos en papel bond blanco B-16, por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en	BLK	120		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
		papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).				
30	Movimiento Diario De Pacientes	Movimiento Diario de Pacientes 12 1/2" X 8 1/2". Impreso en papel bond B-16 sólo por el anverso, original y copia color azul celeste, carbonada, block de 100 juegos. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	180		
31	Orden de Atencion al Especialista	Orden de Atención al Especialista 8 1/2" X 6 3/4". Impreso en papel bond blanco B-16, sólo por el anverso, original y copia color verde, carbonada, block de 100 juegos. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	700		
32	Orden Medica Hospitalaria	Orden Médica Hospitalaria 8 1/2" X 11". Impresa en papel quimico, sólo por el anverso, original y dos copias: verde y amarilla block de 50 juegos, enumeradas en tinta color rojo. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	2,000		
33	Partograma IHSS	Partograma IHSS 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, solo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	20		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
34	Primoatencion Ambulatoria Del Adulto	Hojas de Primo Atención Ambulatoria del Adulto Subsiguiente 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, por anverso y reverso, pie con cabeza, block de 200 horas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	90		
35	Receta Medica Blanca	Receta Médica Blanca 6 1/2" X 4 1/4". Impresas en papel bond blanco B-16 original, sólo por el anverso, enumeradas, block de 200 hojas originales, cada uno con talon para area engomada y perforación horizontal en la parte inferior del formato, con doble enumeración en tinta color rojo, el logo del IHSS de fondo en el cuerpo de la receta, insertar el número de código SAP en la parte inferior derecha, lineas y logotipo en tinta color verde. Presentación en cajas selladas, faciles de manupular, rotuladas, que se ajusten al tamaño del formato para que no se doblen las esquinas y con una muestra visible adherida a cada caja. (para mayor información se adjunta muestra del formato). **La Gerencia del Régimen de Seguro de Atención de la Salud facilitara la numeración correspondiente de acuerdo al registro existente.**	BLK	18,000		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
36	Receta Medica Rosada	Receta Médica Rosada 6 1/2" X 4 1/4". Impresas en papel bond rosado B-16 original, sólo por el anverso, enumeradas, block de 200 hojas originales, cada uno, con talon para area engomada y perforación horizontal en la parte inferior del formato, con doble enumeración en tinta color negro, el logo del IHSS de fondo en el cuerpo de la receta, insertar el número de código SAP en la parte inferior derecha, lineas y logotipo en tinta color negro. Presentación en cajas selladas, faciles de manupular, rotuladas, que se ajusten al tamaño del formato para que no se doblen las esquinas y con una muestra visible adherida a cada caja. (para mayor información se adjunta muestra del formato). **La Gerencia del Régimen de Seguro de Atención de la Salud facilitara la numeración correspondiente de acuerdo al registro existente.**	BLK	3,000		
37	Referencia Y Contra Referencia	Referencia y Contra Referencia del paciente 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16 por anverso y reverso, pie con cabeza, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	2,000		
38	Registro de Actividades Quirurgicas	Registro de Actividades Quirúrgicas 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16, por anverso y reverso block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	190		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
39	Registro de Medicamentos	Registro de Medicamentos 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso; block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	550		
40	Remision al Especialista.	Remision al Especialista 8 1/2" X 3 1/2". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso; block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	1,000		
41	Servicio de Patología y Citología	Servicio de Patología y Citología, 8 1/2" X 5 1/2" Impreso en papel bond b-16, color blanco, solo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	360		
42	Solicitud de Electrocardiograma	Solicitud de Electrocardiograma 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso; block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	240		
43	Solicitud de Mamografia Radiologia	Solicitud de Mamografia 8 1/2" X 11". Impreso en papel bond B-16, por anverso y reverso, original y una copia rosada, block de 100 juegos. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	160		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
44	Solicitud de Operacion	Solicitud de Operación 81/2" X 5 1/2". Impreso en papel bond blanco B-16 sólo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	120		
45	Solicitud De Transfusion	Solicitud de Transfusión 8 1/2" X 5 1/2". Impreso en papel bond color rosado B-16, por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	530		
46	Solicitud Ultrasonido	Solicitud ultrasonido, Depto. de Radiologia e Imagen 8 1/2" x 11". Impreso en papel bond B-16, color blanco, por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	700		
47	Solicitud E Informe De Usg Obstetrico	Solicitud e informe de ultrasonido obstetrico 8 1/2" x 11". Impreso en papel bond B-16, por anverso y reverso, 0riginal, y una copia verde , block de 100 juegos. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	350		
48	Tarjeta Clinica Oftalmologica	Tarjeta clínica oftalmológica 51/2" X 31/2". Impresa en cartulina color blanco B-100, sólo por el anverso. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	1,100		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
49	Bolsa para el Despacho de Medicamentos	Bolsa para Despacho de Medicamentos 4 1/4" X 6". Impresas en papel bond blanco B-16, con impresión por el anverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 1000 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	5,000,000		
50	Cambio de Turno y Permiso	Cambio de Turno y Permiso 8 1/2" X 5 1/2". Impreso en papel bond blanco B-16, solo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	400		
51	Informe Diario Mensual Instrumento Cs-1	Informe Diario Mensual Consejería Instrumento CS-1, 13" X 8 1/2". Impreso en papel bond blanco B-16, por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	30		
52	Sobre Para Archivar Peliculas Rayos X	Sobres Manila Membretados para archivar Peliculas de Rayos X 19" X 15", tamaño de la aleta 2 1/8" abrir por la parte izquierda. Impresa en papel manila. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	85,700		
53	Solicitud de Examen Laboratorio 8 1/2x13	Solicitud de Examenes de Laboratorio Clínico, 8 1/2 X 13. Impreso en papel bonb blanco B-16, solo por el anverso, block de 200 hojas originales, Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	4,250		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
54	Tarjeta de Atencion Integral del Niño	Tarjeta de Atencion Integral del Niño, 16 1/4 X 8 1/2, impreso en cartoncillo calibre 0.012, con dobles en forma vertical, a dos colores azul y negro, por anverso y reverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	3,000		
55	Tarjeta de Atencion Integral de la Niña	Tarjeta de Atencion Integral de la Niña, 16 1/4 X 8 1/2, impreso en cartoncillo calibre 0.012, con dobles en forma vertical, a dos colores rosado y negro, por anverso y reverso. Presentación paquetes forrados en papel manila de 500 unidades, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	UND	1,000		
56	Solicitud de Examen de VIH/SIDA	Solicitud de Examen de VIH/SIDA, Departamento de Protección y Promoción de la Salud 8 1/2" x 6 1/2". Impreso en papel bond blanco B-20 por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	80		
57	Solicitud De Radiología	Solicitud de Radiología (Departamento de Radiología e Imagen) 8 1/2" x 11". Impreso en papel bond blanco B-20, por anverso y reverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquetes forrados en papel manila, fáciles de manipular, rotulados y una muestra visible adherida al paquete. (para mayor información se adjunta muestra del formato).	BLK	2,500		

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
58	Listado De Mujeres Embarazadas (Lisem)	Listado de mujeres embarazadas (LISEM), tamaño 16"x30". Impreso en papel bond B- 20 color blanco, solo por el anverso, Blk de 50 hojas. Además del logo de la institucion agregar el logo de la Secretaría de Salud. Presentación paquete forrado en papel manila, facil de manipular, rotulado y una muestra visible adherida al paquete (para mejor informacion se adjunta muestras del formato)	BLK	187		
59	Listado Mujeres En Edad Fértil (Lismef)	Listado de mujeres en edad fértil (LISMEF), tamaño 16"x30". Impreso en papel bond B- 20 color blanco, solo por el anverso, Blk de 50 hojas. Además del logo de la institucion agregar el logo de la Secretaría de Salud. Presentación paquete forrado en papel manila, facil de manipular, rotulado y una muestra visible adherida al paquete (para mejor informacion se adjunta muestras del formato)	BLK	187		
60	Listado Vigilancia Vacunación Vph Y Td	Listado de vigilancia de vacunación con VPH y Td adolescentes mujeres, tamaño 14"x27". Impreso en papel bond B- 20 color blanco, sólo por el anverso, Blk de 50 hojas. Además del logo de la institucion agregar el logo de la Secretaría de Salud. Presentación paquete forrado en papel manila, facil de manipular, rotulado y una muestra visible adherida al paquete (para mejor informacion se adjunta muestras del formato)	BLK	187		
61	Carnet De Actividad Fisica Para La Salud	Carnet de Actividad Física para la Salud, elaborado en cartulina blanca, impreso por ambos lados full color tamaño 8.30 pulgadas X 5 1/4 de pulgada. Presentación paquete forrado en papel manila, facil de manipular, rotulado y una muestra visible adherida al paquete (para mejor informacion se adjunta muestras del formato)	UND	3,600		
62	Ficha Farmacoterapeutica 8 1/2 X 11 Pulg	Ficha Farmacoterapeutica de 8 ½" X 11". Impresa en papel bond base 16, solo por el anverso, block de 200 hojas originales. Presentación paquete forrado en papel manila, facil de manipular, rotulado y una muestra visible adherida al	BLK	24		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Item	Descripción Corta	Especificaciones Téncicas	UP	Cant.	Precio Unitario	Total
		paquete (para mejor informacion se adjunta muestras del formato)				
Total						

Nombre del Oferente [indicar el nombre completo del Oferente] Firma del Oferente [firma de la persona que firma la Oferta] Fecha [Indicar Fecha]

El valor total de la oferta no deberá comprender los impuestos sobre ventas, ya que el IHSS está exento de ellos, de ser adjudicado se extenderá una orden de compra exenta.

FORMATO GARANTIA MANTENIMIENTO DE OFERTA

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA

DE MANTENIMIENTO DE OFERTA Nº _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la **OFERTA**, presentada en la licitación _____

SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA: _____

VIGENCIA **De:** _____ **Hasta:** _____

BENEFICIARIO: _____

CLÁUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: "LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA SERÁ EJECUTADA POR EL MONTO TOTAL DE LA MISMA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BENEFICIARIO, 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, AMBAS 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 BENEFICIARIO no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial 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 AUTORIZADA

Autorización del Fabricante NO APLICA

*[El Oferente solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membrete del Fabricante y deberá estar firmado por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan el Fabricante. El Oferente lo deberá incluir en su oferta, si así se establece en los **DDL**.]*

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

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

Alternativa No.: *[indicar el No. de identificación si esta es una oferta por una alternativa]*

A: [*indicar el nombre completo del Comprador]*

POR CUANTO

Nosotros *[nombre completo del fabricante]*, como fabricantes oficiales de *[indique el nombre de los bienes fabricados]*, con fábricas ubicadas en *[indique la dirección completa de las fábricas]* mediante el presente instrumento autorizamos a *[indicar el nombre y dirección del Oferente]* a presentar una oferta con el solo propósito de suministrar los siguientes Bienes de fabricación nuestra *[nombre y breve descripción de los bienes]*, y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, conforme a la cláusula 27 de las Condiciones Generales del Contrato, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Firma: _____
[firma del(los) representante(s) autorizado(s) del fabricante]

Nombre: *[indicar el nombre completo del representante autorizado del Fabricante]*

Cargo: [*indicar cargo]*

Debidamente autorizado para firmar esta Autorización en nombre de: *[nombre completo del Oferente]*

Fechado en el día _____ de _____de 200__ *[fecha de la firma]*

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Sección V. Países Elegibles

En esta licitación son elegibles bienes y empresas de todos los países, a condición de que cumplan los requisitos de participación establecidos en los Pliegos y en la Ley Hondureña.

PARTE 2 – Requisitos de los Bienes y Servicios

Sección VI. Lista de Requisitos

Índice

1. Lista de Bienes y Plan de Entregas .....
2. Lista de Servicios Conexos y Cronograma de Cumplimiento .....
3. Especificaciones Técnicas .....
4. Planos o Diseños .....
5. Inspecciones y Pruebas .....

Notas para la preparación de la Lista de Requisitos

El Comprador deberá incluir la Lista de Requisitos en los documentos de licitación, y deberá abarcar como mínimo, una descripción de los bienes y servicios a ser proporcionados y un plan de entregas.

La Lista de Requisitos tiene como objetivo proporcionar suficiente información para que los Oferentes puedan preparar sus ofertas eficientemente y con precisión, particularmente la Lista de Precios, para la cual se proporciona un formulario en la Sección IV. Además, la Lista de Requisitos, conjuntamente con la Lista de Precios, servirá como base en caso de que haya una variación de cantidades en el momento de la adjudicación del contrato, de conformidad con la Cláusula 41 de las IAO.

La fecha o el plazo de entrega deberá ser establecido cuidadosamente, teniendo en cuenta: (a) las implicaciones de los términos de entrega estipulados en las IAO, de conformidad con las provisiones de los Incoterms (es decir, los términos DDP, DPA, CIP, FCA y CPT), y (b) la fecha establecida aquí a partir de la cual empiezan las obligaciones del Proveedor relacionadas con la entrega (es decir, la notificación de adjudicación, la firma del contrato, la apertura o confirmación de la carta de crédito).

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

LISTA DE BIENES Y PLAN DE ENTREGA

No.	Material	Descripción Corta	Presentación	Cantidad	Tiempos de Entrega		
					Primera Entrega	Segunda Entrega	Tercera Entrega
					45 dias calendarios despues de la recepcion de la Orden de Compra	30 dias calendarios despues de la primera entrega	30 dias calendarios posterior a la segunda entrega
					Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
1	2300000006	Autorizacion Intervencion Quirurgica	BLK	120	50%	25%	25%
2	2300000016	Carnet Perinatal	UND	22,000	50%	25%	25%
3	2300000023	Certificado Incapacidad Temporal	BLK	9,000	50%	25%	25%
4	2300000024	Cita Medica	BLK	800	50%	25%	25%
5	2300000042	Control de Consultas.	BLK	60	50%	50%	0%
6	2300000051	Control de Sueros	UND	26,300	50%	25%	25%
7	2300000072	Hoja de Evolucion	BLK	5,000	50%	25%	25%
8	2300000073	Examen Fisico Del Recien Nacido	BLK	100	50%	50%	0%
9	2300000074	Expediente Clínico Asegurado Directo	UND	116,500	50%	25%	25%
10	2300000075	Expediente Clinico Identificacion Niño	UND	350,000	50%	25%	25%
11	2300000076	Expediente Clinico Falso	UND	100,000	50%	25%	25%
12	2300000077	Expediente Clínico Para Beneficiario	UND	190,000	50%	25%	25%
13	2300000084	Ficha Familiar	UND	30,000	50%	50%	0%
14	2300000089	Frecuencia de Medicamentos Inyectables	UND	50,000	50%	25%	25%
15	2300000090	Frecuencia de Medicamentos Orales	UND	40,000	50%	50%	0%
16	2300000092	Gerencia De Anestesia Pre Anestesia	BLK	3,500	50%	25%	25%
17	2300000097	Grafico Clinico	BLK	1,000	50%	50%	0%
18	2300000100	Papel Certificado de Incapacidad Temporal Laboral	UND	120,000	50%	25%	25%
19	2300000103	Historia Clinica.	BLK	2,200	50%	25%	25%
20	2300000111	Hoja de Solicitud para Estudio de VIH	BLK	300	50%	25%	25%
21	2300000112	Hoja de Consentimiento Informado	BLK	850	50%	25%	25%
22	2300000114	Hoja De Control Post-Operatorio	BLK	120	50%	50%	0%
23	2300000135	Informe Asistencia Servicio Emergencia	BLK	200	50%	25%	25%
24	2300000136	Informe Citologico	BLK	800	50%	25%	25%
25	2300000140	Informe de Alta Hospitalaria	BLK	100	50%	25%	25%
26	2300000143	Informe de Hospitalizacion y Alta	BLK	800	50%	50%	0%
27	2300000152	Informe Diario del Medico.	BLK	800	50%	25%	25%
28	2300000163	Informe Complementarios	BLK	1,400	50%	25%	25%

29	2300000164	Ingestas y Excretas	BLK	120	50%	50%	0%
30	2300000185	Movimiento Diario De Pacientes	BLK	180	50%	50%	0%
31	2300000192	Orden de Atencion al Especialista	BLK	700	50%	25%	25%
32	2300000194	Orden Medica Hospitalaria	BLK	2,000	50%	25%	25%
33	2300000198	Partograma IHSS	BLK	20	100%		0%
34	2300000205	Primoatencion Ambulatoria Del Adulto	UND	90	50%	50%	0%
35	2300000207	Receta Medica Blanca	BLK	18,000	50%	25%	25%
36	2300000208	Receta Medica Rosada	BLK	3,000	50%	50%	0%
37	2300000211	Referencia Y Contra Referencia	BLK	2,000	50%	50%	0%
38	2300000214	Registro de Actividades Quirurgicas	BLK	190	50%	25%	25%
39	2300000215	Registro de Medicamentos	BLK	550	50%	25%	25%
40	2300000225	Remision al Especialista.	BLK	1,000	50%	25%	25%
41	2300000237	Servicio de Patología y Citología	BLK	360	50%	50%	0%
42	2300000240	Solicitud de Electrocardiograma	BLK	240	50%	25%	25%
43	2300000243	Solicitud de Mamografia Radiologia	BLK	160	50%	25%	25%
44	2300000244	Solicitud de Operacion	BLK	120	50%	50%	0%
45	2300000247	Solicitud De Transfusion	BLK	530	50%	25%	25%
46	2300000248	Solicitud Ultrasonido	BLK	700	50%	25%	25%
47	2300000250	Solicitud E Informe De Usg Obstetrico	BLK	350	50%	50%	0%
48	2300000262	Tarjeta Clinica Oftalmologica	UND	1,100	50%	50%	0%
49	2300000296	Bolsa para el Despacho de Medicamentos	UND	5,000,000	50%	25%	25%
50	2300000297	Cambio de Turno y Permiso	BLK	400	50%	25%	25%
51	2300000349	Informe Diario Mensual Instrumento Cs-1	BLK	30	100%		
52	2300000393	Sobre Para Archivar Peliculas Rayos X	UND	85,700	50%	25%	25%
53	2300000773	Solicitud de Examen Laboratorio	BLK	4,250	50%	25%	25%
54	2300000987	Tarjeta de Atencion Integral del Niño	UND	3,000	50%	25%	25%
55	2300000988	Tarjeta de Atencion Integral de la Niña	UND	1,000	50%	50%	0%
56	2300001089	Solicitud de Examen de VIH/SIDA	BLK	80	50%	50%	0%
57	2300001229	Solicitud De Radiología	BLK	2,500	50%	50%	0%
58	2300001349	Listado De Mujeres Embarazadas (Lisem)	BLK	187	50%	50%	0%
59	2300001350	Listado Mujeres En Edad Fértil (Lismef)	BLK	187	50%	50%	0%
60	2300001351	Listado Vigilancia Vacunación Vph Y Td	BLK	187	50%	50%	0%
61	2300001439	Carnet De Actividad Fisica Para La Salud	UND	3,600	50%	50%	0%
62	2300001449	Ficha Farmacoterapeutica	BLK	24	100%	0%	0%

Nombre del Oferente [indicar el nombre completo del Oferente] Firma del Oferente [firma de la persona que firma la Oferta] Fecha [*Indicar Fecha*

CONDICIONES

1. De acuerdo a los requerimientos de los tipos de empaque requeridos, los oferentes deberán indicar claramente en sus ofertas el tipo de empaqué que ofrecen.
2. Presentar con su oferta un arte elaborado según muestra entregada por cada partida de acuerdo a las copias proporcionadas.
3. No se aceptarán como artes, las mismas copias que envía el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), ya que éstos deben elaborarse según formato que se proporcione.
4. Para la papelería que requiera numeración, la Gerencia del Régimen de Seguro de Atención a la Salud proporcionará la misma hasta el momento de la presentación del formato de diseño al Proveedor adjudicado.
5. Los suministros deberán cumplir con las Especificaciones Técnicas de acuerdo al listado adjunto.

4. Muestras

Estos documentos incluyen arte o diseños de la papelería a adquirir:

Lista de Muestras		
Partida No	**Nombre de la muestra**	**Medida**

5. Inspecciones y Pruebas (NO APLICA)

Las siguientes inspecciones y pruebas se realizarán: *[insertar la lista de inspecciones y pruebas]*

PARTE 3 – Contrato

Sección VII. Condiciones Generales del Contrato

Índice de Cláusulas

1. Definiciones 78
2. Documentos del Contrato 79
3. Fraude y Corrupción 79
4. Interpretación 80
5. Idioma 81
6. Consorcio 81
7. Elegibilidad 81
8. Notificaciones 83
9. Ley aplicable 83
10. Solución de controversias 83
11. Alcance de los suministros 83
12. Entrega y documentos 83
13. Responsabilidades del Proveedor 83
14. Precio del Contrato 83
15. Condiciones de Pago 84
16. Impuestos y derechos 84
17. Garantía Cumplimiento 84
18. Derechos de Autor 85
19. Confidencialidad de la Información 85
20. Subcontratación 86
21. Especificaciones y Normas 86
22. Embalaje y Documentos 87
23. Seguros 87
24. Transporte 87
25. Inspecciones y Pruebas 88
26. Liquidación por Daños y Perjuicios 89
27. Garantía de los Bienes 89
28. Indemnización por Derechos de Patente 90
29. Limitación de Responsabilidad 91
30. Cambio en las Leyes y Regulaciones 92
31. Fuerza Mayor 92
32. Órdenes de Cambio y Enmiendas al Contrato 92
33. Prórroga de los Plazos 93
34. Terminación 93
35. Cesión 95

Sección VII. Condiciones Generales del Contrato

1. Definiciones

1.1. Las siguientes palabras y expresiones tendrán los significados que aquí se les asigna:

(a) "El Sitio del Proyecto", donde corresponde, significa el lugar citado en las **CEC**.

(b) "Contrato" significa el Contrato celebrado entre el Comprador y el Proveedor, junto con los documentos del Contrato allí referidos, incluyendo todos los anexos y apéndices, y todos los documentos incorporados allí por referencia.

(c) "Documentos del Contrato" significa los documentos enumerados en el Contrato, incluyendo cualquier enmienda.

(d) "Precio del Contrato" significa el precio pagadero al Proveedor según se especifica en el Contrato, sujeto a las condiciones y ajustes allí estipulados o deducciones propuestas, según corresponda en virtud del Contrato.

(e) "Día" significa día calendario.

(f) "Cumplimiento" significa que el Proveedor ha completado la prestación de los Servicios Conexos de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el Contrato.

(g) "CGC" significa las Condiciones Generales del Contrato.

(h) "Bienes" significa todos los productos, materia prima, maquinaria y equipo, y otros materiales que el Proveedor deba proporcionar al Comprador en virtud del Contrato.

(i) "Comprador" significa la entidad que compra los Bienes y Servicios Conexos, según se indica en las **CEC**.

(j) "Servicios Conexos" significan los servicios incidentales relativos a la provisión de los bienes, tales como transporte, seguro, instalación, puesta en servicio, capacitación y mantenimiento inicial y otras obligaciones similares del Proveedor en virtud del Contrato.

(k) "CEC" significa las Condiciones Especiales del Contrato.

(l) "Subcontratista" significa cualquier persona natural, entidad privada con quienes el Proveedor ha subcontratado el

suministro de cualquier porción de los Bienes o la ejecución de cualquier parte de los Servicios.

(m) "Proveedor" significa la persona natural, jurídica cuya oferta para ejecutar el contrato ha sido aceptada por el Comprador y es denominada como tal en el Contrato.

2. Documentos del Contrato

2.1 Sujetos al orden de precedencia establecido en el Contrato, se entiende que todos los documentos que forman parte integral del Contrato (y todos sus componentes allí incluidos) son correlativos, complementarios y recíprocamente aclaratorios. El Contrato deberá leerse de manera integral.

3. Fraude y Corrupción

3.1 El Estado Hondureño exige a todos los organismos ejecutores y organismos contratantes, al igual que a todas las firmas, entidades o personas oferentes por participar o participando en procedimientos de contratación, incluyendo, entre otros, solicitantes, oferentes, contratistas, consultores y concesionarios (incluyendo sus respectivos funcionarios, empleados y representantes), observar los más altos niveles éticos durante el proceso de selección y las negociaciones o la ejecución de un contrato. Los actos de fraude y corrupción están prohibidos.

3.2 El Comprador, así como cualquier instancia de control del Estado Hondureño tendrán el derecho revisar a los Oferentes, proveedores, contratistas, subcontratistas, consultores y concesionarios sus cuentas y registros y cualesquiera otros documentos relacionados con la presentación de propuestas y con el cumplimiento del contrato y someterlos a una auditoría por auditores designados por el Comprador, o la respectiva instancia de control del Estado Hondureño. Para estos efectos, el Proveedor y sus subcontratistas deberán: (i) conserven todos los documentos y registros relacionados con este Contrato por un período de tres (5) años luego de terminado el trabajo contemplado en el Contrato; y (ii) entreguen todo documento necesario para la investigación de denuncias de fraude o corrupción, y pongan a la disposición del Comprador o la respectiva instancia de control del Estado Hondureño, los empleados o agentes del Proveedor y sus subcontratistas que tengan conocimiento del Contrato para responder las consultas provenientes de personal del Comprador o la respectiva instancia de control del Estado Hondureño o de cualquier investigador, agente, auditor o consultor apropiadamente designado para la revisión o auditoría de los documentos. Si el Proveedor o cualquiera de sus subcontratistas incumple el requerimiento del Comprador o la respectiva instancia de control del Estado Hondureño, o de cualquier otra forma obstaculiza la revisión del asunto por éstos, el Comprador o la respectiva instancia de control del Estado Hondureño bajo su sola discreción,

podrá tomar medidas apropiadas contra el Proveedor o subcontratista para asegurar el cumplimiento de esta obligación.

3.3 Los actos de fraude y corrupción son sancionados por la Ley de Contratación del Estado, sin perjuicio de la responsabilidad en que se pudiera incurrir conforme al Código Penal.

4. Interpretación

4.1 Si el contexto así lo requiere, el singular significa el plural, y viceversa.

4.2 Incoterms

(a) El significado de cualquier término comercial, así como los derechos y obligaciones de las partes serán los prescritos en los Incoterms, a menos que sea inconsistente con alguna disposición del Contrato.

(b) El término DDP, DPA y otros similares, cuando se utilicen, se regirán por lo establecido en la edición vigente de los Incoterms especificada en la CEC, y publicada por la Cámara de Comercio Internacional en París, Francia.

4.3 Totalidad del Contrato

El Contrato constituye la totalidad de lo acordado entre el Comprador y el Proveedor y substituye todas las comunicaciones, negociaciones y acuerdos (ya sea escritos o verbales) realizados entre las partes con anterioridad a la fecha de la celebración del Contrato.

4.4 Enmienda

Ninguna enmienda u otra variación al Contrato será válida a menos que esté por escrito, fechada y se refiera expresamente al Contrato, y esté firmada por un representante de cada una de las partes debidamente autorizado.

4.5 Limitación de Dispensas

(a) Sujeto a lo indicado en la Sub cláusula 4.5(b) siguiente de estas CGC, ninguna dilación, tolerancia, demora o aprobación por cualquiera de las partes al hacer cumplir algún término y condición del Contrato o el otorgar prórrogas por una de las partes a la otra, perjudicará, afectará o limitará los derechos de esa parte en virtud del Contrato. Asimismo, ninguna dispensa concedida por cualquiera de las partes por un incumplimiento del Contrato, servirá de dispensa para incumplimientos posteriores o continuos del Contrato.

(b) Toda dispensa a los derechos, poderes o remedios de una de las partes en virtud del Contrato, deberá ser por escrito, llevar la fecha y estar firmada por un representante autorizado de la parte otorgando dicha dispensa y deberá especificar la obligación que está dispensando y el alcance de la dispensa.

4.6 Divisibilidad

Si cualquier provisión o condición del Contrato es prohibida o resultase inválida o inejecutable, dicha prohibición, invalidez o falta de ejecución no afectará la validez o el cumplimiento de las otras provisiones o condiciones del Contrato.

5. Idioma

5.1 El Contrato, así como toda la correspondencia y documentos relativos al Contrato intercambiados entre el Proveedor y el Comprador, deberán ser escritos en español. Los documentos de sustento y material impreso que formen parte del Contrato, pueden estar en otro idioma siempre que los mismos estén acompañados de una traducción fidedigna de los apartes pertinentes al español y, en tal caso, dicha traducción prevalecerá para efectos de interpretación del Contrato.

5.2 El Proveedor será responsable de todos los costos de la traducción al idioma que rige, así como de todos los riesgos derivados de la exactitud de dicha traducción de los documentos proporcionados por el Proveedor.

6. Consorcio

6.1 Si el Proveedor es un Consorcio, todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunada 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 Consorcio. La composición o constitución del Consorcio no podrá ser alterada sin el previo consentimiento del Comprador.

7. Elegibilidad

7.1 El Proveedor y sus Subcontratistas deberán tener plena capacidad de ejercicio, y no hallarse comprendidos en alguna de las circunstancias siguientes:

(a) Haber sido condenados mediante sentencia firme por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe pública, cohecho, enriquecimiento ilícito, negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas, malversación de caudales públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores o representantes se encuentran en

situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de las mismas;

(b) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;

(c) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la República;

(d) 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;

(e) 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;

(f) 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;

(g) 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; e,

(h) Estar suspendido del Registro de Proveedores y Contratistas o tener vigente sanción de suspensión para participar en procedimientos de contratación administrativa.

8. Notificaciones

8.1 Todas las notificaciones entre las partes en virtud de este Contrato deberán ser por escrito y dirigidas a la dirección indicada en las **CEC**. El término "por escrito" significa comunicación en forma escrita con prueba de recibo.

8.2 Una notificación será efectiva en la fecha más tardía entre la fecha de entrega y la fecha de la notificación.

9. Ley aplicable

9.1 El Contrato se regirá y se interpretará según las leyes Hondureñas.

10. Solución de controversias

10.1 El Comprador y el Proveedor harán todo lo posible para resolver amigablemente mediante negociaciones directas informales, cualquier desacuerdo o controversia que se haya suscitado entre ellos en virtud o en referencia al Contrato.

10.2 Cualquier divergencia que se presente sobre un asunto que no se resuelva mediante un arreglo entre el Proveedor y el Comprador, deberá ser resuelto por éste, quien previo estudio del caso dictará su resolución y la comunicará al reclamante.

10.3 Contra la resolución del Comprador quedará expedita la vía judicial ante los tribunales de lo Contencioso Administrativo, salvo que las **CEC** establezcan la posibilidad de acudir al Arbitraje.

11. Alcance de los suministros

11.1 Los Bienes y Servicios Conexos serán suministrados según lo estipulado en la Lista de Requisitos.

12. Entrega y documentos

12.1 Sujeto a lo dispuesto en la Sub cláusula 32.1 de las CGC, la Entrega de los Bienes y Cumplimiento de los Servicios Conexos se realizará de acuerdo con el Plan de Entrega y Cronograma de Cumplimiento indicado en la Lista de Requisitos. Los detalles de los documentos que deberá suministrar el Proveedor se especifican en las **CEC**.

13. Responsabilidades del Proveedor

13.1 El Proveedor deberá proporcionar todos los bienes y Servicios Conexos incluidos en el Alcance de Suministros de conformidad con la Cláusula 11 de las CGC y el Plan de Entrega y Cronograma de Cumplimiento, de conformidad con la Cláusula 12 de las CGC.

14. Precio del Contrato

14.1 Los precios que cobre el Proveedor por los Bienes proporcionados y los Servicios Conexos prestados en virtud del contrato no podrán

ser diferentes de los cotizados por el Proveedor en su oferta, excepto por cualquier ajuste de precios autorizado en las **CEC**.

15. Condiciones de Pago

15.1 El precio del Contrato se pagará según se establece en las **CEC**.

15.2 La solicitud de pago del Proveedor al Comprador deberá ser por escrito, acompañada de documentación de soporte que describan, según corresponda, los Bienes entregados y los Servicios Conexos cumplidos, y de los documentos presentados de conformidad con las Cláusulas 7.4 y 12 de las CGC y en cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el Contrato.

15.3 El Comprador efectuará los pagos prontamente, pero de ninguna manera podrá exceder cuarenta y cinco (45) días después de la presentación de una factura o solicitud de pago por el Proveedor, y después de que el Comprador la haya aceptado.

15.4 Las monedas en que se le pagará al Proveedor en virtud de este Contrato serán aquellas que el Proveedor hubiese especificado en su oferta.

15.5 Si el Comprador no efectuara cualquiera de los pagos al Proveedor en las fechas de vencimiento correspondiente o dentro del plazo establecido en las **CEC**, el Comprador pagará al Proveedor interés sobre los montos de los pagos morosos a la tasa de interés establecida en las **CEC**, por el período de la demora hasta que haya efectuado el pago completo, ya sea antes o después de cualquier juicio o fallo de arbitraje.

16. Impuestos y derechos

16.1 El Proveedor será totalmente responsable por todos los impuestos, gravámenes, timbres, comisiones por licencias, y otros cargos similares incurridos hasta la entrega de los Bienes contratados con el Comprador.

16.2 El Comprador interpondrá sus mejores oficios para que el Proveedor se beneficie con el mayor alcance posible de cualquier exención impositiva, concesiones, o privilegios legales que pudiesen aplicar al Proveedor en Honduras.

17. Garantía Cumplimiento

17.1 El Proveedor, dentro de los siguientes treinta (30) días de la notificación de la adjudicación del Contrato, deberá suministrar la Garantía de Cumplimiento del Contrato por el monto equivalente al quince por ciento (15%) del valor del contrato.

17.2 Los recursos de la Garantía de Cumplimiento serán pagaderos al Comprador como indemnización por cualquier pérdida que le

pudiera ocasionar el incumplimiento de las obligaciones del Proveedor en virtud del Contrato.

17.3 Como se establece en las **CEC**, la Garantía de Cumplimiento, si es requerida, deberá estar denominada en la(s) misma(s) moneda(s) del Contrato, o en una moneda de libre convertibilidad aceptable al Comprador, y presentada en una de los formatos estipuladas por el Comprador en las **CEC**, u en otro formato aceptable al Comprador.

17.4 La validez de la Garantía de Cumplimiento excederá en tres (3) meses la fecha prevista de culminación de la entrega de los bienes.

17.5 Efectuada que fuere la entrega de los bienes y realizada la liquidación del contrato, cuando se establezca en las **CEC**, el Proveedor sustituirá la garantía de cumplimiento del contrato por una garantía de calidad de los bienes suministrados, con vigencia por el tiempo previsto en las **CEC** y cuyo monto será equivalente al cinco por ciento (5%) del valor del Contrato.

18. Derechos de Autor

18.1 Los derechos de autor de todos los planos, documentos y otros materiales conteniendo datos e información proporcionada al Comprador por el Proveedor, seguirán siendo de propiedad del Proveedor. Si esta información fue suministrada al Comprador directamente o a través del Proveedor por terceros, incluyendo proveedores de materiales, el derecho de autor de dichos materiales seguirá siendo de propiedad de dichos terceros.

19. Confidencialidad de la Información

19.1 El Comprador y el Proveedor deberán mantener confidencialidad y en ningún momento divulgarán a terceros, sin el consentimiento por escrito de la otra parte, documentos, datos u otra información que hubiera sido directa o indirectamente proporcionada por la otra parte en conexión con el Contrato, antes, durante o después de la ejecución del mismo. No obstante lo anterior, el Proveedor podrá proporcionar a sus Subcontratistas los documentos, datos e información recibidos del Comprador para que puedan cumplir con su trabajo en virtud del Contrato. En tal caso, el Proveedor obtendrá de dichos Subcontratistas un compromiso de confidencialidad similar al requerido del Proveedor bajo la Cláusula 19 de las CGC.

19.2 El Comprador no utilizará dichos documentos, datos u otra información recibida del Proveedor para ningún uso que no esté relacionado con el Contrato. Asimismo el Proveedor no utilizará

los documentos, datos u otra información recibida del Comprador para ningún otro propósito que el de la ejecución del Contrato.

19.3 La obligación de las partes de conformidad con las Sub cláusulas19.1 y 19.2 de las CGC arriba mencionadas, no aplicará a información que:

(a) el Comprador o el Proveedor requieran compartir con el Banco u otras instituciones que participan en el financiamiento del Contrato;

(b) actualmente o en el futuro se hace de dominio público sin culpa de ninguna de las partes;

(c) puede comprobarse que estaba en posesión de esa parte en el momento que fue divulgada y no fue obtenida previamente directa o indirectamente de la otra parte; o

(d) que de otra manera fue legalmente puesta a la disponibilidad de esa parte por una tercera parte que no tenía obligación de confidencialidad.

19.4 Las disposiciones precedentes de esta cláusula 19 de las CGC no modificarán de ninguna manera ningún compromiso de confidencialidad otorgado por cualquiera de las partes a quien esto compete antes de la fecha del Contrato con respecto a los Suministros o cualquier parte de ellos.

19.5 Las disposiciones de la Cláusula 19 de las CGC permanecerán válidas después del cumplimiento o terminación del contrato por cualquier razón.

20. Subcontratación

20.1 El Proveedor informará al Comprador por escrito de todos los subcontratos que adjudique en virtud del Contrato si no los hubiera especificado en su oferta. Dichas notificaciones, en la oferta original o posteriores, no eximirán al Proveedor de sus obligaciones, deberes y compromisos o responsabilidades contraídas en virtud del Contrato.

20.2 Todos los subcontratos deberán cumplir con las disposiciones de las Cláusulas 3 y 7 de las CGC.

21. Especificaciones y Normas

21.1 Especificaciones Técnicas y Planos

(a) Los Bienes y Servicios Conexos proporcionados bajo este contrato deberán ajustarse a las especificaciones técnicas y a las normas estipuladas en la Sección VI, Lista de Requisitos y, cuando no se hace referencia a una norma aplicable, la

norma será equivalente o superior a las normas oficiales cuya aplicación sea apropiada en el país de origen de los Bienes.

(b) El Proveedor tendrá derecho a rehusar responsabilidad por cualquier diseño, dato, plano, especificación u otro documento, o por cualquier modificación proporcionada o diseñada por o en nombre del Comprador, mediante notificación al Comprador de dicho rechazo.

(c) Cuando en el Contrato se hagan referencias a códigos y normas conforme a las cuales éste debe ejecutarse, la edición o versión revisada de dichos códigos y normas será la especificada en la Lista de Requisitos. Cualquier cambio de dichos códigos o normas durante la ejecución del Contrato se aplicará solamente con la aprobación previa del Comprador y dicho cambio se regirá de conformidad con la Cláusula 32 de las CGC.

22. Embalaje y Documentos

22.1 El Proveedor embalará los bienes en la forma necesaria para impedir que se dañen o deterioren durante el transporte al lugar de destino final indicado en el Contrato. El embalaje deberá ser adecuado para resistir, sin limitaciones, su manipulación brusca y descuidada, su exposición a temperaturas extremas, la sal y las precipitaciones, y su almacenamiento en espacios abiertos. En el tamaño y peso de los embalajes se tendrá en cuenta, cuando corresponda, la lejanía del lugar de destino final de los bienes y la carencia de equipo pesado de carga y descarga en todos los puntos en que los bienes deban transbordarse.

22.2 El embalaje, las identificaciones y los documentos que se coloquen dentro y fuera de los bultos deberán cumplir estrictamente con los requisitos especiales que se hayan estipulado expresamente en el Contrato, y cualquier otro requisito, si los hubiere, especificado en las **CEC** y en cualquiera otra instrucción dispuesta por el Comprador.

23. Seguros

23.1 A menos que se disponga otra cosa en las **CEC**, los Bienes suministrados bajo el Contrato deberán estar completamente asegurados, en una moneda de libre convertibilidad de un país elegible, contra riesgo de extravío o daños incidentales ocurridos durante fabricación, adquisición, transporte, almacenamiento y entrega, de conformidad con los *Incoterms* aplicables **o según se disponga en las CEC**.

24. Transporte

24.1 A menos que se disponga otra cosa en las **CEC**, la responsabilidad por los arreglos de transporte de los Bienes se regirá por los *Incoterms* indicados.

25. Inspecciones y Pruebas

25.1 El Proveedor realizará todas las pruebas y/o inspecciones de los Bienes y Servicios Conexos según se dispone en las **CEC**, por su cuenta y sin costo alguno para el Comprador.

25.2 Las inspecciones y pruebas podrán realizarse en las instalaciones del Proveedor o de sus subcontratistas, en el lugar de entrega y/o en el lugar de destino final de los Bienes o en otro lugar en Honduras. De conformidad con la Sub cláusula 25.3 de las CGC, cuando dichas inspecciones o pruebas sean realizadas en recintos del Proveedor o de sus subcontratistas se les proporcionarán a los inspectores todas las facilidades y asistencia razonables, incluso el acceso a los planos y datos sobre producción, sin cargo alguno para el Comprador.

25.3 El Comprador o su representante designado tendrá derecho a presenciar las pruebas y/o inspecciones mencionadas en la Sub cláusula 25.2 de las CGC, siempre y cuando éste asuma todos los costos y gastos que ocasione su participación, incluyendo gastos de viaje, alojamiento y alimentación.

25.4 Cuando el Proveedor esté listo para realizar dichas pruebas e inspecciones, notificará oportunamente al Comprador indicándole el lugar y la hora. El Proveedor obtendrá de una tercera parte, si corresponde, o del fabricante cualquier permiso o consentimiento necesario para permitir al Comprador o a su representante designado presenciar las pruebas o inspecciones, cuando el proveedor esté dispuesto.

25.5 El Comprador podrá requerirle al Proveedor que realice algunas pruebas y/o inspecciones que no están requeridas en el Contrato, pero que considere necesarias para verificar que las características y funcionamiento de los bienes cumplan con los códigos de las especificaciones técnicas y normas establecidas en el Contrato. Los costos adicionales razonables que incurra el Proveedor por dichas pruebas e inspecciones serán sumados al precio del Contrato. Asimismo, si dichas pruebas y/o inspecciones impidieran el avance de la fabricación y/o el desempeño de otras obligaciones del Proveedor bajo el Contrato, deberán realizarse los ajustes correspondientes a las Fechas de Entrega y de Cumplimiento y de las otras obligaciones afectadas.

25.6 El Proveedor presentará al Comprador un informe de los resultados de dichas pruebas y/o inspecciones.

25.7 El Comprador podrá rechazar algunos de los Bienes o componentes de ellos que no pasen las pruebas o inspecciones o que no se ajusten a las especificaciones. El Proveedor tendrá que rectificar o reemplazar dichos bienes o componentes rechazados o

hacer las modificaciones necesarias para cumplir con las especificaciones sin ningún costo para el Comprador. Asimismo, tendrá que repetir las pruebas o inspecciones, sin ningún costo para el Comprador, una vez que notifique al Comprador de conformidad con la Sub cláusula 25.4 de las CGC.

25.8 El Proveedor acepta que ni la realización de pruebas o inspecciones de los Bienes o de parte de ellos, ni la presencia del Comprador o de su representante, ni la emisión de informes, de conformidad con la Sub cláusula 25.6 de las CGC, lo eximirán de las garantías u otras obligaciones en virtud del Contrato.

26. Liquidación por Daños y Perjuicios

26.1 Con excepción de lo que se establece en la Cláusula 31 de las CGC, si el Proveedor no cumple con la entrega de la totalidad o parte de los Bienes en la(s) fecha(s) establecida(s) o con la prestación de los Servicios Conexos dentro del período especificado en el Contrato, sin perjuicio de los demás recursos que el Comprador tenga en virtud del Contrato, éste podrá deducir del Precio del Contrato por concepto de liquidación de daños y perjuicios, una suma equivalente al porcentaje del precio de entrega de los bienes atrasados o de los servicios no prestados establecido en las **CEC** por cada día de retraso hasta alcanzar el máximo del porcentaje especificado en esas **CEC**. Al alcanzar el máximo establecido, el Comprador podrá dar por terminado el contrato de conformidad con la Cláusula 34 de las CGC.

27. Garantía de los Bienes

27.1 El Proveedor garantiza que todos los bienes suministrados en virtud del Contrato son nuevos, sin uso, del modelo más reciente o actual e incorporan todas las mejoras recientes en cuanto a diseño y materiales, a menos que el Contrato disponga otra cosa.

27.2 De conformidad con la Sub cláusula 21.1(b) de las CGC, el Proveedor garantiza que todos los bienes suministrados estarán libres de defectos derivados de actos y omisiones que éste hubiese incurrido, o derivados del diseño, materiales o manufactura, durante el uso normal de los bienes en las condiciones que imperen en el país de destino final.

27.3 Salvo que se indique otra cosa en las **CEC,** la garantía permanecerá vigente durante el período cuya fecha de terminación sea la más temprana entre los períodos siguientes: doce (12) meses a partir de la fecha en que los bienes, o cualquier parte de ellos según el caso, hayan sido entregados y aceptados en el punto final de destino indicado en el Contrato, o dieciocho (18) meses a partir de la fecha de embarque en el puerto o lugar de flete en el país de origen.

27.4 El Comprador comunicará al Proveedor la naturaleza de los defectos y proporcionará toda la evidencia disponible,

inmediatamente después de haberlos descubierto. El Comprador otorgará al Proveedor facilidades razonables para inspeccionar tales defectos.

27.5 Tan pronto reciba el Proveedor dicha comunicación, y dentro del plazo establecido en las **CEC**, deberá reparar o reemplazar de forma expedita los Bienes defectuosos, o sus partes sin ningún costo para el Comprador.

27.6 Si el Proveedor después de haber sido notificado, no cumple con corregir los defectos dentro del plazo establecido, el Comprador, dentro de un tiempo razonable, podrá proceder a tomar las medidas necesarias para remediar la situación, por cuenta y riesgo del Proveedor y sin perjuicio de otros derechos que el Comprador pueda ejercer contra el Proveedor en virtud del Contrato.

28. Indemnización por Derechos de Patente

28.1 El Proveedor indemnizará y librará de toda responsabilidad al Comprador y sus empleados y funcionarios en caso de pleitos, acciones o procedimientos administrativos, reclamaciones, demandas, pérdidas, daños, costos y gastos de cualquier naturaleza, incluyendo gastos y honorarios por representación legal, que el Comprador tenga que incurrir como resultado de transgresión o supuesta transgresión de derechos de patente, uso de modelo, diseño registrado, marca registrada, derecho de autor u otro derecho de propiedad intelectual registrado o ya existente en la fecha del Contrato debido a:

(a) la instalación de los bienes por el Proveedor o el uso de los bienes en el País donde está el lugar del proyecto; y

(b) la venta de los productos producidos por los Bienes en cualquier país.

Dicha indemnización no procederá si los Bienes o una parte de ellos fuesen utilizados para fines no previstos en el Contrato o para fines que no pudieran inferirse razonablemente del Contrato. La indemnización tampoco cubrirá cualquier transgresión que resulte del uso de los Bienes o parte de ellos, o de cualquier producto producido como resultado de asociación o combinación con otro equipo, planta o materiales no suministrados por el Proveedor en virtud del Contrato.

28.2 Si se entablara un proceso legal o una demanda contra el Comprador como resultado de alguna de las situaciones indicadas en la Sub cláusula 28.1 de las CGC, el Comprador notificará prontamente al Proveedor y éste por su propia cuenta y en nombre del Comprador responderá a dicho proceso o demanda, y realizará

las negociaciones necesarias para llegar a un acuerdo de dicho proceso o demanda.

28.3 Si el Proveedor no notifica al Comprador dentro de veintiocho (28) días a partir del recibo de dicha comunicación de su intención de proceder con tales procesos o reclamos, el Comprador tendrá derecho a emprender dichas acciones en su propio nombre. El Comprador será reembolsado por el Proveedor por las costas procesales en que hubiera incurrido.

28.4 El Comprador se compromete, a solicitud del Proveedor, a prestarle toda la asistencia posible para que el Proveedor pueda contestar las citadas acciones legales o reclamaciones. El Comprador será reembolsado por el Proveedor por todos los gastos razonables en que hubiera incurrido.

28.5 El Comprador deberá indemnizar y eximir de culpa al Proveedor y a sus empleados, funcionarios y Subcontratistas, por cualquier litigio, acción legal o procedimiento administrativo, reclamo, demanda, pérdida, daño, costo y gasto, de cualquier naturaleza, incluyendo honorarios y gastos de abogado, que pudieran afectar al Proveedor como resultado de cualquier transgresión o supuesta transgresión de patentes, modelos de aparatos, diseños registrados, marcas registradas, derechos de autor, o cualquier otro derecho de propiedad intelectual registrado o ya existente a la fecha del Contrato, que pudieran suscitarse con motivo de cualquier diseño, datos, planos, especificaciones, u otros documentos o materiales que hubieran sido suministrados o diseñados por el Comprador o a nombre suyo.

29. Limitación de Responsabilidad

29.1 Excepto en casos de negligencia grave o actuación de mala fe,

(a) el Proveedor no tendrá ninguna responsabilidad contractual, de agravio o de otra índole frente al Comprador por pérdidas o daños indirectos o consiguientes, pérdidas de utilización, pérdidas de producción, o pérdidas de ganancias o por costo de intereses, estipulándose que esta exclusión no se aplicará a ninguna de las obligaciones del Proveedor de pagar al Comprador los daños y perjuicios previstos en el Contrato, y

(b) la responsabilidad total del Proveedor frente al Comprador, ya sea contractual, de agravio o de otra índole, no podrá exceder el Precio del Contrato, entendiéndose que tal limitación de responsabilidad no se aplicará a los costos provenientes de la reparación o reemplazo de equipo defectuoso, ni afecta la obligación del Proveedor de indemnizar al Comprador por las transgresiones de patente.

30. Cambio en las Leyes y Regulaciones

30.1 A menos que se indique otra cosa en el Contrato, si después de la fecha de 28 días antes de la presentación de Ofertas, cualquier ley, reglamento, decreto, ordenanza o estatuto con carácter de ley entrase en vigencia, se promulgase, abrogase o se modificase en el lugar de Honduras donde está ubicado el Proyecto (incluyendo cualquier cambio en interpretación o aplicación por las autoridades competentes) y que afecte posteriormente la fecha de Entrega y/o el Precio del Contrato, dicha Fecha de Entrega y/o Precio del Contrato serán incrementados o reducidos según corresponda, en la medida en que el Proveedor haya sido afectado por estos cambios en el desempeño de sus obligaciones en virtud del Contrato. No obstante, lo anterior, dicho incremento o disminución del costo no se pagará separadamente ni será acreditado si el mismo ya ha sido tenido en cuenta en las provisiones de ajuste de precio, si corresponde y de conformidad con la Cláusula 14 de las CGC.

31. Fuerza Mayor

31.1 El Proveedor no estará sujeto a la ejecución de su Garantía de Cumplimiento, liquidación por daños y perjuicios o terminación por incumplimiento en la medida en que la demora o el incumplimiento de sus obligaciones en virtud del Contrato sea el resultado de un evento de Fuerza Mayor.

31.2 Para fines de esta Cláusula, "Fuerza Mayor" significa un evento o situación fuera del control del Proveedor que es imprevisible, inevitable y no se origina por descuido o negligencia del Proveedor. Tales eventos pueden incluir sin que éstos sean los únicos, actos del Comprador en su capacidad soberana, guerras o revoluciones, incendios, inundaciones, epidemias, restricciones de cuarentena, y embargos de cargamentos.

31.3 Si se presentara un evento de Fuerza Mayor, el Proveedor notificará por escrito al Comprador a la máxima brevedad posible sobre dicha condición y causa. A menos que el Comprador disponga otra cosa por escrito, el Proveedor continuará cumpliendo con sus obligaciones en virtud del Contrato en la medida que sea razonablemente práctico, y buscará todos los medios alternativos de cumplimiento que no estuviesen afectados por la situación de Fuerza Mayor existente.

32. Órdenes de Cambio y Enmiendas al Contrato

32.1 El Comprador podrá, en cualquier momento, efectuar cambios dentro del marco general del Contrato, mediante orden escrita al Proveedor de acuerdo con la Cláusula 8 de las CGC, en uno o más de los siguientes aspectos:

(a) planos, diseños o especificaciones, cuando los Bienes que deban suministrarse en virtud al Contrato deban ser fabricados específicamente para el Comprador;

(b) la forma de embarque o de embalaje;

(c) el lugar de entrega, y/o

(d) los Servicios Conexos que deba suministrar el Proveedor.

32.2 Si cualquiera de estos cambios causara un aumento o disminución en el costo o en el tiempo necesario para que el Proveedor cumpla cualquiera de las obligaciones en virtud del Contrato, se efectuará un ajuste equitativo al Precio del Contrato o al Plan de Entregas/de Cumplimiento, o a ambas cosas, y el Contrato se enmendará según corresponda. El Proveedor deberá presentar la solicitud de ajuste de conformidad con esta Cláusula, dentro de los veintiocho (28) días contados a partir de la fecha en que éste reciba la solicitud de la orden de cambio del Comprador.

32.3 Los precios que cobrará el Proveedor por Servicios Conexos que pudieran ser necesarios pero que no fueron incluidos en el Contrato, deberán convenirse previamente entre las partes, y no excederán los precios que el Proveedor cobra actualmente a terceros por servicios similares.

32.4 Sujeto a lo anterior, no se introducirá ningún cambio o modificación al Contrato excepto mediante una enmienda por escrito ejecutada por ambas partes.

33. Prórroga de los Plazos

33.1 Si en cualquier momento durante la ejecución del Contrato, el Proveedor o sus Subcontratistas encontrasen condiciones que impidiesen la entrega oportuna de los Bienes o el cumplimiento de los Servicios Conexos de conformidad con la Cláusula 12 de las CGC, el Proveedor informará prontamente y por escrito al Comprador sobre la demora, posible duración y causa. Tan pronto como sea posible después de recibir la comunicación del Proveedor, el Comprador evaluará la situación y a su discreción podrá prorrogar el plazo de cumplimiento del Proveedor. En dicha circunstancia, ambas partes ratificarán la prórroga mediante una enmienda al Contrato.

33.2 Excepto en el caso de Fuerza Mayor, como se indicó en la Cláusula 31 de las CGC, cualquier retraso en el desempeño de sus obligaciones de Entrega y Cumplimiento expondrá al Proveedor a la imposición de liquidación por daños y perjuicios de conformidad con la Cláusula 26 de las CGC, a menos que se acuerde una prórroga en virtud de la Sub cláusula 33.1 de las CGC.

34. Terminación

34.1 Terminación por Incumplimiento

(a) El Comprador, sin perjuicio de otros recursos a su haber en caso de incumplimiento del Contrato, podrá terminar el

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Contrato en su totalidad o en parte mediante una comunicación de incumplimiento por escrito al Proveedor en cualquiera de las siguientes circunstancias:

(i) si el Proveedor no entrega parte o ninguno de los Bienes dentro del período establecido en el Contrato, o dentro de alguna prórroga otorgada por el Comprador de conformidad con la Cláusula 33 de las CGC; o

(ii) Si el Proveedor no cumple con cualquier otra obligación en virtud del Contrato; o

(iii) Si el Proveedor, a juicio del Comprador, durante el proceso de licitación o de ejecución del Contrato, ha participado en actos de fraude y corrupción, según se define en la Cláusula 3 de las CGC; o

(iv) La disolución de la sociedad mercantil Proveedora, salvo en los casos de fusión de sociedades y siempre que solicite de manera expresa al Comprador su autorización para la continuación de la ejecución del contrato, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que tal fusión ocurra. El Comprador podrá aceptar o denegar dicha solicitud, sin que, en este último caso, haya derecho a indemnización alguna; o

(v) La falta de constitución de la garantía de cumplimiento del contrato o de las demás garantías a cargo del Proveedor dentro de los plazos correspondientes;

(b) En caso de que el Comprador termine el Contrato en su totalidad o en parte, de conformidad con la Cláusula 34.1(a) de las CGC, éste podrá adquirir, bajo términos y condiciones que considere apropiadas, Bienes o Servicios Conexos similares a los no suministrados o prestados. En estos casos, el Proveedor deberá pagar al Comprador los costos adicionales resultantes de dicha adquisición. Sin embargo, el Proveedor seguirá estando obligado a completar la ejecución de aquellas obligaciones en la medida que hubiesen quedado sin concluir.

34.2 Terminación por Insolvencia

(a) El Comprador podrá rescindir el Contrato en cualquier momento mediante comunicación por escrito al Proveedor en caso de la declaración de quiebra o de suspensión de pagos del Proveedor, o su comprobada incapacidad financiera.

34.3 Terminación por Conveniencia.

(a) El Comprador, mediante comunicación enviada al Proveedor, podrá terminar el Contrato total o parcialmente, en cualquier momento por razones de conveniencia. La comunicación de terminación deberá indicar que la terminación es por conveniencia del Comprador, el alcance de la terminación de las responsabilidades del Proveedor en virtud del Contrato y la fecha de efectividad de dicha terminación.

(b) Los bienes que ya estén fabricados y listos para embarcar dentro de los veintiocho (28) días siguientes a al recibo por el Proveedor de la notificación de terminación del Comprador deberán ser aceptados por el Comprador de acuerdo con los términos y precios establecidos en el Contrato. En cuanto al resto de los Bienes el Comprador podrá elegir entre las siguientes opciones:

(i) que se complete alguna porción y se entregue de acuerdo con las condiciones y precios del Contrato; y/o

(ii) que se cancele el balance restante y se pague al Proveedor una suma convenida por aquellos Bienes o Servicios Conexos que hubiesen sido parcialmente completados y por los materiales y repuestos adquiridos previamente por el Proveedor.

34.4 El Comprador podrá terminar el Contrato también en caso de muerte del Proveedor individual, salvo que los herederos ofrezcan concluir con el mismo con sujeción a todas sus estipulaciones; la aceptación de esta circunstancia será potestativa del Comprador sin que los herederos tengan derecho a indemnización alguna en caso contrario.

34.5 El contrato también podrá ser terminado por el mutuo acuerdo de las partes.

35. Cesión

35.1 Ni el Comprador ni el Proveedor podrán ceder total o parcialmente las obligaciones que hubiesen contraído en virtud del Contrato, excepto con el previo consentimiento por escrito de la otra parte.

Sección VIII. Condiciones Especiales del Contrato

Las siguientes Condiciones Especiales del Contrato (CEC) complementarán y/o enmendarán las Condiciones Generales del Contrato (CGC). En caso de haber conflicto, las provisiones aquí dispuestas prevalecerán sobre las de las CGC.

[El Comprador seleccionará la redacción que corresponda utilizando los ejemplos indicados a continuación u otra redacción aceptable y suprimirá el texto en letra cursiva]

CGC 1.1(i)	El comprador es: Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
CGC 1.1(a)	El lugar de entrega es: Almacén Central del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Col. Miramontes, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.
CGC 4.2 (b)	La versión de la edición de los Incoterms será: no aplica
CGC 4.5	No Aplica
CGC 8.1	Para **notificaciones,** la dirección del Comprador será: Atención: **Dr. Gaspar Rodríguez** Director Ejecutivo del IHSS Bo. Abajo, Edificio Administrativo del IHSS, 10 piso, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A. Teléfono: 2222-8412
CGC 10.3	Agotada la vía administrativa, las controversias que generen los actos administrativos que se dicten en relación con la ejecución de este contrato, ante los Tribunales de Justicia de Francisco Morazán, para lo cual se requerirá resolución de autorización por parte de la Junta Directiva del IHSS.
CGC 12.1	Detalle de los documentos para pagos que deben ser proporcionados por el proveedor son los siguientes: • Recibo original a nombre del Instituto Hondureño de Seguridad Social por la entrega de los suministros. • Original de la orden de compra cuando la entrega sea del 100% de los suministros • Copia de la orden de compra cuando las entregas sean parciales • Copia de la orden exenta cuando aplique

	• Factura original a nombre del Instituto Hondureño de Seguridad Social por productos entregados. • Copia del contrato • Hojas de ingreso extendidas por el Almacén Central de acuerdo a lo entregado según facturas. • Copia de la Garantía de Cumplimiento y de Calidad • Constancias de pagos a cuentas • Constancias de Solvencia Fiscal Si el Comprador no recibe dichos documentos, todos los gastos consecuentes correrán por cuenta del Proveedor.
CGC 14.1	No Aplica
CGC 15.1	**Modelo de disposición:** Los pagos se realizarán en Lempiras conforme a las entregas que se vayan haciendo, las que serán validadas mediante la hoja de ingresos extendida por el Almacén Central. El Instituto Hondureño de Seguridad Social**,** a través de la Gerencia Administrativa y Financiera, efectuará los trámites de pago conforme a los procedimientos establecidos por el INSTITUTO.
CGC 15.5	El plazo de pago después del cual el Comprador deberá pagar interés al Proveedor: **No aplica.**
CGC 17.1	"Se requerirá" una Garantía de Cumplimiento El monto de la Garantía deberá ser del quince por ciento (15%) del valor total del Contrato. Dicha Garantía deberá presentarla dentro de los diez (10) días hábiles después de la firma del contrato en la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, Sexto Piso, Edificio Administrativo, Barrio Abajo.
CGC 17.3	La Garantía de Cumplimiento deberá presentarse en la forma de: "una Garantía Bancaria". Vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto de la entrega de los suministros. Esta deberá estar denominada en Lempiras de acuerdo al monto del contrato.
CGC 17.5	Deberá presentar Garantía de Calidad por el 5% del monto total de las entregas, con una vigencia de un año
CGC 22.2	El embalaje, la identificación y la documentación dentro y fuera de los paquetes serán como se indica a continuación: **No Aplica**

CGC 24.1	No Aplica
CGC 25.1	No Aplica
CGC 25.2	No Aplica
CGC 26.1	La penalización será en concepto de multa 0.36% por cada día de atraso en la entrega de los productos del monto parcial de cada entrega, según cronograma ofertado y aceptado la Si la demora no justificada diera lugar a que el total cobrado por la multa aquí establecida ascendiera al diez por ciento (10%) del valor parcial de este contrato "EL INSTITUTO", podrá considerar la resolución total del contrato y hacer efectiva la garantía de cumplimiento, sin incurrir por esto en ninguna responsabilidad de su parte.
CGC 27.3	No Aplica
CGC 27.5	El Instituto notificará al contratista cuando los usuarios reporten la mala calidad del suministro, los que deberán cambiar en un plazo máximo de diez (10) días calendario a partir de la notificación del reclamo, de parte de la sub gerencia de suministros, materiales y compras.

Sección IX. Formularios del Contrato

Índice de Formularios

Contrato

CONTRATO DE "ADQUISICIÓN DE PAPELERIA MÉDICA IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)".

Nosotros **JOSE GASPAR RODRÍGUEZ MENDOZA,** mayor de edad, xxx, Nefrólogo Pediátrico, con Documento Nacional de Identificación (DNI) Nº xxxx y de este domicilio, actuando en mi condición de director ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), entidad con Personería Jurídica creada mediante Decreto Legislativo Nº140 de fecha 19 de mayo de 1959, publicado en La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras, con fecha 3 de julio de 1959 y nombrada mediante Resolución IHSS Nº xxx xxx 02-2022 de fecha xx de febrero de 2022, de la Junta Directiva del IHSS, conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo Nº xxxx de fecha xx de febrero de 2022; publicado el xxx de febrero de 2022 en la Gaceta, Diario Oficial de la Repúblicas, con Oficinas Administrativas en el Barrio Abajo de Tegucigalpa, con R.T.N. Nº08019003249605, quien para los efectos de este Contrato se denominará **"EL INSTITUTO"** y por otra parte__xxxxx hondureño, mayor de edad, _____, _____ y de este domicilio con dirección en xxxxx_, con número de celular ____, y correo electrónico, xxxxxxx actuando en su calidad de Representante Legal de la **SOCIEDAD _____.**, según consta en poder de administración otorgado a su favor mediante Instrumento Público número ____ del _____ de _____ de _____, ante los oficios del notario _____.; inscrito bajo el tomo _____, numero _____ del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil de _____; RTN No_____en adelante denominado **"EL CONTRATISTA"**, hemos convenido en celebrar como en efecto celebramos, el presente **CONTRATO, ADQUISICION DE PAPELERÍA MÉDICA IMPRESA PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) Y LA SOCIEDAD ……** el cual se regirá de acuerdo a las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO**; manifiesta "EL INSTITUTO" que mediante Resolución Nº _____del _____de _____de _____, la Junta Directiva del INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) acepto la recomendación de comisión evaluadora , _____derivado de la Licitación Pública Nacional N° 013-2022 adjudicó lo siguiente: (describir todos los ítems de los productos según cada partida solicitada)_____ **SEGUNDA: VALOR DEL**

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

CONTRATO Y FORMA DE PAGO; el valor de todos los suministros a entregar de parte de "EL CONTRATISTA", identificados en la cláusula anterior, asciende a la suma de xxxxxxxx **LEMPIRAS EXACTOS (L _____)**, sin el 15% de impuesto sobre ventas (describir todos los productos con su precio unitario y monto total). El valor del contrato será pagado en Lempiras, con recursos propios disponibles en el los renglones presupuestarios 33300 Productos de artes gráficas del presupuesto del "INSTITUTO" para el año fiscal de 2022. Se harán pagos parciales conforme a entregas en moneda nacional (Lempiras). El proveedor requerirá el pago al "INSTITUTO" y adjuntará a la solicitud un 1.-Recibo original a nombre del Instituto Hondureño de Seguridad Social, debidamente firmado y sellado, 2.-Factura original a nombre del Instituto Hondureño de Seguridad Social, debidamente firmada y sellada por el representante legal de la empresa conforme las entregas realizadas., 3.-Hoja de Ingreso firmado y sellado por jefe del Almacén Central, 4.-orden de compra, 5.-copia de orden exenta, 6.-copia de la Garantía de Cumplimiento y Calidad, 7.-copia del contrato firmado al efecto, 8.-copia pagos a cuenta, 9.-Solvencias Fiscal. **TERCERA: PRECIO A QUE SE SUJETA EL CONTRATO**; los precios unitarios de los suministros, incluidos en la Cláusula Segunda permanecerán fijos durante el período de validez del contrato y no serán sujetos a variación alguna, solo en aquellos casos en que favorezcan al "INSTITUTO". **CUARTA: PAGO DE IMPUESTOS Y OTROS DERECHOS**; todos los pagos que sea necesario efectuar en conceptos de impuestos y derechos o cualquier otro tipo de impuestos o gravamen de los suministros o productos ocasionados por los suministros adquiridos, correrán a cuenta de "EL CONTRATISTA" sin ninguna responsabilidad pecuniaria para el "INSTITUTO" **QUINTA: PLAZO DE ENTREGA**; "EL CONTRATISTA" se compromete a entregar a entera satisfacción de los suministros según las fechas o plazos requeridos por el "INSTITUTO", según detalle siguiente:

ITEM	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD A COMPRAR	Primera Entrega 45 Días calendario Después De Recibir la Orden De Compra	Segunda Entrega 30 Días calendario Después De La Primera	Tercera entrega 30 Días calendarios posterior a la segunda entrega

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

SEXTA: REEMPLAZO DE SUMINISTROS DEFECTUOSOS O VENCIDOS; los defectos de fábrica de los productos, serán cubiertos por "EL CONTRATISTA", sin costo alguno para "EL INSTITUTO", en caso de que los suministros no se hallen en estado de ser utilizados por los usuarios, EL INSTITUTO concederá hasta un término de diez (10) días calendario a partir de la notificación del reclamo, de parte de la Sub Gerencia de Suministros, Materiales y Compras, para que proceda a la reposición de los suministros. **SEPTIMA:** El IHSS se reserva el derecho de realizar investigación con los usuarios sobre la calidad de los suministros, en caso de encontrar hallazgos o detectar fallas en la calidad de los mismos, se harán los reclamos respectivos de acuerdo a lo establecido en la cláusula precedente. **OCTAVA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO**; diez días hábiles después de la suscripción del contrato y con el objeto de asegurar al "EL INSTITUTO", el cumplimiento de todos los plazos, condiciones y obligaciones de cualquier tipo, especificadas o producto de este contrato, "EL CONTRATISTA" constituirá a favor de "EL INSTITUTO", una Garantía de Cumplimiento equivalente al quince por ciento (15%) del valor total de este contrato, vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la entrega final de los suministros. La no presentación de esta garantía solicitada en esta cláusula dará lugar a la resolución del contrato sin derivar responsabilidad alguna para "EL INSTITUTO". La garantía de cumplimiento será devuelta por "EL INSTITUTO", a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguiente a la fecha en que "EL CONTRATISTA" haya cumplido con todas sus obligaciones contractuales. **NOVENA: CLAUSULA OBLIGATORIA DE LAS GARANTIAS**; todos los documentos de garantía deberán contener la siguiente cláusula obligatoria: **"LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE**

EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN." A las garantías no deberán adicionarles cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria. **DECIMA : ERRORES Y OMISIONES EN LA OFERTA O EN LOS MATERIALES OBJETOS DE ESTE CONTRATO**; los errores contenidos en la oferta y otros documentos presentados por "EL CONTRATISTA" y que se incorporen al contrato, correrán por cuenta y riesgo de este, independientemente de cualquiera de las garantías mencionadas en este contrato y sin perjuicio de cualquier otro derecho que "EL INSTITUTO", pueda tener o usar para remediar la falta; "**DECIMO PRIMERA: CESION DEL CONTRATO O SUB-CONTRATACION**; Los derechos derivados de este contrato no podrán ser cedidos a terceros. **DECIMO SEGUNDA: CLAUSULA DE SANCION POR INCUMPLIMIENTO**; en caso de demoras no justificadas en la entrega de los suministros, "EL CONTRATISTA" pagará a "EL INSTITUTO", el valor por daños y perjuicios el cual será en concepto de multa 0.36% por cada día de atraso en que incurra por el monto parcial de cada partida no entregada, conforme lo indicado en clausula Quinta. Si la demora no justificada diera lugar a que el total cobrado por la multa aquí establecida ascendiera al diez por ciento (10%) del valor parcial de este contrato "EL INSTITUTO", podrá considerar la resolución total del contrato y hacer efectiva la garantía de cumplimiento, sin incurrir por esto en ninguna responsabilidad de su parte. **DECIMO TERCERA: RELACIONES LABORALES**; "EL CONTRATISTA" asume en forma directa y exclusiva, en su condición de patrono, todas las obligaciones laborales y de seguridad social con el personal que asigne a las labores de entrega del suministro, su asistencia técnica y cualquier otro personal relacionado con el cumplimiento del presente contrato, relevando completamente a "EL INSTITUTO" de toda responsabilidad al respecto, incluso en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional. **DECIMO CUARTA: MODIFICACIÓN;** el presente Contrato podrá ser modificado dentro de los límites previstos en los Artículos 121, 122 y 123 de la Ley de Contratación del Estado, mediante la suscripción de un Adendum en las mismas condiciones que el presente contrato**. DECIMO QUINTA: CAUSAS DE RESOLUCION DEL CONTRATO**; el grave o reiterado incumplimiento de las cláusulas convenidas, la falta de constitución de la garantía de cumplimiento del contrato o de las demás garantías a cargo del contratista dentro de los plazos correspondientes, la disolución de la sociedad mercantil contratista, la declaración de quiebra o

de suspensión de pagos del contratista, o su comprobada incapacidad financiera, los motivos de interés público o las circunstancias imprevistas calificadas como caso fortuito o fuerza mayor, sobrevinientes a la celebración del contrato, que imposibiliten o agraven desproporcionadamente su ejecución, el incumplimiento de las obligaciones de pago más allá del plazo de cuatro (4) meses, el mutuo acuerdo de las partes, Igual sucederá en caso de recorte presupuestarios 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, lo anterior en cumplimiento del Artículo 72 del Decreto N°30-2022 que contiene el Presupuesto de Ingresos de La Administración Pública para el año 2022, publicado el 08 de abril del 2022 en el Diario Oficial la Gaceta. **DECIMO SEXTA: FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO;** Para los efectos del presente contrato se considera como caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificados a juicio de "EL INSTITUTO", entre otras: catástrofes provocadas por fenómenos naturales, accidentales, huelgas, guerras, revoluciones, motines, desorden social, naufragio o incendio**. DECIMO SEPTIMA: VIGENCIA DEL CONTRATO**; El presente contrato entrará en vigencia a partir de la firma del contrato y terminará por el cumplimiento normal de la entrega final de los suministros, indicados en clausula Quinta. **DECIMO OCTAVA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DE ESTE CONTRATO**; forman parte de este CONTRATO: Los documentos de licitación constituidos por el aviso de licitación, las bases de la Licitación Pública Nacional Nº LPN-013-2022, incluyendo las aclaraciones a la mismas emitidas por "LA CONTRATANTE" o remitidas por "EL CONTRATISTA", la oferta técnica revisada, la oferta económica, así como cualquier otro documento que se anexe a este contrato por mutuo acuerdo de las partes. **DECIMO NOVENA: NORMAS SUPLETORIAS APLICABLES;** en lo no previsto en el presente contrato, serán aplicables las normas contenidas en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento, la Ley General de la Administración Pública, la Ley de Procedimiento Administrativo, la Ley del Derecho de Autor y de los Derechos Conexos, la Ley Orgánica de Presupuesto y el Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República año 2022 y demás leyes vigentes en Honduras que guardan relación con los procesos de contratación del Estado. Asimismo, en cumplimiento del Decreto N°30-2022 que contiene el Presupuesto de Ingresos de La Administración Pública para el año 2022, publicado el 08 de abril del 2022, publicado en el Diario Oficial la Gaceta. Se transcribe: el **Artículo 78** del mismo

que **textualmente indica**: "En todo contrato financiado con fondos externos, la suspensión o cancelación del préstamo o donación puede dar lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que el pago correspondiente a las obras o servicios ya ejecutados a la fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato. Igual sucederá 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 menor a los gastos proyectados y en caso de necesidades imprevistas o de emergencia. **Lo dispuesto en este Artículo debe estipularse obligatoriamente en todos los contratos que se celebren en el sector público.** En cumplimiento del numeral Primero del Acuerdo SE-037-2013 publicado el 23 de agosto de 2013, en el Diario Oficial La Gaceta**,** se establece **VIGESIMA: "CLAUSULA DE INTEGRIDAD.-** Las partes en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 7 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LTYAIP) y con la convicción de que evitando las prácticas de corrupción podremos apoyar la consolidación de una cultura de transparencia, equidad y rendición de cuentas en los procesos de contratación y adquisiciones del Estado, para así fortalecer las bases del estado de derecho, nos comprometemos libre y voluntariamente a: 1. Mantener el más alto nivel de conducta ética, moral y de respeto a las leyes de la república, así como los valores: INTEGRIDAD, LEALTAD CONTRACTUAL, EQUIDAD, TOLERANCIA, IMPARCIALIDAD Y DISCRESION CON LA INFORMACION CONFIDENCIAL QUE MANEJAMOS, ABSTENIENDONOS A DAR INFORMACIONES PUBLICAS SOBRE LA MISMA, 2) Asumir una estricta observancia y aplicación de los principios fundamentales bajo los cuales se rigen los procesos de contratación y adquisiciones públicas establecidas en la Ley de Contratación del Estado, tales como transparencia, igualdad y libre competencia; 3) Que durante la ejecución del contrato ninguna persona que actúa debidamente autorizada en nuestro nombre y representación y que ningún empleado o trabajador, socio o asociado, autorizado o no realizará: a) Prácticas corruptivas, entendiendo éstas como aquellas en la que se ofrece dar, recibir, o solicitar directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar las acciones de la otra parte; b) Prácticas Colusorias: entendiendo estas como aquellas en las que denoten sugieran o demuestren que existen un acuerdo malicioso entre dos o más partes o entre una de las partes, y uno y varios terceros, realizados con el propósito de alcanzar un propósito inadecuado, incluyendo influenciar de forma inapropiada las acciones de la otra parte; 4) Revisar y verificar

toda la información que deba ser presentada a través de terceros, a la otra parte para efectos del contrato y dejamos manifestado que durante el proceso de contratación o adquisición causa de este contrato, la información intercambiada fue debidamente revisada y verificada por lo que ambas partes asumen y asumirán la responsabilidad por el suministro de información inconsistente , imprecisa o que no corresponda a la realidad, para efectos de este contrato; 5) Mantener la debida confidencialidad sobre toda la información a que se tenga acceso por razón del contrato, y no proporcionarla ni divulgarla a terceros y a su vez, abstenernos de utilizarla para fines distintos; 6. Aceptar las consecuencias a que hubiere lugar, en caso de declararse el incumplimiento de alguno de los compromisos de esta Cláusula por Tribunal competente, y sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal en la que se incurra; 7. Denunciar en forma oportuna ante las autoridades correspondientes cualquier hecho o acto irregular cometido por nuestros empleados o trabajadores, socios o asociados, del cual se tenga un indicio razonable y que pudiese ser constitutivo de responsabilidad civil y/o penal. Lo anterior se extiende a los subcontratistas con los cuales el Contratista o Consultor contrate, así como a los socios, asociados, ejecutivos y trabajadores de aquellos. El incumplimiento de cualquiera de los enunciados de esta cláusula dará lugar: a) De parte del Contratista o Consultor: i. A la inhabilitación para contratar con el Estado, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieren deducírsele; ii) A la aplicación al trabajador ejecutivo representante, socio, asociado o apoderado que haya incumplido esta cláusula de las sanciones o medidas disciplinarias derivados del régimen laboral y, en su caso entablar las acciones legales que correspondan. B. De parte del Contratante: i. A la eliminación definitiva del Contratista o Consultor y a los subcontratistas responsables o que pudiendo hacerlo no denunciaron la irregularidad de su Registro de Proveedores y Contratistas que al efecto llevare para no ser sujeto de elegibilidad futura en procesos de contratación; ii. A la aplicación al empleado o funcionario infractor, de las sanciones que correspondan según el Código de Conducta Ética del Servidor Público, sin perjuicio de exigir la responsabilidad administrativa, civil y/o penal a las qué hubiere lugar. En fe de lo anterior, las partes manifiestan la aceptación de los compromisos adoptados en el presente documento bajo el entendido que esta Declaración forma parte integral del Contrato firmado voluntariamente para constancia.”. **VIGÉSIMO PRIMERA: JURISDICCION Y COMPETENCIA**; para la solución de cualquier situación controvertida derivada de este contrato y que no pudiera arreglarse conciliatoriamente, ambas partes se someten a la

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

jurisdicción y competencia de los Tribunales de Justicia de Francisco Morazán. En fe de lo cual y para constancia, ambas partes suscribimos este contrato, en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los ---------- días del mes de ------- del año dos mil veintidós.

Dr. José Gaspar Rodríguez Mendoza **XX**
Director Ejecutivo del IHSS **Representante Legal**

Nota:
Si así lo considerase el IHSS, este modelo de contrato podrá ser ajustado al momento de definirse la Adjudicación.

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

2. Garantía de Cumplimiento

FORMATO GARANTIA DE CUMPLIMIENTO

ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA

DE CUMPLIMIENTO Nº: _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

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

"_____" ubicado en _____.

SUMA

AFIANZADA/ GARANTIZADA: _____

VIGENCIA **De:** _____ **Hasta:** _____

BENEFICIARIO: _____

CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: "LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA SERÁ EJECUTADA POR EL MONTO TOTAL DE LA MISMA A SIMPLE REQUERIMIENTO BENEFICIARIO, 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, AMBAS 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 BENEFICIARIO 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

Garantía de Calidad
BANCO

GARANTIA DE CALIDAD Nº: _____

FECHA DE EMISION: _____

GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

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

SUMA GARANTIZADA: _____

VIGENCIA **De:** _____ **Hasta:** _____ _____

BENEFICIARIO: _____

Todas las garantías deberán incluir **textualmente** la siguiente cláusula obligatoria.

"LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN."

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

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

FIRMA AUTORIZADA

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Licitación Pública Nacional N° LPN-013-2022

"Adquisición de papelería Médica Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)"

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) invita a participar en la Licitación Pública Nacional N° LPN-013-2022 a presentar ofertas selladas a las empresas legalmente constituidas, para la adquisición de papelería Médica Impresa para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

El financiamiento para la realización del presente proceso proviene exclusivamente de fondos propios del IHSS. La licitación se efectuará conforme a los procedimientos de Licitación Pública Nacional (LPN) establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento.

Los interesados deberán adquirir los documentos de la presente licitación en La Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, ubicada en el Sexto Piso del Edificio Administrativo del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. **a partir del día martes 18 de octubre de 2022**, previo a la presentación de Comprobante de pago por la cantidad de Trescientos Lempiras Exactos (L.300.00), cantidad no reembolsable, mismos que deberán ser cancelados a través de la cuenta del IHSS No. Banco Credomatic (Cuenta No 730440861).

Los documentos de la licitación podrán ser examinados en el sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "Honducompras", (www.honducompras.gob.hn) y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn), para preguntas, consultas, aclaraciones o información dirigirse por escrito a la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras por lo menos 15 días calendario antes de la fecha límite para la presentación de las ofertas.

Las ofertas deberán ser presentadas en el tercer piso del Salón de Sesiones del Régimen de Seguridad de Prevision Social (RSPS), Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. a más tardar a las 10:00 a.m. **del día 28 de noviembre de 2022** y ese mismo día se celebrara en audiencia publica la apertura de las ofertas dministrativo, a las 10:15 a.m. se celebrará en audiencia pública la apertura de las ofertas, en presencia de los oferentes o de sus representantes legales o de la persona autorizada por el oferente que acredite su condición mediante carta firmada por el representante legal de la sociedad mercantil, en presencia de la comisión de recepción nombrada al efecto. **Las ofertas que se reciban fuera de plazo serán rechazadas.** Todas las ofertas deberán estar acompañadas de una Garantía de Mantenimiento de la oferta por el 2% del monto de la oferta.

Tegucigalpa, M.D.C., octubre 2022

Dr. José Gaspar Rodríguez Mendoza
Director Ejecutivo del IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA

Lugar y Fecha _____

Yo, _____

Encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales, por la presente autorizo al Instituto Hondureño de Seguridad Social, para que me practiquen los procedimiento anestésicos, quirúrgicos, diagnósticos, profilácticos o curativos que sean requeridos durante mi hospitalización.

Igualmente concedo autorización para que se soliciten los estudios histopatológicos y/o de autopsia necesarios.

Exonero a la Institución y al personal de atención médica por accidente y complicaciones involuntarias o inherentes al procedimiento anestésico o quirórgico que se me practique.

_____	_____	_____
Firma o Huella Digital	Tarjeta de Identidad	N°° Afiliación I.H.S.S.

Yo, _____

parentesco con el paciente _____

Por la presente autorizo al Instituto Hondureño de Seguridad Social, para que de acuerdo al enunciado anterior, le sean practicados los procedimientos señalados al paciente _____ _____ N° de Expediente _____ en virtud de que no está en condiciones de autorizarlo personalmentre por la siguiente razón:

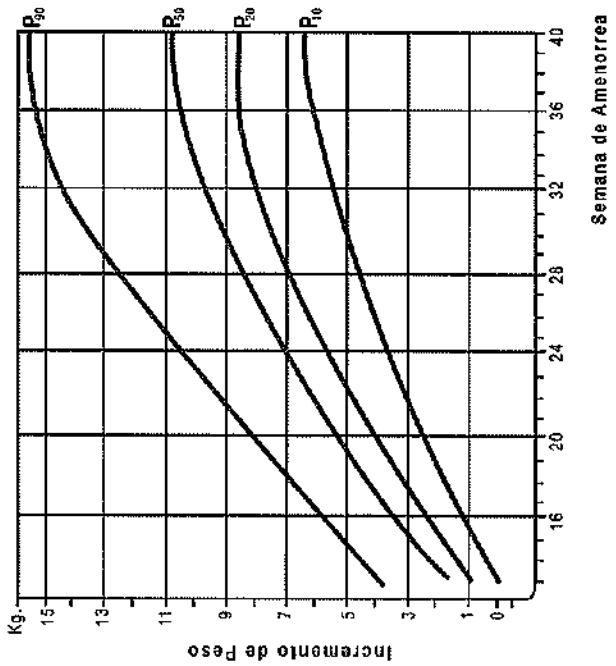
1. Suma Gravedad _____ ( )
2. Coma _____ ( )
3. Intoxicación aguda (alcohólica, barbitúrica, etc.) _____ ( )
4. Imposibilidad física _____ ( )
5. Menor de edad o infante _____ ( )
6. Trastorno siquiátrico _____ ( )

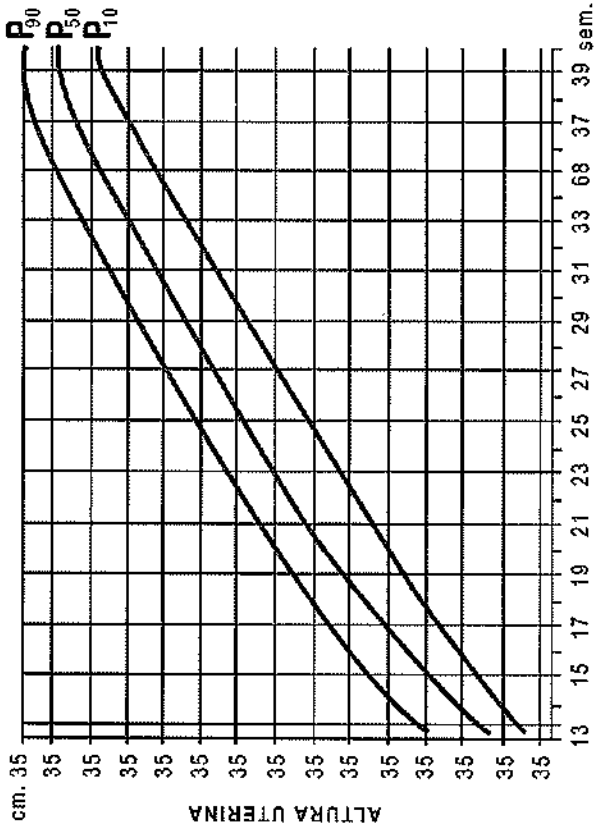
_____	_____
Firma o Huella Digital	Tarjeta de Identidad

TESTIGOS

_____	_____
Nombre	Nombre
_____	_____
Firma	Firma

CODIGO SAP 2300006





EXAMENES COMPLEMENTARIOS

HOSPITALIZACIONES

ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

IHSS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

CARNET PERINATAL

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ]

No. de Identidad niña [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Padre: _____

Madre: _____

No. de Identidad [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

No en el Listado LINVI _____

Edad de Captación: [ ][ ]

Domicilio: _____

_____

Establecimiento de Salud _____

FECHA PRÓXIMA CITA

DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES

El embarazo bien cuidado ayuda a tener un parto con un final feliz.

En los primeros siete días después del parto asista con su niña o niño al Centro de Salud.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le den en el Centro de Salud.

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con usted siempre que acuda al servicio de salud y requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

EXIJA SU DEVOLUCIÓN

CÓDIGO No. 2300769

HONDURAS, C. A.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE - SS Honduras

NOMBRE APELLIDO

DOMICILIO TELEFONO

LOCALIDAD EMPRESA A B

FECHA DE NACIMIENTO día mes año

EDAD (años) <de 18 >de 35

ETNIA blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA no si

ESTUDIOS ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel

ESTADO CIVIL casada unión estable soltera otro vive sola no si

Lugar del control prenatal

Lugar del parto

Ld. Ad.

Este color significa **ALERTA** (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave

PERSONALES: T B G

cirugía genito-urinaria, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia

OBSTETRICOS: ninguno más de 4

ULTIMO PREVIO: n/c <2500g normal ≥4000g

Antecedente de gemelares

gestas previas, abortos, 3 espont. consecutivos, partos, vaginales, cesáreas, nacidos vivos, nacidos muertos, viven, muertos 1ª sem., después 1ª sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año menos de 1 año

EMBARAZO PLANEADO no si

FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO no usaba, barrera, DIU, hormonal, emergencia, natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR Kg

TALLA (cm) 1

FUM día mes año

FPP día mes año

EG CONFIABLE por FUM no si; Eco <20 s.

	FUMA ACT.	FUMA PAS.	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA
1er trim	no si	no si	no si	no si	no si
2º trim					
3er trim					

ANTIRUBEOLA previa no sabe embarazo no

ANTITETANICA vigente no si; DOSIS 1ª 2ª mes gestación

EX. NORMAL ODONT. no si; MAMAS

CERVIX Insp. visual, PAP, COLP: normal anormal no se hizo

GRUPO Rh Inmuniz. no si

Yglobulina anti D no si n/c

TOXOPLASMOSIS − + no se hizo

<20sem IgG

≥20sem IgG

1ª consulta IgM

VIH <20 sem solicitado no si realizado

≥20 sem solicitado no si realizado

Hb <20 sem ,__ g <11.0 g/dl

Fe/FOLATOS indicados Fe no si Folatos no si

Hb ≥20 sem ,__ g <11.0 g/dl

ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas − + no se hizo

PREPARACION PARA EL PARTO no si

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no si

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento

	Prueba VDRL/RPR	Confirmada por FTA	Tratamiento	Tto. de la pareja
<20 sem	− + s/d	− + s/d n/c	no si s/d n/c	no si s/d n/c
≥20 sem	− + s/d	− + s/d n/c	no si s/d n/c	no si s/d n/c

semanas

CHAGAS − + no se hizo

PALUDISMO/MALARIA − + no se hizo

BACTERIURIA

sem.	normal	anormal	no se hizo
<20			
≥20			

GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem; ≥30 sem; ≥105 mg/dl

CONSULTAS ANTENATALES

día mes año	edad gest.	peso	IMC	P A	altura uterina	presentación	FCF (lpm)	movim. fetales	proteinuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	próxima cita	Vacunas
		,										Td
		,										Tdap
		,										Influenza
		,										
		,										

PARTO ○ ABORTO ●

FECHA DE INGRESO día mes año

CARNÉ no si

CONSULTAS PRE-NATALES total

HOSPITALIZ. en EMBARAZO no si días

CORTICOIDES ANTENATALES completo, incompl., ninguna, n/c; semana inicio

INICIO espontáneo, inducido, cesar. elect.

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO no si; día mes año; hora min; <37 sem; ≥18 hs.; temp.≥ 38°C

EDAD GEST. al parto semanas días por FUM por Eco.

PRESENTACION SITUACION cefálica, pelviana, transversa

TAMAÑO FETAL ACORDE no si

ACOMPAÑANTE TDP P pareja, familiar, otro, ninguno

TRABAJO DE PARTO

detalles en partograma si no

hora	min	posición de la madre	contr./10'	dilatación	altura presentación	variedad posic.	meconio	FCF/dips

ENFERMEDADES

ninguna; 1 ó más

HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes I II G

infección ovular, infección urinaria, amenaza parto prater., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave

HEMORRAGIA 1er trim., 2do trim., 3er trim., postparto, infección puerperal (no si, código)

notas

NACIMIENTO

VIVO ○ MUERTO anteparto parto ignora momento

hora min día mes año

MULTIPLE órden no si

TERMINACION espontáneo cesarea otra forceps vacuum

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO código INDUC. OPER.

POSICION PARTO sentada acostada cuclillas

EPISIOTOMIA no si

DESGARROS Grado (1 a 4) no

OCITOCICOS prealumbr. no si

Tracción-contracción no si; Masaje del útero

PLACENTA completa no si; retenida

LIGADURA CORDON precoz no si

MEDICACION RECIBIDA

MgSO4	ocitócicos en TDP	antibióticos	anal gesia	anest. local	anest. region.	anest. gral.	trans fusión
no si	no si	no si	no si	no si	no si	no si	no si

otros no si especificar; código medic 1 medic 2

RECIEN NACIDO

SEXO m h no definido

PESO AL NACER g <2500 g ≥4000g

P. CEFALICO cm

LONGITUD cm

EDAD GESTACIONAL sem. días FUM ECO ESTIMADA

PESO E.G. adec. peq. gde.

APGAR (min) 1' 5'

REANIMACION estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo

FALLECE en LUGAR de PARTO no si

REFERIDO aloj. conj. neona tolog. otro hosp.

ATENDIO médico obst. enf. auxil. estud. p.trad. otro Nombre

PARTO

NEONATO

PUERPERIO

día	hora	T°C	P A	pulso	invol. uter.	loquios

DEFECTOS CONGENITOS

no menor mayor código

ENFERMEDADES

ninguna; 1 ó más; código

TAMIZAJE NEONATAL VDRL − + no se hizo; Hemoglobina g/dl ,__; GRUPO Rh − +

Meconio 1° día no si

LACTANCIA PRECOZ no si

VITAMINA K no si

PROFILAXIS OCULAR no si

ANTICONCEPCION

CONSEJERIA no si

METODO ELEGIDO

DIU postevento, DIU, barrera, hormonal, ligadura tubaria, natural, otro, ninguno

EGRESO RN

vivo fallece traslado

día mes hora min lugar

fallece durante o en lugar de traslado no si

EDAD días completos <1 día

ALIMENTO AL ALTA lact. excl. parcial artificial

Boca arriba no si

BCG no si

Hepatitis no si

PESO AL EGRESO g

Certificado Recién Nacido

N° Hist. Clínica R. Nacido

Nombre Recién Nacido

Responsable

EGRESO MATERNO

día mes año

traslado lugar

viva fallece

fallece durante o en lugar de traslado no si

días completos desde el parto

Responsable

HCPESAVP (Versión para Honduras) 04/13

CODIGO No. 2300769

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CERTIFICADO [redacted]

FECHA DE EXPEDICIÓN

DÍA | MES | AÑO

N° Tarjeta de Identidad

NOMBRE: _____

No. AFILIACIÓN

NOMBRE UNIDAD _____ NOMBRE SERVICIO _____ No. Colegio Médico

PATRONO: _____

No. PATRONAL

Presunción de Riesgo
- ENFERMEDAD COMUN
- ACCIDENTE COMUN
- ACCIDENTE DE TRABAJO
- ENFERMEDAD PROFESIONAL

- PRE-NATAL
- POST-NATAL

Prórroga de Incapacidad: Sí ____ No ____

PERIODO DE INCAPACIDAD

DESDE: DIA | MES | AÑO — AL — HASTA: DIA | MES | AÑO

DIAS OTORGADOS _____ (EN LETRAS)

HOSPITALIZACIÓN

FECHA HOSPITALIZACIÓN: DÍA | MES | AÑO

FECHA DE ALTA: DÍA | MES | AÑO

MATERNIDAD

FECHA PROBABLE DE PARTO: DIA | MES | AÑO

FECHA DE NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

FECHA DEL ACCIDENTE: DIA | MES | AÑO

Firma y Sello Profesional Médico Tratante

Firma y Sello Profesional Jefe Departamento

Incapacidad Refrendada: Sí ____ No ____ Con derecho Subsidio: Sí ____ No ____

DIAGNÓSTICO: _____

CODIGO _____

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE SUBSIDIOS

CERT. [redacted]

SALARIOS DE COTIZACIÓN

MES	DIAS	CANTIDAD
TOTALES		

SALARIO BASE DIARIO _____

SUBSIDIO DIARIO _____

66% _____

50% _____

TOTALES

DÍAS OTORGADOS	DÍAS A PAGAR	TOTAL A PAGAR

FECHA DE LIQUIDACIÓN

DÍA | MES | AÑO

DETALLE DE PLANILLAS

No.	INICIA			TERMINA			DÍAS A PAGAR	VALOR A PAGAR	NUMERO PLANILLA
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			
1									
2									
3									
4									
5									

FIRMA DEL LIQUIDADOR

FIRMA DEL REVISOR

CODIGO No. 2300023

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CERTIFICADO No. [redacted]

FECHA DE EXPEDICIÓN

DÍA ___ MES ___ AÑO ___

N° Tarjeta de Identidad

NOMBRE: _____

No. AFILIACIÓN

NOMBRE UNIDAD _____ NOMBRE SERVICIO _____ No. Colegio Médico

PATRONO: _____

No. PATRONAL

Presunción de Riesgo

- ☐ ENFERMEDAD COMUN
- ☐ ACCIDENTE COMUN
- ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO
- ☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL

- ☐ PRE-NATAL
- ☐ POST-NATAL

Prórroga de Incapacidad: Sí ___ No ___

PERIODO DE INCAPACIDAD

DESDE DIA ___ MES ___ AÑO ___ AL HASTA DIA ___ MES ___ AÑO ___ DIAS OTORGADOS ___ (EN LETRAS) _____

HOSPITALIZACIÓN

FECHA HOSPITALIZACIÓN DÍA ___ MES ___ AÑO ___

FECHA DE ALTA DÍA ___ MES ___ AÑO ___

MATERNIDAD

FECHA PROBABLE DE PARTO DIA ___ MES ___ AÑO ___

FECHA DE NACIMIENTO DIA ___ MES ___ AÑO ___

FECHA DEL ACCIDENTE DIA ___ MES ___ AÑO ___

Firma y Sello Profesional Médico Tratante

Firma y Sello Profesional Jefe Departamento

Incapacidad Refrendada: Sí ___ No ___ Con derecho Subsidio: Sí ___ No ___

↓ RECORTE AQUI ↓

CERT. No. [redacted]

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE SUBSIDIOS
CONSTANCIA PARA COBRAR EL SUBSIDIO

EL PATRONO: _____ No. _____

HACE CONSTAR QUE EL ASEGURADO: _____

No. de AFILIACION: _____ TARJETA DE IDENTIDAD: _____

A la fecha continúa siendo un trabajador de mi empresa o negocio (caso contrario indique la causa en observaciones) y por razones de salud no labora desde el _____ de _____ de 20 _____

Juro que los salarios vencidos y no declarados en Planilla de Cotización, por estar en mora son los siguientes:

MESES	DIAS	SALARIOS

MESES	DIAS	SALARIOS

OBSERVACIONES: _____

CODIGO No. 2300023

Lugar y Fecha

Sello y Firma del Patrono o su Representante

SEÑOR PATRONO

Si los salarios de este trabajador correspondientes a los tres(3) o diez(10) meses anteriores en que inicia su incapacidad no ha sido declarados en la planilla de cotización por estar usted en mora con la Institución sírvase llenar el cuadro que aparece en la "CONSTANCIA PARA COBRAR EL SUBSIDIO".

PARA QUE EL ASEGURADO PUEDA COBRAR EL SUBSIDIO SIN DIFICULTAD DEBE PRESENTAR:

1.- La "CONSTANCIA PARA COBRAR EL SUBSIDIO" que se adjunta en la parte inferior de este aviso, con los datos debidamente llenados a máquina o con tinta y que en ella se solicitan.
2.- LA "TARJETA DE IDENTIDAD", y
3.- EL " AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO" (Forma 13-006) si la causa de la incapacidad es a consecuencia de este riesgo.

Si el asegurado incapacitado no puede efectuar el cobro personalmente, podrá hacerlo otra persona, presentando su Tarjeta de identidad; la autorización escrita del Asegurado que aparece al dorse de la "CONSTANCIA PARA COBRAR EL SUBSIDIO" y la "TARJETA DE IDENTIDAD " de éste.

OBSERVACIONES

El subsidio se pagará a partir del cuarto (4) día por todo el tiempo que dure la incpacidad, sin que exceda de veintiséis (26) semanas.
Si al término de este plazo persiste la incapacidad, el Jefe de la Unidad está facultado para prorrogar el subsidio hasta por otras trece (13) semanas. Si al cumplirse este nuevo plazo aún subsiste la incapacidad, la Junta Directiva puede prorrogar el subsidio hasta por trece (13) semanas más. (Art. 40 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social).

El subsidio se concederá por días, con inclusión de domingos y feriados, y se liquidará por períodos vencidos no mayores de treinta (30) días (Art. 42 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social).

SEÑOR ASEGURADO

Para cobrar el subsidio por incapacidad temporal es requisito indispensable la presentación de su tarjeta de identidad.

Si usted personalmente no puede efectuar el cobro del subsidio, autorice por escrito a una persona, que deberá identificarse con su tarjeta de identidad.

IMPORTANTE

El asegurado incapacitado para trabajar a consecuencia de una enfermedad o accidente común y riesgo profesional, tiene derecho a un subsidio, siempre que acredite no menos de dos (2) meses de cotización en los cuatro (4) meses calendario anteriores al de la incapacidad. Los períodos de descanso por maternidad se tomarán en cuenta para el cómputo de los dos (2) meses. (Art. 38 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social).

El subsidio se otorgará solamente cuando el asegurado se encuente trabajando, a la fecha del comienzo de la incapacidad. (Art. 39 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social).

Tienen derecho a los servicios de salud por maternidad, la asegurada directa, la esposa o compañera del asegurado que acrediten un mínimo de diez (10) meses cotizados previos a la fecha probable para el inicio del reposo prenatal o bien, acreditar un mínimo de doce (12) meses cotizados en los ultimos dieciocho (18) meses previos a la fecha probable de inicio del reposo prenatal... (Art. 59 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social).

Cuando el instituto no conceda a la asegurada el subsidio de maternidad por no haber satisfecho el requisito de cotización, subsistirá el derecho al descanso remunerado al que se refiere el Art. 135 del Código de Trabajo (Art. 73 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social)

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CERTIFICADO No. [redacted]

FECHA DE EXPEDICIÓN
DÍA MES AÑO

N° Tarjeta de Identidad

NOMBRE: _____

No. AFILIACIÓN

NOMBRE UNIDAD _____ NOMBRE SERVICIO _____ No. Colegio Médico

PATRONO: _____

No. PATRONAL

Presunción de Riesgo
- ENFERMEDAD COMUN
- ACCIDENTE COMUN
- ACCIDENTE DE TRABAJO
- ENFERMEDAD PROFESIONAL

- PRE-NATAL
- POST-NATAL

Prórroga de Incapacidad: Sí ____ No ____

PERIODO DE INCAPACIDAD

DESDE (DIA MES AÑO) AL HASTA (DIA MES AÑO) DIAS OTORGADOS _____ (EN LETRAS)

HOSPITALIZACIÓN

FECHA HOSPITALIZACIÓN (DÍA MES AÑO)

FECHA DE ALTA (DÍA MES AÑO)

MATERNIDAD

FECHA PROBABLE DE PARTO (DIA MES AÑO)

FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)

FECHA DEL ACCIDENTE (DIA MES AÑO)

Firma y Sello Profesional
Médico Tratante

Firma y Sello Profesional
Jefe Departamento

Incapacidad Refrendada: Sí ____ No ____ Con derecho Subsidio: Sí ____ No ____

DIAGNÓSTICO: _____

_____ CÓDIGO _____

IMPORTANTE:

CERT. No. [redacted]

El médico tratante para expedir el Certificado de Incapacidad Temporal, deberá considerar las circunstancias:

A) Que el riesgo haya ocasionado al asegurado impedimento físico y psíquico para el desempeño de su trabajo.
B) Necesidad y conveniencia del reposo.
C) La posibilidad de prevenir invalidez.

Los certificados de Incapacidad temporal laboral que abarquen periodos menores de **tres (3) días**, serán autorizados por el médico tratante, y los de periodos superiores, para su validez deberán ser refrendados por el Jefe de la Unidad Médica o el Jefe del departemento médico, en el momento que se generen. (Art. 5 Reg. para la Extensión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral).

Los certificados de incapacidad emanados de las Unidades Hospitalarias serán extendidos por el periodo que haya permanecido hospitalizado el paciente mas el tiempo necesario para su completa recuperación si la hospitalización fuera prolongada los certificados de incapacidad podrán otorgarse en forma fraccionada según criterio del médico tratante. (Art. 14 Reg. para la Extensión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral).

El Médico tratante podrá extender el certificado de la Incapacidad temporal laboral hasta por veintiséis (26) semanas, conforme a las normas y procedimientos de Atención Médica. Si al Vencimiento de ese plazo persiste la incapacidad el Jefe de la Unidad previo al Dictamen de la Comisión de Medios Especialistas designada por él y avalada por la Dirección Médica Nacional, estará facultado para prorrogar la incapacidad por un plazo no mayor de trece (13) semanas. Si al cumplirse este nuevo periodo aún subsiste la incapacidad, la Junta Directiva, podrá delegar a la Dirección Médica Nacional, quien con base en el Dictamen de dicha Comisión de Médicos Especialistas autorizará o denegará la prorroga de la incapacidad temporal laboral hasta por trece (13) semanas para completar el periodo máximo de cincuenta y dos (52)semanas. (Art. 13 del Reglamento para la Extensión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral).

Se entenderá como un mismo caso de subsidio, la incapacidad ininterrumpida para el trabajo desde el día en que se origina la incapacidad, hasta el día que se recupere la capacidad de trabajo. Si sobreviene una nueva incapacidad relacionada con la patología o accidente que dio origen a la primera situación incapacitante, dentro de los treinta y cinco (35) días siguientes a la fecha en que se hubiera declarado la recuperación de la capacidad de trabajo, esta nueva incapacidad se considerará que forma parte del mismo caso de subsidio. Toda incapacidad que se presente con posterioridad a los treinta y cinco (35) días señalados, será considerada como un nuevo caso. (Art. 41 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CERTIFICADO No. [redacted]

FECHA DE EXPEDICIÓN
DÍA MES AÑO

N° Tarjeta de Identidad

NOMBRE: _____

No. AFILIACIÓN

NOMBRE UNIDAD _____ NOMBRE SERVICIO _____ No. Colegio Médico

PATRONO: _____

No. PATRONAL

Presunción de Riesgo
- ENFERMEDAD COMUN
- ACCIDENTE COMUN
- ACCIDENTE DE TRABAJO
- ENFERMEDAD PROFESIONAL

- PRE-NATAL
- POST-NATAL

Prórroga de Incapacidad: Sí ____ No ____

PERIODO DE INCAPACIDAD

DESDE (DIA MES AÑO) AL HASTA (DIA MES AÑO) DIAS OTORGADOS _____ (EN LETRAS)

HOSPITALIZACIÓN

FECHA HOSPITALIZACIÓN (DÍA MES AÑO)

FECHA DE ALTA (DÍA MES AÑO)

MATERNIDAD

FECHA PROBABLE DE PARTO (DIA MES AÑO)

FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)

FECHA DEL ACCIDENTE (DIA MES AÑO)

Firma y Sello Profesional
Médico Tratante

Firma y Sello Profesional
Jefe Departamento

Incapacidad Refrendada: Sí ____ No ____ Con derecho Subsidio: Sí ____ No ____

DIAGNÓSTICO: _____

_____ CÓDIGO _____

IMPORTANTE:

CERT. No. [redacted]

El médico tratante para expedir el Certificado de Incapacidad Temporal, deberá considerar las circunstancias:

A) Que el riesgo haya ocasionado al asegurado impedimento físico y psíquico para el desempeño de su trabajo.
B) Necesidad y conveniencia del reposo.
C) La posibilidad de prevenir invalidez.

Los certificados de Incapacidad temporal laboral que abarquen periodos menores de **tres (3) días**, serán autorizados por el médico tratante, y los de periodos superiores, para su validez deberán ser refrendados por el Jefe de la Unidad Médica o el Jefe del departemento médico, en el momento que se generen. (Art. 5 Reg. para la Extensión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral).

Los certificados de incapacidad emanados de las Unidades Hospitalarias serán extendidos por el periodo que haya permanecido hospitalizado el paciente mas el tiempo necesario para su completa recuperación si la hospitalización fuera prolongada los certificados de incapacidad podrán otorgarse en forma fraccionada según criterio del médico tratante. (Art. 14 Reg. para la Extensión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral).

El Médico tratante podrá extender el certificado de la Incapacidad temporal laboral hasta por veintiséis (26) semanas, conforme a las normas y procedimientos de Atención Médica. Si al Vencimiento de ese plazo persiste la incapacidad el Jefe de la Unidad previo al Dictamen de la Comisión de Medios Especialistas designada por él y avalada por la Dirección Médica Nacional, estará facultado para prorrogar la incapacidad por un plazo no mayor de trece (13) semanas. Si al cumplirse este nuevo periodo aún subsiste la incapacidad, la Junta Directiva, podrá delegar a la Dirección Médica Nacional, quien con base en el Dictamen de dicha Comisión de Médicos Especialistas autorizará o denegará la prorroga de la incapacidad temporal laboral hasta por trece (13) semanas para completar el periodo máximo de cincuenta y dos (52)semanas. (Art. 13 del Reglamento para la Extensión de Certificados de Incapacidad Temporal Laboral).

Se entenderá como un mismo caso de subsidio, la incapacidad ininterrumpida para el trabajo desde el día en que se origina la incapacidad, hasta el día que se recupere la capacidad de trabajo. Si sobreviene una nueva incapacidad relacionada con la patología o accidente que dio origen a la primera situación incapacitante, dentro de los treinta y cinco (35) días siguientes a la fecha en que se hubiera declarado la recuperación de la capacidad de trabajo, esta nueva incapacidad se considerará que forma parte del mismo caso de subsidio. Toda incapacidad que se presente con posterioridad a los treinta y cinco (35) días señalados, será considerada como un nuevo caso. (Art. 41 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS

CITA MEDICA

No. de Expediente

Apellidos y Nombres

a) Consulta el día_____ del mes de _____ de 201____ Hora _____

Con _____ (p) (s) (a) (b)

b) Consulta el día_____ del mes de _____ de 201____ Hora _____

Con _____ (p) (s) (a) (b)

c) Consulta el día_____ del mes de _____ de 201____ Hora _____

Con _____ (p) (s) (a) (b)

(Firma y Sello)

(Fecha de Expedición)

Lea las indicaciones del reverso - Le interesan

CODIGO SAP 2300024

Presente esta CITA MEDICA en la Oficina de Admisión del Consultorio. Con ella tiene derecho a turno según la hora de llegada.

Muéstrela a su patrono para que le conceda permiso y pueda acudir en la fecha y hora indicada; si lo hace después de media hora pierde su derecho y tendrá que solicitar nueva consulta.

Si se ha concedido descanso por incapacidad temporal y no se presenta habiendo sido citado, automáticamente se suspende el subsidio.

No abandone su tratamiento mientras el médico no lo autorice para volver a su trabajo.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS

CONTROL DE CONSULTAS

Fecha: _____ Firma: _____

CODIGO SAP 2300042

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONTROL DE SUERO

Nombre: _____

No. de Cuna: _____ No. de Mezcla: _____

Solución: _____

_____

_____

Hora empezó: _____ Goteo: _____

Fecha: _____ Firma: _____

CODIGO SAP 2300051

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

HOJA DE EVOLUCION

Nº de orden ____ de ____

Nº de Historia Clínica: _____ Nº de Afiliación: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Servicio: _____ Nº de cama: _____ Fecha de Ingreso: _____

MEDICO / FECHA	CURSO CLINICO

Curso clínico y observaciones de enfermería

CODIGO SAP 2300072

MEDICO / FECHA	CURSO CLINICO

Curso clínico y observaciones de enfermería

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO

DATOS GENERALES

Nombre: _____ No. de Expediente: _____

Sexo M ( ) F( ) Servicio: _____ Cama: _____ Fecha y Hora de Nacimiento: _____

Apgar _____1'_____ _____5'_____ T°_____

B.C.G.	SÍ _____ NO _____	
Vit. K	Madre	Hijo
Grupo		
RH		
Coombs		
RPR		

SOMATOMETRÍA

Peso _____ Talla _____

P.C. _____ P.T. _____

Apariencia general (madurez actividad, tono, llanto , color, nutrición, endema) _____

Piel (rash, equimosis, descamación, meconio, uñas, manchas) _____

Cabeza (tamaño, moldamiento, caput, craneotabes, céfalohematoma, cabalgamiento, fontanelas) _____

Ojos (anormalís, conjuntivitis) _____

Oidos, nariz, garganta, labios, encías, paladar _____

lengua _____

Cuello (simetría, hematomasm tiroides, fístulas) _____

Tórax (forma, movilidad, retracciones, FR, quejido respiratorio, nódulo mamarino) _____

Pulmones _____

Corazón (Frecuencia, ritmo, soplos, apex) _____

Abdomen (incluyendo cordón umbilical) _____

Genitales (testículos, pene, vulva, secreciones) _____

ano (permeabilidad) _____

Tronco Columna _____

Extremidades (incluyendo clavícula, caderas) _____

Reflejos (moro, succión, deglución búsqueda) _____

Tónico, cuello, prehensión palmar y plantar, apoyo y marcha espinal _____

Meconio _____

Micción _____

Impresión Diagnóstica _____

Indicaciones _____

CODIGO SAP 2300073

_____ Nombre del Médico

_____ Firma y Sello

_____ Fecha y Hora

10

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

EXPEDIENTE CLINICO

IDENTIFICACION ASEGURADO DIRECTO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DATOS PERSONALES

Lugar de Nacimiento: _____ Municipio Departamento País	Lugar de Nacimiento: _____ Día Mes Año
Nombre del Padre: _____	Nombre de la Madre: _____

Historia Alérgica:		Grupo Sanguíneo _____
		Factor Rh
		Transfusiones Sanguíneas: Lugar y Fecha:

Domicilio:

DATOS LABORALES

Nº Patronal	Nombre del Patrono	Ocupación

CODIGO SAP 2300074

1º APELLIDO | 2º APELLIDO | 1º NOMBRE | 2º NOMBRE | SEXO M | F | NUMERO DE AFILIACION

_____ Fecha de Elaboración del Expediente

_____ Nombre del Empleado

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

EXPEDIENTE CLINICO

NUMERO DE AFILIACION

SEXO M F

1º APELLIDO | 2º APELLIDO | 1º NOMBRE | 2º NOMBRE

IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DATOS PERSONALES

Lugar de Nacimiento: _____ Municipio Departamento País	Lugar de Nacimiento: _____ Día Mes Año
Nombre del Padre: _____	Nombre de la Madre: _____

Historia Alérgica:		Grupo Sanguíneo _____
		Factor Rh
		Transfusiones Sanguíneas: Lugar y Fecha:

Domicilio:

DATOS LABORALES

Nº Patronal	Nombre del Patrono	Ocupación

CODIGO SAP 2300075

_____ Fecha de Elaboración del Expediente

_____ Nombre del Empleado

Fecha	Nº de Expediente	Clínica o Servicio	Empleado

CODIGO SAP 2300076

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS

EXPEDIENTE CLINICO FALSO

Fecha	Nº de Expediente	Clínica o Servicio	Empleado

CODIGO SAP 2300076

IHSS
El Instituto Hondureño de Seguridad Social

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS

EXPEDIENTE CLINICO FALSO

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

EXPEDIENTE CLINICO

IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

NUMERO DE AFILIACION

SEXO M F

1º APELLIDO | 2º APELLIDO | 1º NOMBRE | 2º NOMBRE

DATOS PERSONALES

Lugar de Nacimiento: Municipio Departamento País	Lugar de Nacimiento: Día Mes Año
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre:

Historia Alérgica:		Grupo Sanguíneo Factor Rh Transfusiones Sanguíneas: Lugar y Fecha:

Domicilio:

DATOS LABORALES

Nº Patronal	Nombre del Patrono	Ocupación

CODIGO SAP 2300077

Fecha de Elaboración del Expediente

Nombre del Empleado

FICHA FAMILIAR

IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

ESAF No. _____

NOMBRE JEFE DE FAMILIA:	
CODIGO DE FAMILIA:	
TAP:	

1. **UBICACION DE VIVIENDA**

DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO: _____ **CIUDAD:** _____

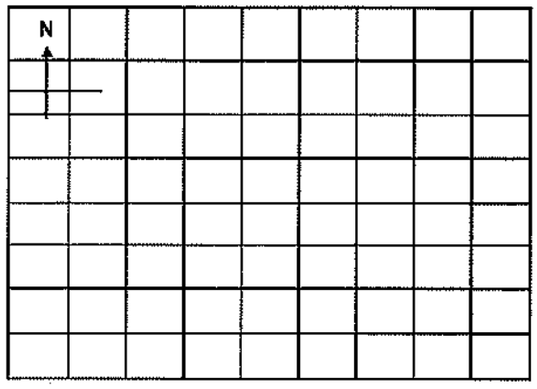
DIRECCION: Colonia o Barrio _____

No. Vivienda _____ Ave. o Calle _____

SEÑAS: _____

SECTOR: _____ **TELEFONO:** _____

CROQUIS



CODIGO No. 2300084

II. CARACTERISTICAS DE VIVIENDA

1. TIPO DE VIVIENDA

1.1 Casa Independiente
1.2 Apartamento
1.3 Cuarto en mesón o cuatería
1.4 Local no construido para vivienda
1.5 Albergue transitorio
1.6 Casa improvisada
1.7 Hotel, pensión o casa de huéspedes
1.8 Cuartel, batallón o posta policial
1.9 Otro, especifique

_____

2. TENENCIA DE LA VIVIENDA

2.1 Propia
2.2 Prestada
2.3 Alquilada
2.4 Otro, especifique

_____

3. NUMERO DE CONVIVIENTES

_____

4. MATERIALES DE LAS PAREDES INTERIORES

4.1 Ladrillo rafón sin repello
4.2 Ladrillo rafón con repello
4.3 Piedra rajada de cantera
4.4 Bloque de cemento o concreto sin repello
4.5 Bloque de cemento o concreto con repello
4.6 Adobe
4.7 Madera
4.8 Bahareque
4.9 Palo o caña
4.10 Material de desecho
4.11 Otro, especifique

_____

5. MATERIALES DEL TECHO

5.1 Cielo falso
5.1.1 Con_____
5.1.2 Sin_____ (pasar a la 06)
5.2 De fibrocemento pintado
5.4 De asbesto sin pintar
5.5 De asbesto pintado
5.6 Otro, especifique
5.7 Teja de barro
5.8 Lámina de asbesto
5.9 Lámina de zinc
5.10 Concreto
5.11 Paja, palma o similar
5.12 Material de desecho
5.13 Otro, especifique

6. MATERIALES DEL PISO

6.1 Tierra
6.2 Plancha de cemento
6.3 Madera
6.4 Ladrillo de cemento
6.5 Ladrillo de terrazo o granito
6.6 Ladrillo de barro
6.7 Cerámica
6.8 Otro, especifique

7. FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

7.1 De tubería del sistema público o privado
7.2 De pozo con bomba
7.3 De vertiente, río o arroyo
7.4 De lago o laguna
7.5 de vendedor o repartidor ambulante
7.6 Otro, especifique

8. TIPO AMLUMBRADO

8.1 Electricidad del sistema público
8.2 Electricidad del sistema privado
8.3 Electricidad del motor propio
8.4 Candil o lámpara de gas (Kerosen)
8.5 Vela
8.6 Ocote
8.7 Panel solar
8.8 Otro especifique

9.DISPOSICION DESECHOS SOLIDOS (Basura)

9.1 La tira a la calle, río, quebrada, lago o mar
9.2 La recoge el carro de la basura
9.3 La lleva al depósito o contenedor
9.4 La quema o entierra
9.5 Paga a particulares para que la boten
9.6 Otros, especifique

10 PIEZAS DE LA VIVIENDA

(Colocar el número de divisiones, son contar los baños ni pasillos)

_____

11. PIEZAS PARA DORMITORIOS

(Del total de piezas de la vivienda colocar el número de las que son usadas para dormir)

_____

12. UBICACION DE LA COCINA(con relación a la casa)

12.1 Interior _____
12.2 Exterior_____
12.3 Protección contra insectos
12.3.1 SI _____
12.3.2 NO_____

13. ENERGIA PARA COCINAR

13.1 Leña
13.2 Gas (Kerosen)
13.3 Gas propano (chimbo)
13.4 Electricidad
13.5 No cocina
13.6 Otro, especifique

14. DISPOSICION DE AGUA NEGRAS Y EXCRETAS

14.1 aA la red de alcantarillado
14.2 A fosa séptica
14.3 Descarga a río, quebrada, laguna, mar o lago
14.4 A la calle o patios
14.5 Letrina de pozo simple
14.6 No tiene
14.7 Otro, especifique

15. DISPOSICION DE AGUAS SERVIDAS

15.1 A la red de alcantarillado
15.2 a fosa séptica
15.3 Descarga a río, quebada, laguna, mar o lago
15.4 A la calle o patios
15.5 Otro, especifique

16. USO DEL SERVICIO SANITARIO

16.1 Familiar
16.2 Colectivo

17. CALIDAD DE LA VENTILACION

17.1 Buena
17.2 Mala

18. CALIDAD DE LA ILUMINACION

18.1 Buena
18.2 Regular
18.3 Mala
18.4 Otro especifique

19 APARATOS Y EQUIPOS

19.1 Automóvil
19.2 Refrigeradora
19.3 Lavadora eléctrica
19.4 Radio, radio grabadora o equipo de sonido
19.5 Máquina de coser
19.6 Televisor
19.7 Aire acondicionado
19.8 Computadora
19.9 Teléfono
19.10 Otro, especifique

20 ANIMALES

20.1 Domésticos
20.1.1Perro _____
20.1.2 Gato _____
20.1.3 Aves ornamentales_____

20.2 No domésticos
20.2.1 Aves de corral _____
20.2.2 Conejos _____
20.2.3 Hamster_____
20.2.4 Ganado bovino _____
20.2.5 Ganado caprino _____
20.2.6 Ganado vacuno _____
20.2.7 Ganado porcino _____
20.2.8 Ganado caballar
20.2.9 Otro, especifique _____

20.3 Donde permanecen los animales
20.3.1 Dentro de la casa _____
20.3.2 Fuera de la casa _____
20.4 Otro, especifique

21. VECTORES
21.1 Moscas
21.2 Cucarachas
21.3 Ratas-ratones
21.4 Mosquitos
21.5 Chiches
21.6 Murciélagos
21.7 Otro, especifique_____

22. CONSUMO DE AGUA
22.1 Filtrada
22.2 Hervida
22.3 Clorada
22.4 Directa de la llave
22.5 Otro, espeficique

23. DEPOSITO DE AGUA
23.1 Tanque(tapa)
23.1.1 Sin tapa_____
23.1.2 Con tapa _____
23.2 Tonel(tapa)
23.2.1 Sin tapa _____
23.2.2 Con tapa _____
23.3 Pilas
23.4 Cisterna
23.5 Otro, especifique

24. AMBIENTE DE LA COMUNIDAD
24.1 Existen fuentes de agua contaminadas por disposicón de agual negras, servidas y excretas?
24.1.1 Si _____
24.1.2 No _____
24.1.3 A que distancia aproximadamente (en metros)?_____
24.2 Las calles colindantes al bloque son de:
24.2.1 Pavimento_____
24.2.2 Grava/gravin_____
24.2.3 Tierra_____
24.3 Frecuencia vehicular durante 1 hora
24.3.2 7-12 Vehículos por hora _____
24.3.3 13-18 Vehículos por hora _____
24.3.4 19-30 Vehículos por hora _____
24.3.5 Más de 30 vehículos por hora_____

24.4 Existen empresas que generen ruido, no tolerable en la zona?
24.4.1 Si _____
24.4.2 No_____
24.4.3 Tipo de empresa
_____

24.5 Existen en la zona, empresas que generan contaminación? Con:
24.5.1 Sólidos en suspensión
_____
24.5.2 Gases producidos por solventes _____
24.5.3 Gases producidos por combustión _____
24.5.4 Otros, especifique
_____

24.6 Esta la vivienda ubicada a una distancia menor de 100 metros de fuentes de alto poder o cables de alta tensión?
24.6.1 Si _____
24.6.2 No _____
24.6.3 A que distancia?
_____

24.7 Otro, especifique

III. CARACTERISTICAS DE PERSONAS

MIEMBRO No. NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	CONDICION DE ASEGURADO	NUMERO ASEGURADO	NUMERO DE IDENTIDAD	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD AÑO	ESCOLARIDAD NIVEL	PARENTEZCO	OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO O ESTUDIO	INGRESO ECONOMICO MENSUAL
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

IV HISTORIA PERSONAL Y FAMILIA PATOLOGICA

		MIEMBRO No.									
		NOMBRE									
		1	Diabetes	ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES							
		2	Tuberculosis								
		3	Infecciones Transmisión Sexual								
		4	Infección por VIH								
		5	SIDA								
		6	Desnutrición								
		7	Bronquitis Crónica								
		8	Enfermedades psiquiatricas								
		9	Convulciones								
		10	Obesidad								
		11	Alcoholismo								
		12	Intoxicación por Plaguicidas								
		13	Hipertensión Arterial								
		14	Cardiopatias								
		15	Epilepsia								
		16	Asma								
		17	Rinitis								
		18	Sinusitis								
		19	Neumonia								
		20	Faringo-amigdalitis aguda a repetición								
		21	Diarrea Crónica								
		22	Dengue								
		23	Malaria								
		24	Changas								
		25	Leishmaniasis								
		26	Cancer								
		27	Enfermedad Renal								
		28	Otros								
		29	Medicamentos	ANT. INMUNDO-ALERGICOS							
		30	Picadas por insecto								
		31	Productos quimicos								
		32	Alimentos								
		33	Ha sido hospitalizado	ANTECEDENTES HOSPITALARIOS							
		34	Causa de Hospitalización								
		35	Ha recibido trasfusiones	ANTECEDENTES FAMILIARES							
		36	Diabetes								
		37	Cancer								
		38	Asma								
		39	Hipertensión Arterial								
		40	Cardiopatia								
		41	Convulsiones								
		42	Epilpsia								
		43	Otros								

V. NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 11 AÑOS

MIEMBRO No.										
NOMBRES Y APELLIDOS										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ	1 Varicela										
	2 Parotiditis										
	3 Sarampión										
	4 Tosferina										
	5 Rubeola										
ANTECEDENTES DE LA MADRE	6 Número de embarazos										
Enfermedades durante el Embarazo	7 Preclampsia										
	8 Eclampsia										
	9 Diabetes Gestacional										
	10 Gingivitis										
	11 Infección del Tracto Urinario										
	12 Infecciones Vaginales										
	13 Anemia										
	14 Hipertensión Arterial										
	15 Otros										
	16 Número de Controles Prenatales										
Embarazo controlado por:	17 Médico										
	18 Enfermera Profesional										
	19 Auxiliar de Enfermeria										
	20 Partera										
	21 Otros										
Intervalo con el embarazo anterior	22 Menor de 24 meses										
	23 Mayor de 24 meses										
CONDICIONES AL NACER(solo aplica a menores de 5 años)	24 Hospital										
Lugar del Parto	25 Clínica Materno Infantil										
	26 CESAMO										
	27 CESAR										
	28 Hospital Privado										
	29 Clínica Privada										
	30 Hogar										
	31 Otros										
	32 Parto Vaginal										
	33 Cesárea										
	34 Peso al Nacer (en gramos)										
	35 Talla al Nacer										
	36 Perimetro cefálico al nacer (centimetros)										
	37 Tipo y Rh sanguíneo										

VI CONTROL DE VACUNACION

MIEMBRO No.	B. G. C.	SABIN (Polio)				Pentavalente (DPT+HB+HIB)					DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos)		TD(toxoide Tetánico y Diftérico)							Antihepatisis B			SR *sarampión y Rubeola(		SRP (Sarampión, Rubeloa y Paperas)
	DU	1D	2D	3D	DA	1D	2D	3D	1R	2R	1R	2R	1D	2D	3D	4D	5D	1R	2R	1D	2D	3D	1D	DA	DU
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
9																									
9																									
10																									

VII. CONTROL DE MATERNIDAD/GINECOLOGICO

MIEMBRO No.	PRIMERA MESTRUACION	VIDA SEXUAL			ANTECEDENTES OBSTESTERICOS						EMBARAZO ACTUAL			CITOLOGIA		MAMOGRAFIA		PLANIFICACION FAMILIAR		ANTECEDENTES PATOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO									
		INICIO	ACTIVA	No. DE PAREJAS	EMBARAZO	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	HIJOS VIVOS	HIJOS MUERTOS	FECHA DE ULTIMA MESTRUACION(FUM)	FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)	CONTROL	FECHA ULTIMA CITOLOGIA	RESULTADO	NORMAL	ANOMRMAL	TIPO DE METODO	FECHA DE INICIO	PRECLAMPSIA	ECLAMPSIA	HEMORRAGIA	DIABETES GESTACIONAL	GINGIVITIS	INFEC. TRACTO URINARIO	INFECCIONES VAGINALES	ANEMIA	HIPERTENSION ARTERIAL	OTROS
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

VIII. CONDICIONES DE SALUD Y RIESGOS

MIEMBRO	ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS AÑO DE DIAGNOSTICO (Control)	ESTADO NUTRICIONAL	HABITOS TOXICOS				ESTRES	RIESGO SUICIDA	SECUELAS	RIESGO AMBIENTAL	RIESGO LABORAL	GRUPO DE PERSONAS			
			TABACO	BEBIDAS ALCOHOLICAS	DROGAS	FARMACO DEPENDENCIA						I	II	III	IV
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

IX CARACTERISTICAS DE CONTAMINACION

CODIGO	TIPO DE FUENTE	DESCRIPCION DE FUENTES

X DEFUNCIONES:

1. NIÑOS:
   - 1.1 Edad de muerte _____
   - 1.2 Causa de muerte _____

2. ADULTOS:
   - 2.1 Edad de muerte _____
   - 2.2 Causa de muerte _____

XI. CONTROL DE VISITAS DOMICILIARIAS

FECHA	MIEMBRO	MOTIVO	ACCIONES Y RECOMENDACIONES	RESULTADOS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

FRECUENCIA PARA MEDICAMENTOS INYECTABLES O PARENTERALES

CODIGO SAP 2300089

Nombre: _____

Fecha: _____ Cama No. _____

Medicina: _____

Enfermera: _____

Subcutánea	
Intramuscular	
Endovenosa	
Venoclisis	

HORAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a. m.												
p. m.												

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

FRECUENCIA PARA MEDICAMENTOS ORALES

CODIGO SAP 2300090

Nombre: _____

Fecha: _____ Cama No. _____

Medicina: _____

Enfermera: _____

A. C.
D. C.

HORAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a. m.												
p. m.												

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Gerencia de Anestesia

Preanestesia

No. De Historia Clínica: _____ No. De Afiliación: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F No. De Cama: _____

Dx:: _____ IQ Prevista:: _____

Cirujano Responsable: _____

Antecedentes Personales: _____

Antecedentes Familiares: _____

Antecedentes Anestesicos: General: _____

Regional: _____

Medicación Actual: _____

Alergias: _____

Tabaquismo: _____ Alcoholismo: _____ Hepatitis: _____ Sífilis: _____

Drogadicción: _____ VIH: _____ Grupo: _____ Rh: _____

Exploración Física

P/A: _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **Peso:** _____

Constitución: _____ Acceso Venoso: _____ Estado Nutricional: _____ Dentadura: _____

Movilidad de Cuello: _____ Apertura de boca _____ Distancia TM: _____ Mallampatti: _____

Dificultad para punción Lumbar: Transfusión Previa: _____

Exploración Cardio Respiratorio: _____

Otras Exploraciones: _____

Pruebas Complementarias: _____

Rx Torax: _____

ECG: _____

Analítica: _____ HT: _____ Plaquetas: _____ Protrombina _____ PPT _____

Glicemia _____ Urea: _____ Cratinina: _____ Otros: _____

Riesgo: _____ ASA: _____ Consentimiento Informado: SI NO

Indicaciones Anestesicas: Premedicación: _____

Tipo de Anestesia: _____ Ayuno: _____

CODIGO SAP 2300092

Comentarios: _____

Anestesiólogo:

_____

Nombre y Firma

ANESTESIA

Local

- ☐ Raquidea
- ☐ Peridural
- ☐ Supraclavicular
- ☐ Axilar
- ☐ Troncular
- Endovenosa

Aguja No. _____

Posición _____

Cateter [SÍ] [NO]

Nivel de Punción

Niveles _____ Dificultad [I] [II] [III] [IV]

Resultados Bueno ☐ Regular ☐ Doloroso ☐

General

Máscara ☐ Intubación ☐ No. _____

Oral ☐ Nasal ☐ Bronquial ☐ Esófago ☐

Dificultad [I] [II] [III] [IV] Bueno [SÍ] [NO]

Taponamiento [SÍ] [NO] Peep _____

RESPIRACIÓN Respirador _____

Controlada ☐ Asistida ☐ Espontanea ☐

Parametros VM _____ VT _____ FIO2 Ft _____

Torniquete Inicio _____ Fin _____

Programado ☐ Urgente ☐

MONITORIZACIÓN

ECG ☐			P ☐	C ☐	
SpO2 ☐	TAI ☐	Vía Venosa	☐	☐	No. _____
ETCO2 ☐	PVC ☐	Vía Arterial	☐	☐	
TANI ☐	Tem ☐	Sonda Nasal ☐			Ves ☐

Fecha _____ ASA _____ Última Ingesta _____ Quirófano Duración _____

DX _____ Intervención _____

Cirujano _____ Ayudante _____

Anestesiólogo _____ Residente _____ Técnico A _____

Instrumentista _____ Circulante _____

Premedicación _____

Inducción _____

Hora inicio Anestesia _____ Hora inicio Cirugía _____ Hora fin Cirugía _____ Hora fin Anestesia _____

Fármacos										
Balance										
Sueros										
Sangre										

Compli. Operatorio.	220
Depresión Resp.	200
Arritmia	180
Brad Taquicardia	160
Secreciones	140
Hipotensión	120
Snock	100
H.T.A.	80
Reflujo en Quirófano	60
Vómito	40
Agitación	20

Sat O2										
EtO2										
PVC										
Diuresis										

POST-ANESTESIA

T	PVC
41	18
40	16
39	14
38	12
37	10
36	8
35	6
	4
	2
	0

FC
TA

EVOLUCIÓN

220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

Sat O2
FiO2
V. Min
Respiración

Sueros

Diuresis

Drenaje

Fármacos

VALORACIÓN INICIAL

Respiración

Normal Bradipnea
Taquipnea Apnea
Aleteo nasal Tiraje

Estado de conciencia

Dormido: Difícil despertable / Fácil despertable

Despierto: Tranquilo / Excitado

Coloración de la piel

Normal Pálida Ictérica

Cianosis: Labial / Angeleal / Generalizada

FUERZA MUSCULAR

Levanta la cabeza ☐

Aprieta la mano ☐

Levanta Extremidades ☐

DOLOR:

Sonda nasogástrica
Vertical
Otra

BALANCE

Entradas

Salidas

Total

Shock
Náuseas
Vómitos
Escalofríos

Informe de Alta

Alta RPQ | Enfermera | Anestesiólogo | Hora

PREPARACIÓN PRE-QUIRÚRGICA - EQUIPO DE ENFERMERÍA

Ayuno desde:_____ ☐

Higiene (Según Protocolo):_____ ☐

Retirada de Prótesis_____ ☐

Retirada de Joyas _____ ☐

Otros _____ ☐

Rasurar_____ ☐

Despintar _____ ☐

Instauración vía:_____ No._____ ☐

Vaciado Vesical: _____ ☐

Sonda Permanente No. _____ ☐

Misión Expontanea _____ ☐

Enema _____ ☐

Sonda de Alen No. _____ ☐

Canalizar con cateter # 18

	ÓRDENES MÉDICAS

HORA	NOTAS DE ENFERMERÍA	FIRMA DE ENFERMERA

IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

GRAFICO CLINICO

Nº de Historia Clínica: _____ Nº de afiliación: _____ Fecha de Ingreso: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Edad: Servicio: Nº de cama:

Fecha																							
T°	FC	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
40	180																					
39.5	160																					
39	140																					
38.5	120																					
38	100																					
37.5	80																					
37	60																					
36.5	40																					
36	30																					
P/A																						
% Saturación																						
FR																						
Peso																						
Glucosuria																						
Getonuria																						
Glucometria																						
BALANCE HIDRICO																						
SALIDAS	Diuresis																					
	Deposiciones																					
	Vómitos																					
	TOTAL																					
ENTRADAS	SUEROS																					
	OTROS EV																					
LIQUIDOS ORALES																						
INGESTA																						
TOTAL																						
BALANCE ANTERIOR																						
BALANCE DEL DIA																						

NOTA: SF: Suero Fisiológico SGS: Suero Mixto SG: Suero Glucosado BIC: Bicarbonato H: Hartman

CODIGO SAP 2300097

No.

No.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Historia Clínica

Hospital: _____

Especialidad: _____

No. de Expediente: _____ No. de Afiliación: _____ Fecha y Hora: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Lugar de Origen: _____ Lugar de Residencia: _____ Informante: _____

1. Síntoma Principal y/o Motivo de Consulta:

2. Historia de la Enfermedad Actual:

3. Funciones Orgánicas Generales (defecación, Micción, Sueño, Apetito):

4. Revisión de Síntomas por Aparatos y Sistemas:

5. Antecedentes Pesonales Patológicos:

6. Antecedentes Hospitalarios:

7. Antecedentes Traumáticos y Quirúrgicos:

8. Antecedentes Familiares:

9. Antecedentes Alérgicos:

10. Alimentación y Dietética:

11. Hábitos Personales:

12. Historia Sexual:

13. Historia Gineco-Obstetra:

PEDIATRIA

14. Antecedentes Prenatales:

15. Antecedentes Natales:

16. Antecedentes Postnatales:

17. ESQUEMA DE VACUNACIÓN (Anote Fecha)

VACUNA	DOSIS					
	Única	1ra.	2da.	3ra.	1ra. Adicional	2da. Adicional
BCG						
DPT						
POLIO						
INFLUENZAE						
HEPATITIS B						
SRP						

18. Examen Físico:

P.A._____ F.C._____ F.R._____ T° _____ P _____ T _____ PC _____ PT _____ I.M.C. _____

19. Apariencia General:

20. Cabeza y Cara:

21. Ojos:

22. Oídos:

23. Nariz

24. Boca Orofaringe:

25. Cuello:

26. Tórax:

26.1 Mamas:

26.2 Corazón:

26.3 Pulmones:

27. Abdomen:

28. Ano Periné:

29. Genitales:

30. Osteo-Articular:

Columna Vertebral:

31. Extremidades:

32. Piel y Faneras:

33. Linfoganglonlar:

34. Neurológico:

35. Resúmen:

36. Impresión Diagnóstica:

37. Plan de Tratamiento:

38. Pronóstico:

Nombre y Firma del Médico:_____

Sello

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO

Aseg.	
Mater.	
Benef.	

HOJA DE SOLICITUD PARA ESTUDIO VIH

CE	SME
SALA	

YO (Nombres y Apellidos del paciente).

No. Afiliación

EDAD	SEXO	
	M	F

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐

OCUPACIÓN:

No. PATRONAL

CIUDAD: _____ CASERÍO/ALDEA/COLONIA: _____

CALLE AVE. _____ BLOQUE No. DE CASA _____ OTROS DATOS _____

TRANSFUSIONES: NO ☐ SI ☐ FECHA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN: _____

CONDICIÓN

ASINTOMÁTICO ☐ SINTOMÁTICO ☐ CONTACTO ☐

VIH<20SEM ☐ _____

VIH<30SEM ☐ _____

OTROS ☐ _____

RECIBIO CONSEJERÍA: NO ☐ SI ☐ CON QUIÉN: _____

MUESTRA (Fecha)

SEGUIMIENTO: 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ 4° ☐

AUTORIZO AL MEDICO TRATANTE A QUE SE ME PRACTIQUE EL ESTUDIO DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA HUMANA (VIH o HIV) INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO QUE SE OBTENGA, ACEPTARE DICHO ESTUDIO.

_____
Firma del Paciente/Responsable

_____
Empresa o Parque Industrial que refiere

Fecha ☐ / ☐ / ☐

_____
Firma y Sello Legible del Médico Tratante

RESULTADO DE LABORATORIO

Resultado:

Fecha: ☐ / ☐ / ☐

_____
Firma y Sello de quién realizó el Examen

OBSERVACIONES: _____

CODIGO SAP 2300111

IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del Paciente.

Nombre del Paciente:	
Número de identidad:	Nº de historia clínica:

Datos del médico que solicita el consentimiento:

Nombre:	Firma y sello:
Servicio:	
Colegiado Nº:	

Consentimiento del paciente

Consentimiento del paciente para someterse a:

Manifiesto que:

Se me ha dado la información suficiente
Se ma ha explicado la necesidad, los posibles beneficios y las alternativas
Se me ha explicado el procedimiento con sus riesgos personalizados
Se me han aclarado las dudas respecto al procedimiento
Sé que tengo derecho a negarme al procedimiento

Por todo lo anteriormente expuesto, manifiesto voluntariamente mi conformidad para que se me practique el procedimiento clínico después de haber sido debidamente informado y autorizo a que el equipo médico/quirúrgico lleve a cabo la exploración/tratamiento/intervención, etc. citada.

Firma del Paciente

Autorizo:	No autorizo:

Firma del representante legal: Firma del testigo:

Nombre y apellidos:		Nombre y apellidos:	
Fecha:		Fecha:	
Número de identidad:		Número de identidad:	
Parentesco o tipo de representante:		Parentesco o tipo de representante:	
Autorizo: Firma:	No autorizo: Firma:	Autorizo: Firma:	No autorizo: Firma:

CODIGO SAP 2300112

_____ a _____ de _____ del 20

Nota: A pesar de haber firmado este documento, usted puede revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la exploración/tratamiento/intervención, etc. citada. Para ello deberá firmar en la parte posterior de este documento.

Renovación del consentimiento informado:

Revoco el consentimiento prestado con fecha de_____ de _____ de 20 _____para la realización de la exploración/tratamiento /intervención etc. citada y no deseo que se me realice. Me han sido explicadas y entiendo y asumo las repercusiones que mi negativa pudiera causar sobre la evolución de mi situación.

Datos del Paciente.

Nombre del paciente:	
Número de identidad:	Nº de historia clínica:
Firma del Paciente	

Firma del representante legal: Firma del testigo

Nombre y apellidos:		Nombre y apellidos:	
Fecha:		Fecha:	
Número de identidad:		Número de identidad:	
Parentesco o tipo de representante:		Parentesco o tipo de representante:	
Autorizo:	No autorizo:	Autorizo:	No autorizo:
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVIVIOS MEDICOS

HOJA DE CONTROL POST-OPERATORIO

1. Nombre: _____ 2. No. Expediente: _____

3. Edad: _____ 4. Sexo: _____

5. Servicio: _____ 6. No. Cama: _____

FECHA	HORA	T Mx.	A Mn.	PULSO	RESPIRACIÓN	GLUCOMETRÍA	INSULINA	FIRMA

SAP 2300114

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVIVIOS MEDICOS

HOJA DE CONTROL POST-OPERATORIO

1. Nombre: _____ 2. No. Expediente: _____

3. Edad: _____ 4. Sexo: _____

5. Servicio: _____ 6. No. Cama: _____

FECHA	HORA	T Mx.	A Mn.	PULSO	RESPIRACIÓN	GLUCOMETRÍA	INSULINA	FIRMA

SAP 2300114

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO DE EMERGENCIAS
Informe de Asistencia

Admisión

Fecha _____ Hora _____ N° de Afiliación _____ N° de Expediente _____

Nombre y Apellidos _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Domicilio Completo _____ Teléfono _____

Patrono _____ Número Patronal _____

Motivo de Consulta _____

Tipo de Atención:

Enfermedad Común ◯ Accidente: de Tránsito ◯ Deportivo ◯ Laboral ◯ Común ◯ Hogar ◯

Maternidad Prenatal ◯ Maternidad Postnatal ◯ Agresión ◯

Triaje

Hora: _____ Enfermera(o): _____

TA:	FC:	FR:
Temp:	Peso:	Glicemia:

Prioridad: I II III

Destino: Filtro Pediatría ◯ Medicina Gral. ◯ MI ◯ CIR ◯ COT ◯ GINE ◯ PCR ◯ OBS ◯

Asistencia Medica

Anamnesis: _____

Patológicos

Alergias (NO) (SI) _____

Hábitos Tóxicos (NO) (SI) _____

Exámen Físico:

Conciencia	Normal ◯	Confuso ◯	Agitado ◯	Somnoliento ◯	Otros ◯	
Piel y mucosas	Normal ◯	Petequias ◯	Pálido ◯	Cianótico ◯	Otros ◯	
Orofarnge	Normal ◯	Patológico ◯	_____			
AR	Normal ◯	Patológico ◯	_____			
AC	Normal ◯	Patológico ◯	_____			
Abdómen	Normal ◯	Patológico ◯	_____			
Neurologico	Normal ◯	Patológico ◯	_____			

Procedimientos: _____

Evolución: _____

Diagnósticos: _____

Recomendaciones: _____

Destino: Domicilio ◯ Fuga ◯ Defunción ◯ Clínica Periférica ◯ Hospitalización _____

Consulta Externa _____ Prioridad: Preferencia ◯ Normal ◯

Incapacidad Laboral (NO) (SI) Número de dias: _____

Código SAP 2300135

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SERVICIO DE CITODIAGNÓSTICO

INFORME CITOLÓGICO

Nº CIT. _____

Nombre: _____ Edad: _____ E. Civil: _____ A ( ) B ( )

Unidad Médica: _____ Nº de Afiliación: _____

Tipo de Especimen: _____ Fecha: _____ Médico: _____

FROTIS INADECUADO POR: GREUSO ( ) HOMORRÁGICO ( ) ESCASO ( )

ÍNDICE DE MADURACIÓN: BASALES % INTERMEDIAS % SUPERFICIALES %

Inflamación:	Ligera	( )	Flora:	Vacilo Vag.	( )	Parásitos:	Tricomonas	( )
	Moderada	( )		Cocoide	( )		Amebas	( )
	Severa	( )		Gardnerella-Vag.	( )		Toxoplasma G.	( )
Virus:	Herpes Simple	( )		Clamidia Trac.	( )			
	Condiloma Ord.	( )	Hongos:	Candida Alb	( )	-Célula	Normales	( )
	Condiloma Atip.	( )		Leptotrix	( )		Inflamatorias	( )
Metaplasia		( )		Levaduras	( )		Hiperplásticas	( )

Displasia:	Ligera	( )	Sospechoso de CA		( )	Adenoc. Endometrio		( )
	Moderada	( )	CA in Situ		( )	Adeno Endocervix		( )
	Severa	( )	CA Microinvasor		( )	CA Mixto		( )
Endocervical:		( )	CA Invasor		( )	CA Indiferentc.		( )

Negativo por Malignidad: ( ) Comentarios: _____

_____

Diagnóstico Citológico: _____

Repetir Examen: De Inmediato ( ) En 3 meses ( ) En 6 meses ( ) En un año ( ) A Criterio del Médico ( )

_____ Citotecnólogo

_____ Jefe de Servicio

CODIGO SAP 2300136

IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Este es un documento médico-legal y debe ser llenado completamente

IDENTIFICACIÓN PACIENTE	
	Nº DE AFILIACIÓN:
NOMBRE:	APELLIDOS:
FECHA DE INGRESO:	
FECHA DEL ALTA:	
FECHA DE INTERVENCIÓN:	
DIAGNÓSTICOS:	PROCEDIMIENTOS:
1	1
2	2
3	3
4	4
SERVICIO:	MÉDICO:

INFORME CLÍNICO
EPICRISIS:

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES AL ALTA
FIRMA DEL MÉDICO

CODIGO SAP 2300140

IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Este es un documento médico-legal y debe ser llenado completamente

IDENTIFICACIÓN PACIENTE	
	Nº DE AFILIACIÓN:
NOMBRE:	APELLIDOS:
FECHA DE INGRESO:	
FECHA DEL ALTA:	
FECHA DE INTERVENCIÓN:	
DIAGNÓSTICOS:	PROCEDIMIENTOS:
1	1
2	2
3	3
4	4
SERVICIO:	MÉDICO:

INFORME CLÍNICO
EPICRISIS:

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES AL ALTA
FIRMA DEL MÉDICO

CODIGO SAP 2300140

IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

INFORME DE HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

Es un documento médico - legal y debe ser llenado completamente

DATOS GENERALES

Nº de afiliación: Nº de identidad:

Nombre: Apellidos:

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: F ☐ M ☐ Estado Civil:

Domicilio: Municipio: Teléfono:

Tipo de seguro: ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Jubilado

Nombre del afiliado cotizante (Sólo cuando el paciente es beneficiario):

Tipo de riesgo: ☐ Enfermedad común ☐ Accidente común ☐ Accidente de trabajo ☐ Enfermedad profesional ☐ Maternidad

Traido por: Lugar de donde se trae:

En caso de emergencia avisar a: Teléfono:

Fecha de solicitud de ingreso: Médico remitente: Médico receptor:

DATOS DEL INGRESO

Fecha de ingreso:		Hora de ingreso		Tipo de ingreso	☐ Programado	☐ Urgente	
Servicio:		Sala:			Número de cama:		
Diagnóstico de ingreso:							

DATOS DEL ALTA

					Código
Diagnóstico	1				
	2				
	3				
Intervención	1				
	2				
	3				
Código M (TUMORES)					
Código E (CAUSA EXTERNA)					
Estado de salida	☐ Curado	☐ Mejorado	☐ Sin mejoría		
	☐ Fuga	☐ Alta voluntaria	☐ Transferido		
	☐ Fallecimiento	☐ > de 48 horas	☐ < de 48 horas		
Fecha de alta:		Hora de alta:		Fecha de intervención	

DATOS DEL RECIÉN NACIDO (En caso de maternidad)

	Normal	Prematuro	Sexo		Nacido vivo	Muerto
1	☐	☐	M ☐	F ☐	☐	☐
2	☐	☐	M ☐	F ☐	☐	☐
3	☐	☐	M ☐	F ☐	☐	☐

Observaciones:

Nombre del médico y número de pago:

CODIGO SAP 2300143

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO ESTADÍSTICO Y ACTUARIAL

INFORME DIARIO DEL MÉDICO

Unidad Asistencial: _____ Localidad: _____ Especialidad: _____ Fecha: _____ (Día / Mes / Año)

Total de horas médicas contratadas: _____ Horas médicas contratadas por excedencia de pacientes: _____

Nro. de Orden	Nº DE AFILIACIÓN	SEXO		EDAD				CALIDAD			CLASE DE CONSULTA				RIESGO							CLASE DE DIAGNOSTICO		DIAGNÓSTICO	OBSERVACIONES
															ENFERMEDAD COMUN		PUERICULTURA	MATERNIDAD		RIESGO PROFESIONAL					
		M	F	de 0-1 Mes	de + 1 Mes 1 Año	de + 1-5 Años	de 14 y + Años	Aseg.	Bene.	Jubi-pen	Prime atención	Prime consulta	Subsi-guiente	Trans-ferencia	Enf. Común	Accl. Común		Pre-natal	Post-natal	Accl. de Tra-bajo	Enf. Profe.	N	S		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									
31																									
32																									
33																									
34																									
35																									
36																									

CODIGO SAP 2300152

NOMBRE DEL MÉDICO

CÓDIGO DEL MÉDICO

NOMBRE DE LA ENFERMERA

Expediente N°	Apellidos y Nombres	Hoja N°

CODIGO SAP 2300163

NOTA: A esta hoja deben adherirse los diferentes informes de laboratorio, Rayos X y otros. El primer informe debe pegarse en la última línea. Los informes deberán colocarse por orden de fecha.

INFORMES COMPLEMENTARIOS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

INGESTAS Y EXCRETAS

No. DE AFILIACIÓN: ____________

No. DE CAMA: ____________

NOMBRE: SEXO: ________ EDAD: ________ SALA: ________

INGESTAS						EXCRETAS									
Fecha	Hora	VÍA ORAL		VÍA PARENTERAL		Fecha	Hora	Orina	Heces	Vómito	Drenaje	Succión Gástrica	Hemo-rragia	Otros
		Tipo	Cantidad	Tipo	Cantidad									

INGESTAS						EXCRETAS								
Fecha	Hora	VÍA ORAL		VÍA PARENTERAL		Fecha	Hora	Orina	Heces	Vómito	Drenaje	Succión Gástrica	Hemo-rragia	Otros
		Tipo	Cantidad	Tipo	Cantidad									

CUADRO RESUMEN

INGESTAS

Oral	
Sueros	
Sangre	
Sonda N.L.	
Otros	
Total	

EXCRETAS

Orina	
Heces	
Vómito	
Drenaje	
Succión	
Hemorragia	
Total	

BALANCE

24 Horas	
Total Ingestas	
Total Excretas	
Balance	
Positivo	
Negativo	

OBSERVACIONES

Nombre de la Encargada

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES

HOSPITAL:_____ SERVICIO:_____ FECHA:_____ EXISTENCIA ANTERIOR:_____

No. de cama	No. de Afiliación	Nombre del Paciente	Hora de ingreso	Condición				Servicio al que se traslada el paciente (alta intrahospitalaria)	Servicio a quien se presta la cama
				Hora de alta	Hora de defunción	Traslado Intrahospitalario			
						Hora de Ingreso	Hora de Egreso		

Este formulario debe ser entregado a las 11:00 a.m. A la persona responsable de gestión de camas

CODIGO SAP 2300185

Existencia actual:_____

_____
Enfermera responsable del servicio

Scanned with CamScanner

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS

REMISION AL ESPECIALISTA

Nombre del Paciente:_____ Sexo (M) (F)

Deberá presentarse el día _____ de _____ de 20_____

A las_____ horas a Consulta de Especialista con el Doctor: _____

Fecha: _____

Se ruega ser puntual a la hora indicada en su cita, si no se presenta o llega media hora después, pierde su cupo.

_____

Firma del Empleado

IMPRESO EN COIMEX, TEL. 238-5144

CODIGO SAP 2300225

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Orden Médica Hospitalaria

No. de Orden [redacted]

(Llenar con letra de Molde)

Hoja: _____ de: _____

Número de Expediente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sala: _____

Afiliación: _____ Cama: _____

Dx. _____ Fecha Ingreso: _____

Alergias: _____ Días Hospital: _____

Alta: ◯

1. Medidas Generales.

Dieta: _____ Posición: _____ Oxígeno: _____ S. V. _____

◯ Control de Ingestas y Excretas ◯ Uso de Hoja de Paciente Delicado

2. Exámenes

Lab. Clínico: Rutina _____ Química _____

Especiales: _____

Radiología e imagenología: _____

Electrodiagnóstico: ◯ Ekg ◯ Eeg ◯ Emg

Procedimientos: Endoscopia Digestiva ◯ Alta ◯ Baja ◯ FBC

Hemodialisis: | L | M | M | J | V | S | D | Indicación: _____

Biopsias: _____ Nebulizaciones: _____

PL: ◯ Toracentesis: ◯ Paracentesis: ◯ Cateter Central: ◯ Cateter Tipo Mahurkar: ◯

3. Soluciones I.V. _____

_____

4. Transfusiones: _____

5. Interconsultas: _____

6. Medicamentos:

Horario y Aplicación

Dosis y Frecuencia al Día	Cantidad	Fecha: 14	16	18	20	22	24	Fecha: 2	4	6	8	10	12	Días Aplicados
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

CODIGO SAP 2300194

Médico Residente Firma y Sello

Jefe de Sala Firma y Sello

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Orden Médica Hospitalaria

No. de Orden [redacted]

(Llenar con letra de Molde)

Hoja: _____ de: _____

Fecha: _____

Número de Expediente: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Sala: _____

Afiliación: _____

Cama: _____

Dx. _____

Fecha Ingreso: _____

Alergias: _____

Días Hospital: _____

Alta: ◯

1. Medidas Generales.

Dieta: _____ Posición: _____ Oxígeno: _____ S. V. _____

◯ Control de Ingestas y Excretas ◯ Uso de Hoja de Paciente Delicado

2. Exámenes

Lab. Clínico: Rutina _____ Quimica _____

Especiales: _____

Radiología e imagenología: _____

Electrodiagnóstico: ◯ Ekg ◯ Eeg ◯ Emg

Procedimientos: Endoscopia Digestiva ◯ Alta ◯ Baja ◯ FBC

Hemodialisis: | L | M | M | J | V | S | D | Indicación: _____

Biopsias: _____ Nebulizaciones: _____

PL: ◯ Toracentesis: ◯ Paracentesis: ◯ Cateter Central: ◯ Cateter Tipo Mahurkar: ◯

3. Soluciones I.V. _____

_____

4. Transfusiones: _____

5. Interconsultas: _____

6. Medicamentos:

Horario y Aplicación

Dosis y Frecuencia al Día

	Cantidad	Fecha: 14 16 18 20 22 24	Fecha: 2 4 6 8 10 12	Días Aplicados
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

CODIGO SAP 2300194

Médico Residente Firma y Sello

Jefe de Sala Firma y Sello

PARTOGRAMA - IHSS

NOMBRE Y APELLIDO

Día | Mes | Año

No. DE HISTORIA CLÍNICA

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL			
PARIDA	TODAS	MULTIPARAS		NULIPARAS	
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS
	0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
	0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
	0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
	1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
	1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
	2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA* (en horas) p10

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

Parto

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

PLANOS

Hodge / De Lee

I —4

II —2

III —0

IV +4

HORAS DE REGISTRO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

HORA REAL

REFERENCIAS

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN ⓘ

DILATACIÓN CERVICAL •

ROTURA ESPONTÁNEA MEMB. (REM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (REM)

INTENSIDAD
- Fuerte +++
- Normal ++
- Débil +

LOCALIZACIÓN
- Suprapúbico SP
- Sacro S

FRECUENCIA CARDIACA FETAL
- Dips tipo I (Desaceleración precoz) I
- Dips tipo II (Desaceleración tardía) II
- Dips variables (Desaceleración variable) V
- Meconio M

POSICIÓN MATERNA
- Lat. derecho LD
- Lat. Izquierda LI
- Dorsal D
- Semisentada SS
- Sentada S
- Parada o caminando PC

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR / Localiz / Intes																

* SCHWAECZ R. DIAZ A. G. NIETO F. CLAP Publ. Científica No. 1153, 1978: Montevideo, Uruguay

Cod. 2300198

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Primoatención Ambulatoria del Adulto

NOMBRE: _____ No. AFILIACION: _____ UNIDAD: _____

Est. Civil C - S - D - V - UL Edad: _____ Sexo (M) - (F) OCUPACION: _____

Síntoma Principal: _____ Enfermedad Actual: _____

FOG. _____

Revisión Síntomas Ap - Sistemas _____

Enf. Anteriores TBC Hepatitis Tifoidea

HTQ y Hosp. Ant. _____

Heredo Familair _____

Ant. Alérgicos _____

Alimentación: B _____ R _____ M _____

Hábitos - Tabaco _____ Drogas _____ Alcohol _____

H. Sexual - Ginc - Obs. G= P= A= FUR=

Examen Físico PA= Peso= Talla= Cms.= Ot= Fc= Pulso Fr.

Estado General

Ojos _____ Oidos _____ Nariz _____

Boca _____ Cuello _____

Tórax - Mamas _____

Corazón Ritmo _____ Soplos _____

Pulmones _____

Abdomen

Hígado Bazo - Riñones _____

Genitales - Ano _____

Piel - Ganglionar _____

Extremidades - Columna _____

Diagnóstico _____

Tratamiento y Examanes de Laboratorio _____

Incapacidad _____ Días _____

Diagnóstico B. _____ R. _____ M. _____ Remisión _____ Cita _____

Fecha _____ Hora _____

Sello - Firma

IMPRESO EN COIMEX, TEL.: 238-5144

Codigo SAP 2300205

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Atención Ambulatoria del Adulto Subsiguiente

NOMBRE: _____ AFILIACION: _____

Síntoma Principal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Enfermedad Actual: _____ Edad _____ Hora _____

FIRMA - SELLO

F. O. G. _____

Ex. Físico: _____ T. _____ Fc. _____ Pulso _____ Fr. _____ PA _____ Peso _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Pronóstico B. _____ M. _____ R. _____ Remisión _____ Cita _____ Lab. _____

Incapacidad _____ Días _____

Síntoma Principal _____ Fecha: _____ Hora: _____

Enfermedad Actual: _____ Edad _____ Hora _____

FIRMA - SELLO

F. O. G. _____

Ex. Físico: _____ T. _____ Fc. _____ Pulso _____ Fr. _____ PA _____ Peso _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Pronóstico B. _____ M. _____ R. _____ Remisión _____ Cita _____ Lab. _____

Incapacidad _____ Días _____

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

RECETA MEDICA

No.

NOMBRE:

Nº AFILIACION: FECHA:

EDAD: SEXO: M ( ) F ( )

UNIDAD ASIST.: SERVICIO:

ESP.: CONS. EXT. ( ) EMERG. ( ) HOSPITAL ( )

R/

El Instituto Hondureño de Seguridad Social

CODIGO MEDICO | FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

UNICAMENTE UN MEDICAMENTO POR RECETA.

CODIGO SAP 2300207

MEDICAMENTO:

CANTIDAD:

FECHA:

No.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

RECETA MEDICA

No. [redacted]

NOMBRE:

Nº AFILIACION: FECHA:

EDAD: SEXO: M ( ) F ( )

UNIDAD ASIST.: SERVICIO:

ESP.: CONS. EXT. ( ) EMERG. ( ) HOSPITAL ( )

R/

CODIGO MEDICO | FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

UNICAMENTE UN MEDICAMENTO POR RECETA.

CODIGO SAP 2300208

MEDICAMENTO:

CANTIDAD:

FECHA:

No. [redacted]

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Referencia y Contra Referencia del Paciente

1. Nombre _____ 2. No. de Afiliación _____

3. Edad _____ 5. Calidad A ( ) B ( ) 6. Unidad Asistencial _____

_____ 7. Servicio _____

8. Referido al Servicio de _____

9. En la Unidad: Consultorio Central ( ) Hosp. Médico Quirúrgico ( ) Hospital Materno Inf. ( )

10. Resúmen del Cuadro Clínico. Antecedentes y Exámen Físico: _____

11. Laboratorio. Exámenes Complementarios _____

12. Impresión Diagnóstica: _____

13. Tratamiento Empleado (Medicamentos y Dosis) _____

14. Motivo de la Referencia _____

15. Observaciones _____

16. Incapacidad Desde _____ Hasta _____ No. de Días _____

17. Firma y Sello del Médico _____

18. Fecha y Hora _____ Vo. Bo. Jefe Unidad _____

CÓDIGO SAP 2300211

Contra Referencia

20. Fecha _____ 21. Especialidad _____

22. Resúmen Clínico _____

23. Diagnóstico(s) _____

24. Tratamiento Instituído _____

25. Recomendaciones _____

26. Incapacidad Desde _____ Hasta _____ No. de Días _____

27. Firma y Sello del Médico _____

28. Vo.Bo. Jefe Unidad _____

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ACTIVIDAD QUIRURGICA

IDENTIFICACION PACIENTE

No. de historia clínica: _____ No. de afiliación: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Edad: Sexo: ☐ F ☐ M

SERVICIO QUIRURGICO

Sala de operaciones No. ☐ OPERACION ☐ PROGRAMADA ☐ URGENTE

Turno: ☐ A ☐ B ☐ C Suspensión: ☐ Motivos: ☐ Estructural ☐ Falta de tiempo ☐ Causa del paciente

TIPO DE INTERVENCION ☐ LIMPIA ☐ LIMPIA - CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ SUCIA

EQUIPO QUIRURGICO	**Nombre**	**No. de pago**		**Nombre**	**No. de pago**
CIRUJANO			ANESTESIOLOGO		
PRIMER ASISTENTE			TECNICO ANESTESIA		
SEGUNDO ASISTENTE			INSTRUMENTISTA		
OTROS			CIRCULANTE		

CLASE DE ANESTESIA

☐ LOCAL ☐ EPIDURAL ☐ RAQUIANESTESIA ☐ SEDACION

☐ GENERAL ☐ TRONCULAR ☐ TOPICA ☐ REGIONAL

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO CODIGO

1		
2		
3		
4		

PROCEDEMIENTO

1		
2		
3		
4		

RECUENTO DE GASAS CORRECTO ☐ SI ☐ NO RADIOLOGIA INTRAOPERATORIA ☐ SI ☐ NO

RECUENTO DE COMPRESAS CORRECTO ☐ SI ☐ NO BIOPSIA INTRAOPERATORIA ☐ SI ☐ NO

RECUENTO DE MATERIAL CORRECTO ☐ SI ☐ NO

ADMINISTRACION DE SANGRE: ☐ SI ☐ NO Unidades: _____ Grupo: _____ Factor Rh: _____

HORA ENTRADA AREA QUIRURGICA		HORA FIN DE INTERVENCION	
HORA DE ENTRADA EN QUIROFANO		HORA FIN DE ANESTESIA	
HORA DE INICIO DE LA ANESTESIA		HORA SALIDA DE QUIROFANO	
HORA DE INICIO DE LA INTERVENCION		HORA SALIDA DEL AREA QUIRURGICA	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ACTIVIDAD QUIRURGICA

RECUENTO DE MATERIALES	AL INICIO	AL FINAL
Compresas		
Gasas		
Rollos		
Disertores		
Drenes		
Torundas		
Cotonoides		
OTROS MATERIALES	**CANTIDAD**	
Catgut simple		
Catgut crómico sin aguja		
Catgut crómico con aguja		
Hilos de algodón		
Vendas elásticas		
Sondas o tubos que lleve el paciente		
Vendas de yeso		
Vendas de gasa		
Otros		

REVERSO

Instituto Hondureño de Seguridad Social

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

1. No. de Afiliación: _____

2. Nombre: _____ 3. Sala: _____ 4. Cama: _____ 5.Sexo M. ( ) F. ( )

6. MEDICAMENTOS	7. FECHA Y HORA DE ADMINISTRACION				

CODIGO SAP 2300215

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

ORDEN DE ATENCIÓN PARA EL ESPECIALISTA

Enfermedad Común ( ) Accidente de Trabajo ( ) Asegurado ( )

Accidente Común (Enfermedad Profesional ( ) Maternidad ( ) Beneficiario ( )

Expediente N°

Clínica o Servicio: _____

Nombre del Paciente: _____

Remitido a: _____ Médico Remitente: _____

Diagnóstico Provisional: _____

_____

_____

_____

Observaciones: _____

_____

_____

_____

_____

CODIGO SAP 2300192

Fecha: _____

_____ V° B° _____

Firma del Médico Jefe de Unidad

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

ORDEN DE ATENCIÓN PARA EL ESPECIALISTA

Enfermedad Común ( ) Accidente de Trabajo ( ) Asegurado ( )

Accidente Común (Enfermedad Profesional ( ) Maternidad ( ) Beneficiario ( )

Expediente Nº

Clínica o Servicio: _____

Nombre del Paciente: _____

Remitido a: _____ Médico Remitente: _____

Diagnóstico Provisional: _____

_____

_____

_____

Observaciones: _____

_____

_____

_____

_____

CODIGO SAP 2300192

Fecha: _____

_____ Vº Bº _____

Firma del Médico Jefe de Unidad

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA

BIOPSIA No. _____ No. de Afiliación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ A( ) B ( )

Clínica o Servicio: _____ Material Enviado: _____

_____ Sitio de la Toma: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Biopsia Anterior (No. y Fecha): _____ Nombre del Médico Remitente: _____

Datos Clínicos de importancia para el patólogo, incluyendo Laboratorio y Rayos X.

Fecha: _____ _____

FIRMA

CODIGO SAP 2300237

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
Solicitud de Electrocardiograma

Nombre: _____ Edad: _____

Exp. Clínico No.: _____ Fecha: _____

Referido por el Dr.: _____

Datos clínicos de importancia: _____

_____

_____

P.A.: _____ Pulso _____

Medicamentos que recibe el paciente: _____

_____

Motivo del Exámen: _____

_____

I N F O R M E

Frecuencia: _____

Ritmo: _____

Eje Eléctrico: _____

Intervalos PR _____ QRS _____ QT _____

Observaciones: _____

_____

Diagnóstico Electrocardiográfico: _____

_____

_____

Informó Dr.: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Código No. 2300240

IHSS

SOLICITUD MAMOGRAFÍA

Instituto Hondureño de Seguridad Social

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGEN

Cita: _____ ( )
Fecha Hora Recep.

Nombre del Paciente: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Nombres

Número de Afiliación u otro: _____

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Clínica o Servicio: _____ Cama No. _____

Edad: Sexo: F( ) M( ) Asegurado ( ) Beneficiario( ) Contrato( )
G: ( ) P:( ) AB:( ) Lactancia: si ( ) no ( )
Antecendetes enfermedad fibriquistica: si ( ) no ( ) MI( ) MD( ) B( )
Anticonceptivos orales: si ( ) no ( )
Terapia de Reemplazo hormonal: si ( ) no ( )
Antecedentes de Cancer en familiares, especifique: _____

Antecedentes Personales de Cancer, especifique: _____

_____

_____

Tratamiento: Quimioterapia ( ) Radioterapia( ) Cirugia( )
Especifique: _____
Fecha de último control: _____
Datos Clínicos: _____

_____

_____

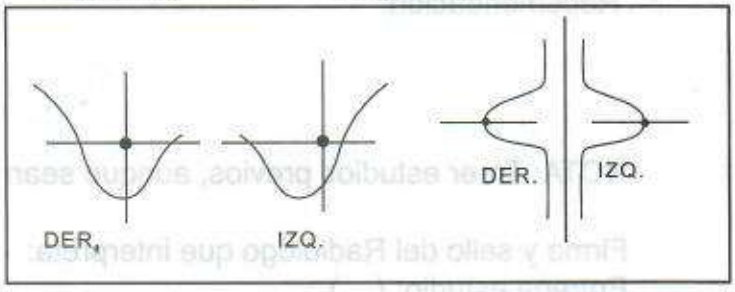
_____

Impresión Clínica: _____

_____

Emergencia ( ) Prioridad( ) Dar cupo( )
Estudio ( ) Subsiguiente( )

Estudio Radiológico solicitado:
Mamografía: Primera vez ( ) Control ( ) MD( ) MI( ) B( )
Magnificación: Lado ( ) Cuadrante( ) Bilateral( ) Cuadrantes( )
Galactografía: Lado ( )
Otros: _____



Técnico:( ) Secretaria: ( ) Archivo:( )

Firma y sello del médico solicitante: _____

CODIGO No. 2300243

INTERPRETACIÓN: Fecha de Interpretación: _____

MAMA DERECHA:

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad( ) Sugestivo de Malignidad ( )

Recomendación:

MAMA IZQUIERDA:

BI-RADS:_____

Sugestivo de Benignidad( ) Sugestivo de Malignidad ( )

Recomendación:

NOTA: Traer estudios previos, aunque sean normales, al presentarse al estudio.

Firma y sello del Radiólogo que interpreta:

Entrega estudio: ( )

IHSS

SOLICITUD MAMOGRAFÍA

Instituto Hondureño de Seguridad Social

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGEN

Cita: _____ ( )
Fecha Hora Recep.

Nombre del Paciente: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Nombres

Número de Afiliación u otro: _____

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Clínica o Servicio: _____ Cama No. _____

Edad: Sexo: F( ) M( ) Asegurado ( ) Beneficiario( ) Contrato( )
G: ( ) P:( ) AB:( ) Lactancia: si ( ) no ( )
Antecendetes enfermedad fibriquistica: si ( ) no ( ) MI( ) MD( ) B( )
Anticonceptivos orales: si ( ) no ( )
Terapia de Reemplazo hormonal: si ( ) no ( )
Antecedentes de Cancer en familiares, especifique: _____

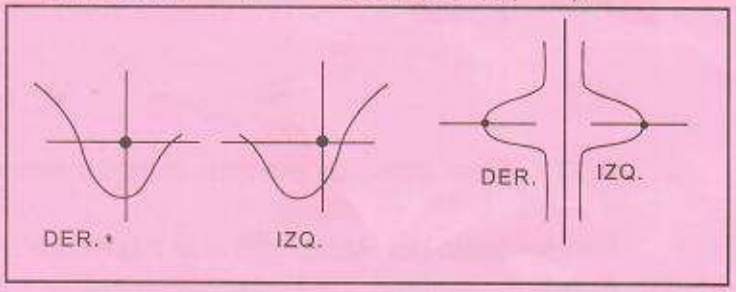
Antecedentes Personales de Cancer, especifique: _____

Tratamiento: Quimioterapia ( ) Radioterapia( ) Cirugia( )
Especifique: _____
Fecha de último control: _____
Datos Clínicos: _____

Impresión Clínica: _____

Emergencia ( ) Prioridad( ) Dar cupo( )
Estudio ( ) Subsiguiente( )

Estudio Radiológico solicitado:
Mamografía: Primera vez ( ) Control ( ) MD( ) MI( ) B( )
Magnificación: Lado ( ) Cuadrante( ) Bilateral( ) Cuadrantes( )
Galactografía: Lado ( )
Otros: _____



Técnico:( ) Secretaria: ( ) Archivo:( )

Firma y sello del médico solicitante: _____

CODIGO No. 2300243

INTERPRETACIÓN: Fecha de Interpretación: _____

MAMA DERECHA:

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad( ) Sugestivo de Malignidad ( )

Recomendación:

MAMA IZQUIERDA:

BI-RADS:_____

Sugestivo de Benignidad( ) Sugestivo de Malignidad ( )

Recomendación:

NOTA: Traer estudios previos, aunque sean normales, al presentarse al estudio.

Firma y sello del Radiólogo que interpreta:

Entrega estudio: ( )

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

SOLICITUD DE OPERACIÓN

Nombre:_____ Cama No. _____

Exp. No._____ Sexo: _____ Edad: _____ Calidad: (A) (B)

Servicio: _____ Clínica No. _____ Fecha:_____

Enfermed. Común ( ) Accid. Común ( ) Enfermed. Profesional ( ) Accid. Trabajo ( ) Maternidad ( )

Diagnóstico: _____

_____

Operación: _____ Día y Hora: _____

Día y hora de recibo en el arsenal: _____

Anestesia: _____

Cirujano: _____ Ayudante: _____

CODIGO SAP 2300244

_____

FIRMA

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS
SERVICIO DE INMUNOHEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

Nombre completo del Paciente	Nº de Expediente	Edad	Sexo	Sala o Sec.	Cama

Nombre Médico que lo solicita	Fecha/hora de solicitud	Nombre del técnico	Fecha/hora de Solic. recibida en banco de sangre
Diagnóstico clínico y/o razón de la transfusión			

Grupo ABO y Rh _____
Transfusiones anteriores
Si ( ) No ( )
Fecha última transfusión _____
Embarazos _____ Si( ) No( )
Fecha último embarazo _____

Tipo de componente solicitado
( ) Sangre completa
( ) Glóbulos rojos empacados
( ) Sangre fresca reconstituida
( ) Plasma líquido
( ) Plasma fresco
( ) Concentrado de plaquetas
( ) Crioprecipitado

Cantidad solicitada _____
Ml. o Unid.

Cuándo se necesita

Dónde se necesita

Nombre(s) o número _____
del donador(s) _____
_____
_____

Producto devuelto al banco _____
Fecha/hora

Producto recibido por _____
Nombre y Firma

COIMEX Tel. 238-5144

CODIGO SAP 2300247

SI SE SOSPECHA PROBABLE REACCION TRANSFUSIONAL FAVOR COMPLETAR Y LEER LO SIGUIENTE:

1. Parar la transfusión de inmediato.
2. Administrar solución salina isotónica por otro sitio de venopunción.
3. De inmediato enviar al Banco de Sangre la copia de la solicitud de transfusión, los remanentes de la bolsa transfundida dos muestras de sangre del paciente (una con y otra sin anticoagulante).
4. Enviar al laboratorio la primera orina emitida después de la transfusión.

5. Completar lo siguiente:

Presión arterial pre transfusional

Presión arterial post transfusional

Temperatura pre transfusional

Temperatura post transfusional

Hora y fecha de inicio de transfusión

Cantidad administrada

( ) Escalofrios	( ) Dolor Abdominal	( ) Urticaria	( ) Cefalea
( ) Náuseas	( ) Disnea	( ) Vómito	( ) Shock
( ) Hemorragia	( ) Dolor Lumbar	( ) Otros	

IHSS

SOLICITUD ULTRASONIDO

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

Cita: _____ _____ ( )
Fecha Hora Recep.

Nombre del Paciente: _____
1 apellido 2 apellido Nombres

Número de Afiliación: _____

Edad: _____ Sexo: F( ) M( ) Asegurado ( ) Beneficiario ( ) Contrato ( )

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Clínica o Servicio: _____ Cama # _____

Datos Clínicos: _____

_____

_____

_____

_____

Impresión Clínica: _____

_____

_____

Estudio US Solicitado: _____

Emergencia ( ) Prioridad ( ) Dar cupo ( ) Estudio ( ) Sub Siguiente ( )
Transfontanelar ( ) Ocular ( ) Cuello ( ) Tiroides ( ) Articular ( ) Partes Blandas ( )
Abdomen Superior ( ) Abdomen Inferior ( ) Hígado y V. Biliares ( ) Vesícula Biliar ( )
Páncreas ( ) Bazo ( ) Toráxico ( ) Riñones y Vejiga ( ) Próstata ( ) Testicular ( )

Doppler: _____

Fecha: _____ Firma y Sello del Médico solicitante: _____

Enfermera: ( )
Secretaria: ( )
Archivo: ( )

CÓDIGO SAP 2300248

INFORME RADIOLÓGICO:

Fecha de Interpretación: _____

A.- Descripción:

B.- Diagnóstico Radiológico:

C.- Recomendación:

Firma y sello del Radiólogo que interpreta:

Entrega estudio ( )

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
UNIDAD DE ELECTRODIAGNÓSTICO

SOLICITUD E INFORME DE ULTRASONIDO OBSTÉTRICO

Número de Afiliación	Ginecología ( )	Asegurada ( )	Ultrasonido Nuevo ( )
	Obstetricia ( )	Beneficiaria ( )	Subsiguiente ( )

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Servicio de: _____ Cama No.: _____

Historia Ginecobstétrica G: ( ) P: ( ) A: ( ) C: ( ) HV:( ) HM: ( ) OBITOS ( )

Malformados: _____ FUM: _____ FPP: _____ Edad Gest.: _____ Semanas: _____

Motivos de Estudio: _____

_____

Diagnóstico Clínico: _____

_____

_____ Unidad Médica

_____ Fecha

_____ Firma y Sello Médico Solicitud

H A L L A Z G O S

INFORME:

Estado del Feto:

Situación: _____ L.C.C. _____ Act. Cardiacos Si ( ) No ( )

Presentación: _____ D.B.P. _____ Mov. Respirat. Si ( ) No ( )

Posición: _____ L.F. _____ Mov. De Miembros Si ( ) No ( )

Gestación: _____ P.C. _____ N° Vasos Umb _____

L.A. _____ Peso fetal en gramos _____

Placenta

a) Anterior

Lateral derecho _____ Lat. Izq. _____

b) Posterior

Lateral derecho _____ Lat. Izq. _____

c) Fundica

Si ( ) No ( )

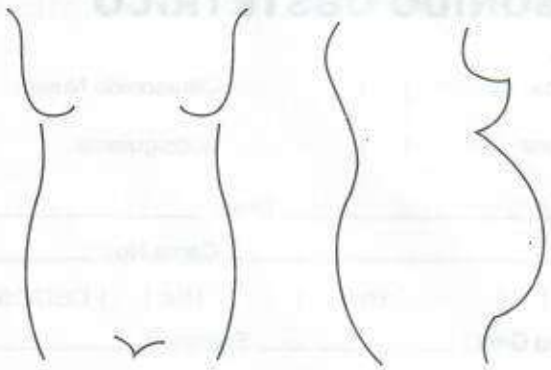
d) Segmento Uterino

Parcial _____ Marginal _____

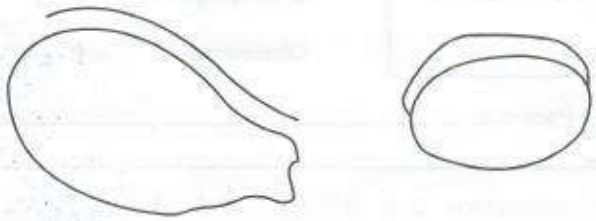
Previa _____ Total _____

e) Abrupto

SITUACIÓN Y POSICIÓN FETAL



LOCALIZACIÓN DE PLACENTA



Comentarios: _____

_____

_____

Conclusión: _____

_____

_____

_____

_____ _____

Fecha Firma del Médico Ultrasonografista

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
UNIDAD DE ELECTRODIAGNÓSTICO

SOLICITUD E INFORME DE ULTRASONIDO OBSTÉTRICO

Número de Afiliación					
	Ginecología ( )	Asegurada ( )	Ultrasonido Nuevo ( )
	Obstetricia ( )	Beneficiaria ( )	Subsiguiente ( )

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Servicio de: _____ Cama No.: _____

Historia Ginecobstétrica G: ( ) P: ( ) A: ( ) C: ( ) HV:( ) HM: ( ) OBITOS ( )

Malformados: _____ FUM: _____ FPP: _____ Edad Gest.: _____ Semanas: _____

Motivos de Estudio: _____

_____

Diagnóstico Clínico: _____

_____

_____ Unidad Médica

_____ Fecha

_____ Firma y Sello Médico Solicitud

H A L L A Z G O S

INFORME:

Estado del Feto:

Situación: _____ L.C.C. _____ Act. Cardíacos Si ( ) No ( )

Presentación: _____ D.B.P. _____ Mov. Respirat. Si ( ) No ( )

Posición: _____ L.F. _____ Mov. De Miembros Si ( ) No ( )

Gestación: _____ P.C. _____ N° Vasos Umb _____

L.A. _____ Peso fetal en gramos _____

Placenta

a) Anterior

Lateral derecho _____ Lat. Izq. _____

b) Posterior

Lateral derecho _____ Lat. Izq. _____

c) Fundica

Si ( ) No ( )

d) Segmento Uterino

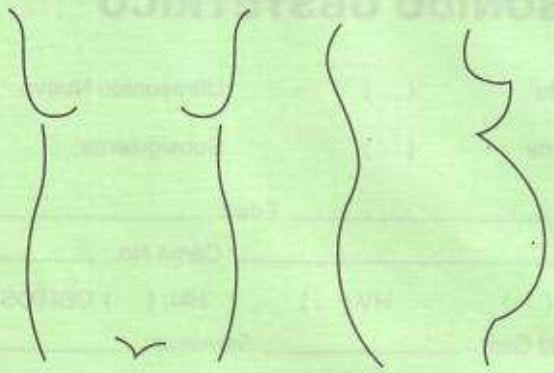
Parcial _____ Marginal _____

Previa _____ Total _____

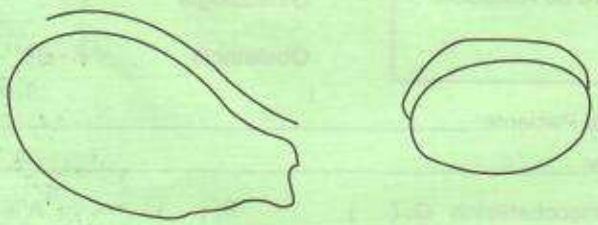
e) Abrupto

CÓDIGO SAP 2300250

SITUACIÓN Y POSICIÓN FETAL



LOCALIZACIÓN DE PLACENTA



Comentarios: _____

_____

_____

Conclusión: _____

_____

_____

_____

_____ _____

Fecha Firma del Médico Ultrasonografista

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS
CLINICA OFTALMOLOGICA

Fecha: _____ Expediente No. _____

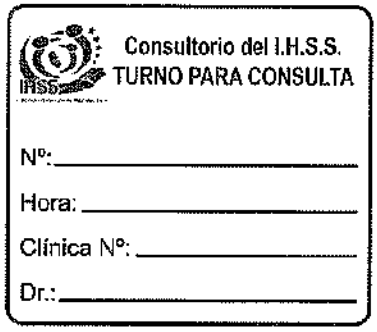
_____ (A) (B)
Apellidos y Nombres

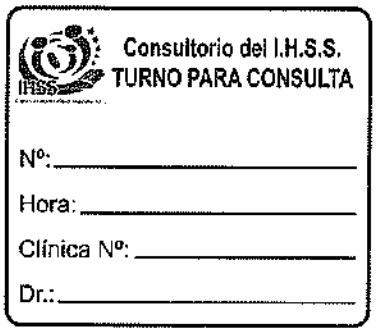
	Est.	Cil.	Eje	Prisma	Base	Adición
O D						
O I						

Observaciones _____

_____

_____ _____
Nombre del Oftalmólogo Firma
CODIGO SAP 2300262





CODIGO SAP 2300280

IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

Bolsa para el Despacho de Medicamentos

NOMBRE MEDICAMENTO:_____

_____

TOMAR:_____

CODIGO SAP 2300296

CADA _____ HORAS

APLICAR CADA _____ HORAS

FECHA:

_____

NOMBRE

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO DE ENFERMERIA

Cambio de Turno y Permiso

a. Cambio de Turno _____

b. Permiso con Sustituta(o) _____

c. Permiso por horas de _____ a _____

Nombre del Solicitante _____

Firma del Solicitante _____

Nombre de la Sustituta _____

Firma de la Sustituta _____

Sala de: _____ Turno _____ Fecha _____

motivo por el cual solicita el permiso _____

_____

AUTORIZADO POR

Enfermera Jefe de Sala _____

Supervisora de Truno _____

Sub-Jefe Depto. Enfermería Hospital _____

Vo.Bo. Jefe Depto. Enf. Hospital Central _____

NOTA: No se considerará autorizado el cambio de turno o permiso si no lleva Vo.Bo. de la Jefe de Sala y Supervisora.

CODIGO SAP 2300297

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

RADIOLOGIA GENERAL ( )
RADIOLOGIA ESPECIAL ( )
TOMOGRAFIA ( )
RESONANCIA ( )

No. de Afiliación: ______________________________

Nombre: ______________________________ ( ) ARCHIVO

Teléfono: ______________

EXAMEN	FECHA

EXAMEN	FECHA

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre Completo del Paciente: _____ No. de Afiliacion: _____ Edad: _____

Día____ Mes____ Año____ Servicio Peticionario: _____ No. de Cama: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Código del Médico: _____ Firma y Sello del Médico: _____ Prioridad: Rutina ☐ Urgente ☐

Exámenes Solicitados: Números _____ Letras _____

HEMATOLOGIA
- ☐ 40 Hemograma completo
- ☐ 4021 Reticulocitos
- ☐ 4022 Reticulocitos %
- ☐ 4019 NRBC
- ☐ 4020 NRBC %
- ☐ 4030 Hematocrito
- ☐ 4052 Frotis sangre periférica
- ☐ 4050 VES
- ☐ 4054 Hematozoario
- ☐ 4055 Gota gruesa
- ☐ 4053 TP
- ☐ 4052 TPT
- ☐ 4056 Fibrinógeno
- ☐ 4057 INR
- ☐ 4061 Fragilidad osmótica
- ☐ 4051 Meta bisulfito de sodio

PARASITOLOGIA
- ☐ 70 General de heces
- ☐ 7001 PH
- ☐ 7002 Wright
- ☐ 7003 Sangre oculta
- ☐ 7004 Fehling
- ☐ 7005 Test de Graham
- ☐ 7013 Sudan
- ☐ 7015 Cryptosporidium heces
- ☐ Otras

UROANALISIS
- ☐ 60 Examen de orina
- ☐ 2027 Cetonas de orina
- ☐ 6001 Proteina de Bence Jones

MICROBIOLOGIA
- ☐ Tipo de muestra
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
- ☐ 8027 Cultivo por bacterias
- ☐ 8013 Cultivo por hongos
- ☐ 8159 Cultivo por micobacterias
- ☐ 8017 Cultivo por anaerobios
- ☐ 8020 Hemocultivo
- ☐ 8009 GRAM
- ☐ 8010 Wright
- ☐ 8012 Tinta china
- ☐ 8507 KOH
- ☐ 8014 Cito química
- ☐ 8011 Estudio Buffy Coat
- ☐ 8003 Serología por dengue
- ☐ 8021 Serología por rotavirus
- ☐ 8023 Serología por leptospira
- ☐ 82 Bacilos copia - BAAR
- ☐ 8160 ADA
- ☐ 8508 Citología nasal
- ☐ 81 Espermograma
- ☐ 8510 Mielo cultivo
- ☐ 8016 Estadio Leishmania
- ☐ 8018 Secreción broquial
- ☐ Otros
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

QUIMICA SANGUINEA
- ☐ 1017 Glucosa ayunas
- ☐ 1057 Glucosa post prandial
- ☐ 15 Curva de tolerancia a glucosa
- ☐ 1059 Curva tol oral a glucosa 1 hs (50gr)
- ☐ 1061 Curva tol oral a glucosa 2 hs (75gr)
- ☐ 1062 Curva tol oral a glucosa 3 hs (100gr)
- ☐ 2 Curva tol oral lactosa
- ☐ 1039 Urea
- ☐ 1011 Creatinina
- ☐ 1008 Colesterol total
- ☐ 1021 Colesterol HDL
- ☐ 1033 Triglicéridos
- ☐ 1006 Colesterl LDL
- ☐ 1037 Acido úrico
- ☐ 1004 TGO (AST)
- ☐ 1034 TGP (ALT)
- ☐ 1002 Fosfatasa alcalina
- ☐ 1040 Gamma GT
- ☐ 1042 Bilirrubina total
- ☐ 1013 Bilirrubinba directa
- ☐ 1044 Bilirrubina indirecta
- ☐ 1036 proteínas totales
- ☐ 1001 Albúmina
- ☐ 1015 Globulinas
- ☐ 1032 Relación A/G
- ☐ 1003 Amilasa total
- ☐ 1074 Amilasa pancreática
- ☐ 1026 Lipasa
- ☐ 1009 CK total
- ☐ 1010 CK MB
- ☐ 1025 Deshidrogenasa láctica (LDH)
- ☐ 1012 Cloro
- ☐ 1023 Potasio
- ☐ 1028 Sodio
- ☐ 1007 Calcio
- ☐ 1031 Fósforo
- ☐ 1027 Magnesio
- ☐ 1014 Hierro
- ☐ 1048 Ferritina
- ☐ 1038 UIBC
- ☐ 1043 IgA
- ☐ 1046 IgG
- ☐ 1047 IgM
- ☐ 1049 Complemento C4
- ☐ 5019 Complemento C3
- ☐ 1015 Fenitoina
- ☐ 1030 Fenobarbital
- ☐ 1050 Acido Valproico
- ☐ 5018 Carbamazepina
- ☐ 5014 Digoxina
- ☐ 1071 Proteina en LCR
- ☐ 1070 Glucosa en LCR
- ☐ 3031 Troponinas
- ☐ 1076 Dimero D
- ☐ Otros _____

QUIMICA DE ORINA
- ☐ 2001 Acido úrico en orina
- ☐ 2031 Acido úrico en 24 hs
- ☐ 2002 Urea en orina
- ☐ 2036 Urea en 24 hs
- ☐ 2003 Calcio en orina
- ☐ 2034 Calcio en 24 hs
- ☐ 2005 Magnesio en orina
- ☐ 2011 Magnesio en 24 hs
- ☐ 2006 Fósforo en orina
- ☐ 2035 Fósforo en 24 hs
- ☐ 2012 Cloro en orina
- ☐ 2014 Cloro en 24 hs
- ☐ 2007 Potasio en orina
- ☐ 2015 Potasio en 24 hs
- ☐ 2028 Sodio en orina
- ☐ 2016 Sodio en 24 hs
- ☐ 2013 Creatinina en orina
- ☐ 2037 Creatinina en 24 hs
- ☐ 2031 Depuración de creatinina
- ☐ 2026 Proteinas en orina
- ☐ 2030 Proteinas en 24 hs
- ☐ 2038 Gonadotropina en 24 hs
- ☐ 5029 Cortisol en orina
- ☐ 5028 Cortisol en 24 hs
- ☐ 2004 Amilasa en orina
- ☐ 2010 Amilasa en 24 hs
- ☐ 3012 Micro albuminuria
- ☐ Otros _____
- ☐ _____

QUIMICA / INMUNOLOGIA ESP.
- ☐ 5001 TSH
- ☐ 5002 T4 total
- ☐ 5003 T4 libre
- ☐ 5004 T3 total
- ☐ 3017 T3 libre
- ☐ 3028 Tiroglobulina
- ☐ 1018 Acs antitiroglobulina
- ☐ 5501 Acs antitiroperoxidasa(microsomales)
- ☐ 5006 LH
- ☐ 5007 FSH
- ☐ 3030 Prolactina
- ☐ 5005 Estradiol
- ☐ 3021 Testosterona
- ☐ 3020 Progesterona
- ☐ 5008 Cortisol AM
- ☐ 5034 Cortisol 4 pm
- ☐ 3018 Betagonadotropina
- ☐ 3032 Paratohormona
- ☐ 5938 ACTH
- ☐ 3022 Insulina
- ☐ 3027 Insulina post prandial
- ☐ 3033 Insulina en 3 hs
- ☐ 3037 insulina en ½ hs
- ☐ 3034 Péptido C
- ☐ 3040 Pro BNP Péptidio natriutético
- ☐ 3019 Vitamina B12
- ☐ 5032 Acido fólico
- ☐ 1020 Hemoglobina glicosilada
- ☐ 5010 Alfafetoproteina
- ☐ 5009 CEA
- ☐ 5011 CA 15-3
- ☐ 5012 CA 125
- ☐ 5013 CA 19-9
- ☐ 3029 CA 72-4
- ☐ 5015 PSA
- ☐ 3036 PSA libre (porcentaje)
- ☐ 5025 CH-50 complemento total
- ☐ 3041 Anti CCP
- ☐ Otros
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

INMUNOSEROLOGIA
- ☐ 5033 Crio globulinas
- ☐ 3010 ANA
- ☐ 3013 Anti DNA doble cadena
- ☐ 3052 C ANCA
- ☐ 3048 P ANCA
- ☐ 3015 Células LE
- ☐ 3023 ANCA
- ☐ 3042 SM
- ☐ 3043 RNP
- ☐ 3044 SCL-70
- ☐ 3045 SS/A (anti Ro)
- ☐ 3046 SS/B (anti La)
- ☐ 3047 JO-1
- ☐ 3053 ENA
- ☐ 3025 Acs Cardiolipinas IgG
- ☐ 3026 Acs Cardiolipinas IgM
- ☐ 5037 Anticoagulante lúpico
- ☐ 3024 Acs Epstein Baar IgM (VCA)
- ☐ 3035 Ag Criptococos neoform
- ☐ 5017 Acs Cisticercosis (sangre)
- ☐ 5030 Acs Micoplasma Peneumoni
- ☐ 5031 Acs Chlamydia IgM
- ☐ 7014 Helicobacter pilory heces
- ☐ 3011 Helicobacter pilory suero
- ☐ 3049 Helicobacter pilory aliento
- ☐ 5016 Toxoplasma IgG
- ☐ 5026 Toxoplasma IgM
- ☐ 5022 Rubéola IgG
- ☐ 5027 Rubéola IgM
- ☐ 5023 Citomegalovirus IgG
- ☐ 5024 Citomegalovirus IgM
- ☐ 5035 Herpes Virus tipo I
- ☐ 3014 MHA-TP
- ☐ 3001 Factor Reumatoideo
- ☐ 3002 ASO
- ☐ 3016 PCR
- ☐ 3003 RPR
- ☐ 3054 VDRL en LCR
- ☐ 3004 Acs Mononucleosis
- ☐ 3005 Prueba de embarazo
- ☐ 20 Antigenos febriles
- ☐ 3051 Ag. Brucilla abortus
- ☐ 6500 HIV
- ☐ 6501 HIV-PTV manual
- ☐ 6503 HIV confirmatorio
- ☐ 6510 Anti HAV IgM
- ☐ 6511 Serologia para chagas
- ☐ 6512 Ac. Contra el Ag e de VHB
- ☐ 6518 Ag. e de Hepatitis B
- ☐ 6513 Antic. Núcleo Hepatitis B IgM
- ☐ 6514 Ac. Contra AG nuclear VHB
- ☐ 6515 Linfocitos CD4
- ☐ 6519 Ac. contra Ag. superficie VHB
- ☐ 6520 Antigenos superficie Hepatitis B
- ☐ 6530 Anticuerpos Hepatitis C
- ☐ 6516 Coombs Directo
- ☐ 6517 Coombs indirecto
- ☐ 6502 Tipo RH
- ☐ 6504 Criocrioglutininas
- ☐ Otros estudios
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

CODIGO SAP 2300773

NOTA: Esta hoja no debe contener manchas ni borrones, de lo contrario no se recibirá en la recepción del laboratorio y los datos generales deben ir completos

Alimentación durante el primer año de vida

Marque con una X en la casilla del mes en que se inicia la alimentación.

ALIMENTOS

Edad en meses cumplidos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche materna	e	x	c	l	u	s	i	v	a				
Vegetales													
Frutas (excepto cítricos)													
Maíz													
Arroz													
Otros cereales (pan, avena)													
Carne (hígado, pollo, pescado)													
Huevo													
Frijoles													
Derivados de la leche													
Agua u otros líquidos													
Otras leches													

Suplementación de Micronutrientes

HIERRO

4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	10mo mes	11vo mes	12vo mes
1 año								
2 años								
3 años								
4 años								

Cada año suplementar por tres meses consecutivos

Niño prematuro o con un peso menor a 2,500 gr., iniciar suplementación a los 30 días.

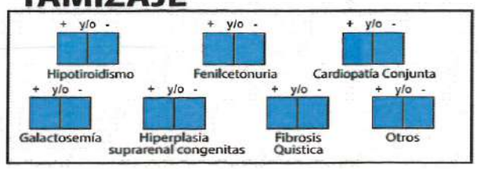
ZINC

6 meses													
1 año													
2 años													
3 años													
4 años													

Desparasitación

2 años													
3 años													
4 años													

TAMIZAJE



GUIA DE VACUNACIÓN

VACUNA	EDAD	DOSIS/REFUERZO
BCG (Formas Graves de Tuberculosis)	Recién nacido(a)	Dosis única
Polio (VPI/VOP)	2 meses	Primera dosis
	4 meses	Segunda dosis
	6 meses	Tercera dosis
	18 meses	Refuerzo
	Menores de 5 años	Dosis adicional[1]
Pentavalente[2] DPT-Hep B-Hib	2 meses	Primera dosis
	4 meses	Segunda dosis
	6 meses	Tercera dosis
Neumococo	2 meses	Primera dosis
	4 meses	Segunda dosis
	6 meses	Tercera dosis
Rotavirus	2 meses	Primera dosis
	4 meses	Segunda dosis
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos)	18 meses	Primer refuerzo
	4 años	Segundo refuerzo
SRP (Sarampión Rubéola y Parotiditis)	12 meses	Dosis única
	1 - 4 años	Dosis adicional[1]
Hepatitis B	Recién nacido(a)	Una dosis
	Grupos en riesgo al primer contacto	Primera dosis
	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis
	6 meses después	Tercera dosis
VPH (Virus Papiloma Humano)	11 años primer contacto	Primera dosis
	6 meses después de la primera dosis	Segunda dosis
	11 años	Refuerzo y luego cada 10 años
Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)	**Embarazadas no vacunadas**	
	Primer Contacto	Primera dosis
	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis
	6 meses después de la segunda dosis	Tercera dosis
	1 año después de la tercera dosis	Cuarta dosis
	1 año después de la cuarta dosis	Quinta dosis
	Grupos en riesgo	
	Primer Contacto	Primera dosis
	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis
	6 meses después de la segunda dosis	Tercera dosis
	Cada 10 años	Refuerzo
SR (Sarampión Rubéola)	Mayores de 5 años no vacunados	Dosis única
INFLUENZA	Grupos en riesgo	Dosis anual

1 Jornada Nacional de Vacunación 2 Difteria, Tos ferina, Tetanos, Hepatitis B, Meningitis por Hib 3 En Campaña de seguimiento

CONTROL DE VACUNAS

VACUNAS	FECHA DE APLICACIÓN DE DOSIS: Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Refuerzos Primero	Refuerzos Segundo
Hepatitis B (Recién Nacidos)							
BCG							
Polio (VPI)							
Polio (VOP/Sabin)							
Pentavalente DPT-Hep B-Hib							
Neumococo							
Rotavirus							
SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas)							
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos)							
Hepatitis B							
VPH (Virus Papiloma Humano)							
Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)							
Influenza							
* Dosis Adicional Sabin							
** Dosis Adicion SRP							
Otras vacunas, Especificar							
Vitamina A							

* En Jornada Nacional de Vacunación ** En Campañas de Seguimiento

Iniciar lactancia materna exclusiva al nacer hasta los seis meses de edad. A partir de los seis meses de edad iniciar con agua, otros alimentos y continuar la lactancia materna hasta los 2 años.

Desarrollo de los niños

DE 0 A 3 MESES
- ☐ Controla la cabeza
- ☐ Abre el puño de las manos
- ☐ Busca la fuente del sonido
- ☐ Reconoce a su cuidador
- ☐ Sigue el movimiento de objetos con la cabeza

DE 4 A 6 MESES
- ☐ Se voltea parcialmente
- ☐ Agarra un objeto, uno en cada mano
- ☐ Mueve el chinchín por imitación
- ☐ Pronuncia cuatro o más sonidos diferentes: ba-ba, ma-ma, ta-ta

DE 7 A 9 MESES
- ☐ Se sienta solo sin ayuda
- ☐ Agarra objetos pequeños con dos dedos pulgares e índice
- ☐ Pronuncia palabras de dos sílabas iguales
- ☐ Coopera con juegos (palmitas o aplausos)
- ☐ Juega a esconder su cara
- ☐ Se pone boca abajo y se acomoda para gatear

DE 10 A 12 MESES
- ☐ Se para con ayuda y da pasos laterales
- ☐ Golpea un objeto contra otro sosteniendo uno de cada mano a la vez
- ☐ Entiende órdenes simples, comprende el significado de "sí" y "no".
- ☐ Tararea más palabras: pan, agua, oso, dada...
- ☐ Se identifica a sí mismo por su nombre.

DE 13 A 18 MESES
- ☐ Esta de pie hasta caminar sin ayuda.
- ☐ Mancha, raya o pinta sobre una superficie
- ☐ Come sin ayuda, colabora al vestirse y al desvestirse
- ☐ Combina dos palabras (diferentes a papá y mamá)

DE 19 A 24 MESES
- ☐ Sube escaleras tomado del pasamano.
- ☐ Habla con frases cortas y sigue órdenes simpres.
- ☐ Controla en el día su orina

DE 25 A 36 MESES
- ☐ Camina hacia atrás y salta en el mismo lugar
- ☐ Intenta unir palabras para expresar sus ideas, usa palabras yo o mio.
- ☐ Se lava y se seca las manos
- ☐ Se alegra, se enoja y le gusta bailar
- ☐ Separa y agrupa objetos por su forma

DE TRES A CUATRO AÑOS
- ☐ Le gusta juegos con otros niños al aire libre, jugar con agua, arena, pelotas, dibujar
- ☐ Es sociable, conversador y curioso.
- ☐ Cumple órdenes complejas
- ☐ Se visto solo.
- ☐ Avisa cuando desea orinar y/o defecar

Control Odontológico

6 meses				
1 año				
2 años				
3 años				
4 años				

A partir de los dos años este pendiente de desparasitar a su hijo dos veces al año. Consulte al establecimiento de salud.

Siempre que acuda a la unidad de salud porte esta tarjeta

IHSS
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

República de Honduras

TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ]

No. de Identidad niño [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Padre: _____

Madre: _____

No. de Identidad [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

No en el Listado LINVI _____

Edad de Captación: [ ][ ]

Domicilio: _____

_____

Establecimiento de Salud _____

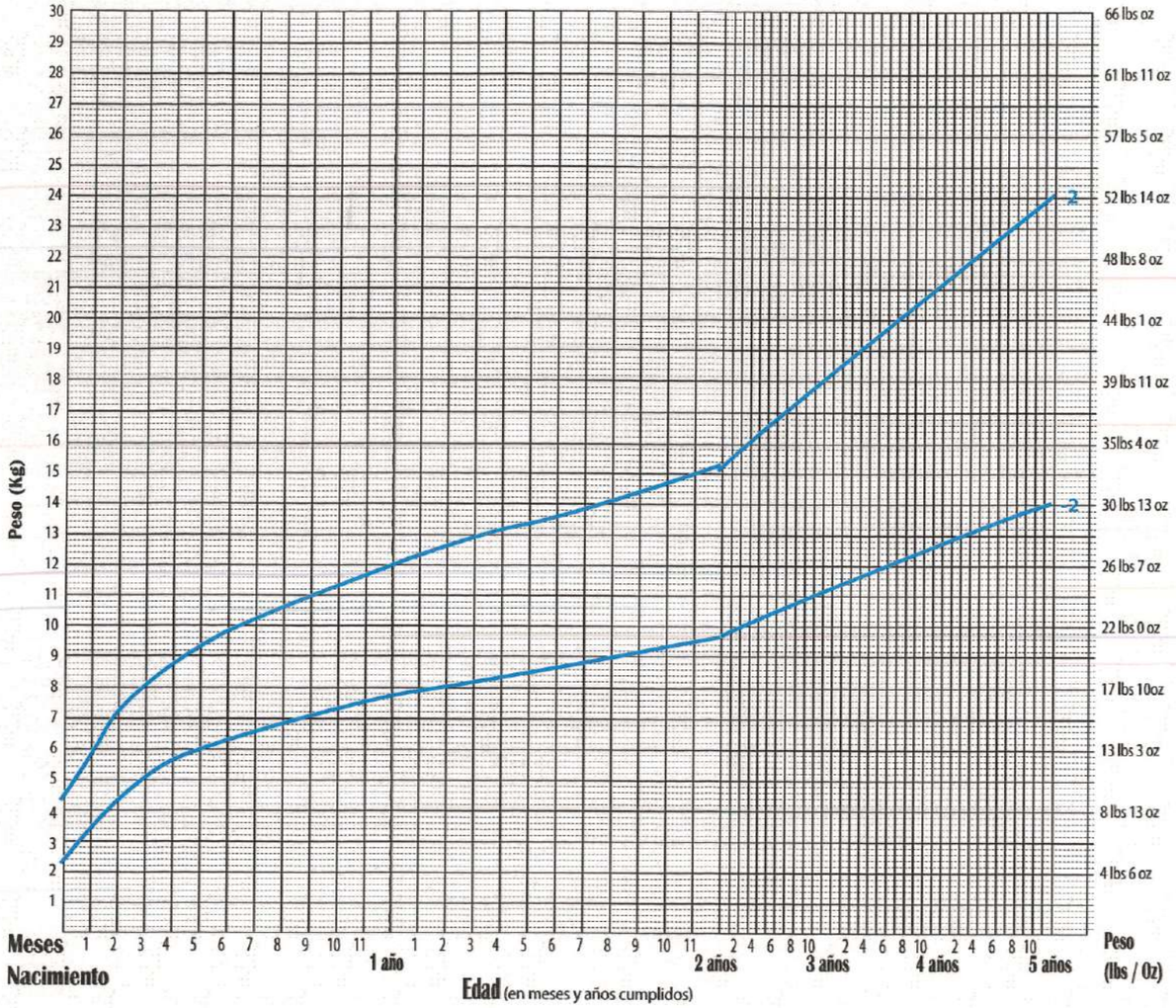
Código 2300987

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica de crecimiento

peso / edad

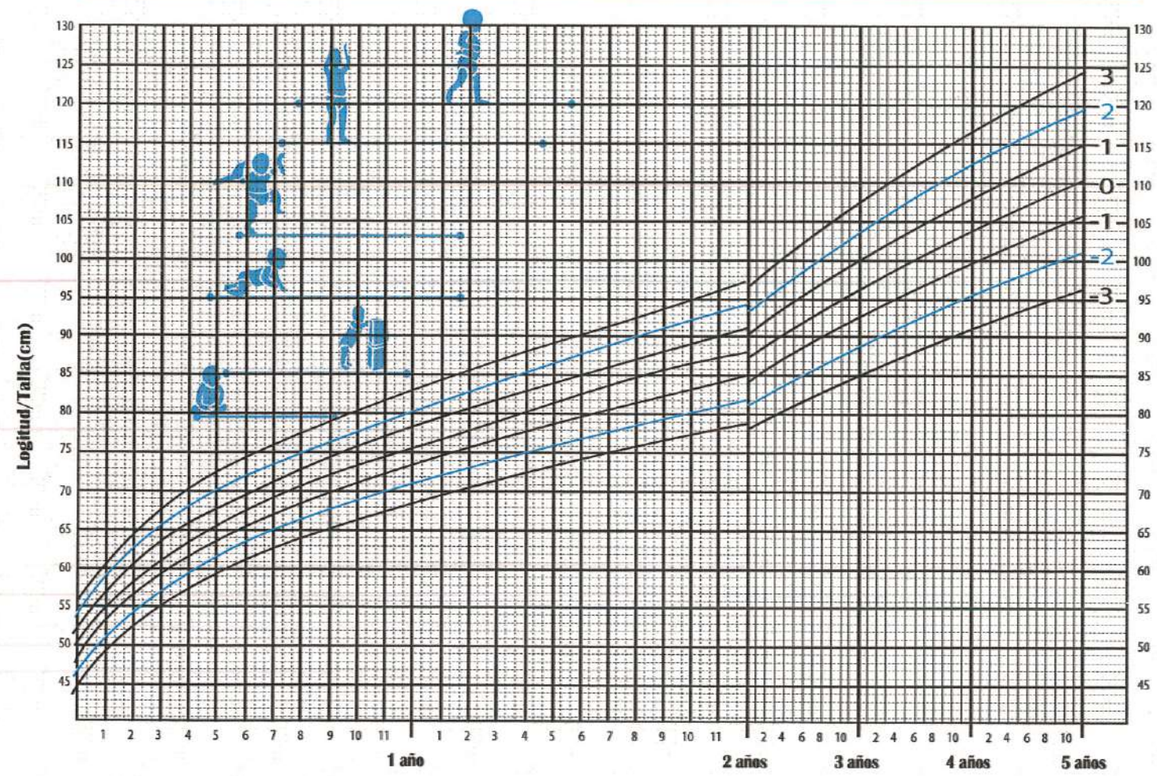
del niño



Gráfica de crecimiento

longitud - talla / edad

del niño



Peso al nacer ____ g. Talla al nacer ____ cm Apego precoz SI ____ NO ____ Apgar 1 min ____ 5 min ____ Tipo RH ____

Perímetro cefálico al nacer ____ cm Perímetro cefálico 24 hr. ____ cm

FECHA																							
EDAD																							
PESO																							
TALLA																							
P.C.																							

Alimentación durante el primer año de vida

Marque con una X en la casilla del mes en que se inicia la alimentación.

ALIMENTOS

Edad en meses cumplidos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche materna	e	x	c	l	u	s	i	v	a				
Vegetales													
Frutas (excepto cítricos)													
Maíz													
Arroz													
Otros cereales (pan, avena)													
Carne (hígado, pollo, pescado)													
Huevo													
Frijoles													
Derivados de la leche													
Agua u otros líquidos													
Otras leches													

Suplementación de Micronutrientes

HIERRO

4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	10mo mes	11vo mes	12vo mes

1 año													
2 años													
3 años													
4 años													

Cada año suplementar por tres meses consecutivos

Niño prematuro o con un peso menor a 2,500 gr., iniciar suplementación a los 30 días.

ZINC

6 meses													
1 año													
2 años													
3 años													
4 años													

Desparasitación

2 años													
3 años													
4 años													

TAMIZAJE

+ y/o -

Hipotiroidismo | Fenilcetonuria | Cardiopatía Conjunta | Galactosemia | Hiperplasia suprarenal congenitas | Fibrosis Quística | Otros

GUIA DE VACUNACION

VACUNA	EDAD	DOSIS/REFUERZO
BCG (Formas Graves de Tuberculosis)	**Recién nacido(a)**	**Dosis única**
Polio (VPI/VOP)	2 meses 4 meses 6 meses 18 meses menores de 5 años	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Refuerzo Dosis adicional[1]
Pentavalente[2] DPT-Hep B-Hib	2 meses 4 meses 6 meses	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Neumococo	2 meses 4 meses 6 meses	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Rotavirus	2 meses 4 meses	Primera dosis Segunda dosis
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetanos)	18 meses 4 años	Primer refuerzo Segundo refuerzo
SRP (Sarampión,Rubéola y Parotiditis)	12 meses 1 - 4 años	**Dosis única** **Dosis adicional**[3]
Hepatitis B	Recién nacidos(as) Grupos en riesgo al primer contacto 1 mes después de la primera dosis 6 meses después	Una dosis Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
VPH (Virus Papiloma Humano)	11 años primer contacto 6 meses después de la primera dosis	Primera dosis Segunda dosis
Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)	11 años **Embarazadas no vacunadas:** Primer Contacto 1 mes después de la primera dosis 6 meses después de la segunda dosis 1 año después de la tercera dosis 1 año después de la cuarta dosis Grupos en riesgo Primer Contacto 1 mes después de la primera dosis 6 meses después de la segunda dosis Cada 10 años	Refuerzo y luego cada 10 años Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Cuarta dosis Quinta dosis Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Refuerzo
SR (Sarampión, Rubéola)	Mayores de 5 años no vacunados	**Dosis única**
INFLUENZA	Grupos en riesgo	Dosis anual

1 Jornada Nacional de Vacunación 2 Difteria, Tos ferina, Tetanos, Hepatitis B, Meningitis por Hib 3 En Campaña de seguimiento

CONTROL DE VACUNAS

FECHA DE APLICACIÓN DE DOSIS

VACUNAS	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Refuerzos Primero	Refuerzos Segundo
Hepatitis B (Recién Nacidos)							
BCG							
Polio (VPI)							
Polio (VOP/Sabin)							
Pentavalente DPT-Hep B-Hib							
Neumococo							
Rotavirus							
SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)							
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos)							
Hepatitis B							
VPH (Virus Papiloma Humano)							
Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)							
Influenza							
* Dosis Adicional Sabin							
** Dosis Adicion SRP							
Otras vacunas, Especificar							
Vitamina A							

* En Jornada Nacional de Vacunación ** En Campañas de Seguimiento

Iniciar lactancia materna exclusiva al nacer hasta los seis meses de edad. A partir de los seis meses de edad iniciar con agua, otros alimentos y continuar la lactancia materna hasta los 2 años.

Desarrollo de las niñas

DE 0 A 3 MESES
- ☐ Controla la cabeza
- ☐ Abre el puño de las manos
- ☐ Busca la fuente del sonido
- ☐ Reconoce a su cuidador
- ☐ Sigue el movimiento de objetos con la cabeza

DE 4 A 6 MESES
- ☐ Se voltea parcialmente
- ☐ Agarra un objeto, uno en cada mano
- ☐ Mueve el chinchín por imitación
- ☐ Pronuncia cuatro o más sonidos diferentes: ba-ba, ma-ma, ta-ta

DE 7 A 9 MESES
- ☐ Se sienta sola sin ayuda
- ☐ Agarra objetos pequeños con dos dedos pulgares e índice
- ☐ Pronuncia palabras de dos sílabas iguales
- ☐ Coopera con juegos (palmitas o aplausos)
- ☐ Juega a esconder su cara
- ☐ Se pone boca abajo y se acomoda para gatear

DE 10 A 12 MESES
- ☐ Se para con ayuda y da pasos laterales
- ☐ Golpea un objeto contra otro sosteniendo uno de cada mano a la vez
- ☐ Entiende órdenes simples, comprende el significado de "sí" y "no".
- ☐ Tararea más palabras: pan, agua, oso, dada...
- ☐ Se identifica a sí misma por su nombre.

DE 13 A 18 MESES
- ☐ Esta de pie hasta caminar sin ayuda.
- ☐ Mancha, raya o pinta sobre una superficie
- ☐ Come sin ayuda, colabora al vestirse y al desvestirse
- ☐ Combina dos palabras (diferentes a papá y mamá)

DE 19 A 24 MESES
- ☐ Sube escaleras tomada del pasamano.
- ☐ Habla con frases cortas y sigue órdenes simpres.
- ☐ Controla en el día su orina

DE 25 A 36 MESES
- ☐ Camina hacia atrás y salta en el mismo lugar
- ☐ Intenta unir palabras para expresar sus ideas, usa palabras yo o mío.
- ☐ Se lava y se seca las manos
- ☐ Se alegra, se enoja y le gusta bailar
- ☐ Separa y agrupa objetos por su forma

DE TRES A CUATRO AÑOS
- ☐ Le gusta juegos con otros niños al aire libre, jugar con agua, arena, pelotas, dibujar
- ☐ Es sociable, conversadora y curiosa.
- ☐ Cumple órdenes complejas
- ☐ Se viste sola.
- ☐ Avisa cuando desea orinar y/o defecar

Control Odontológico

6 meses				
1 año				
2 años				
3 años				
4 años				

A partir de los dos años este pendiente de desparasitar a su hijo dos veces al año. Consulte al establecimiento de salud.

Siempre que acuda a la unidad de salud porte esta tarjeta

IHSS
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

República de Honduras

TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ]

No. de Identidad niño [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Padre: _____

Madre: _____

No. de Identidad [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

No en el Listado LINVI _____

Edad de Captación: [ ][ ]

Domicilio: _____

_____

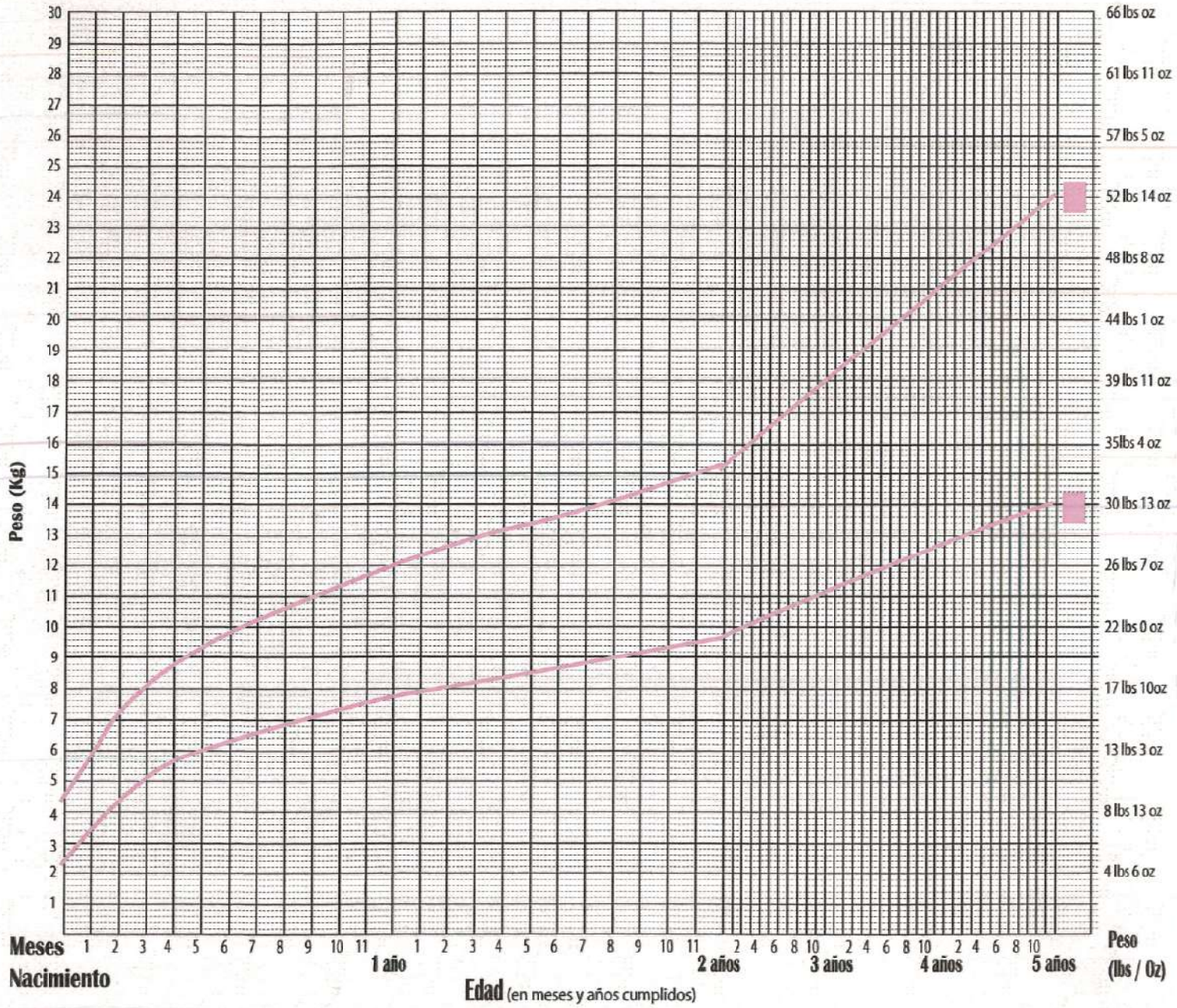
Establecimiento de Salud _____

Código 2300988

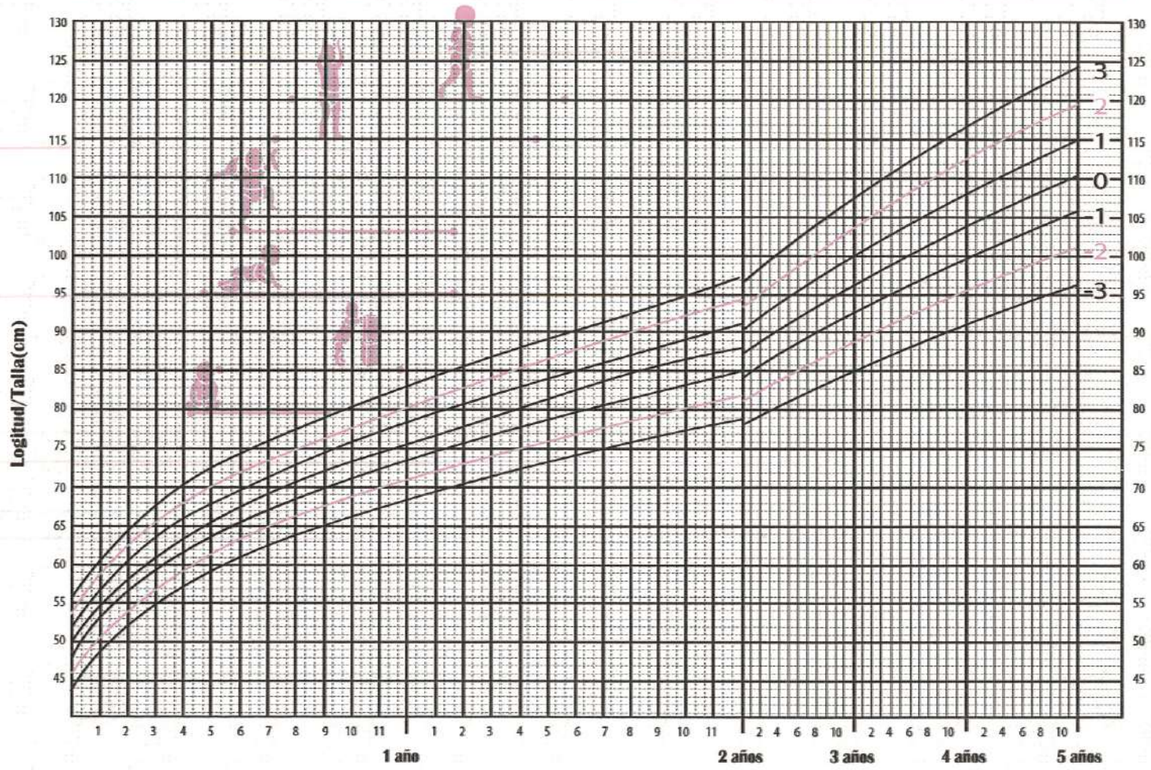
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

2300988

Gráfica de crecimiento
peso / edad
de la niña



Gráfica de crecimiento
longitud - talla / edad
de la niña



Peso al nacer ____ g. Talla al nacer ____ cm Apego precoz SI ____ NO ____ Apgar 1 min ____ 5 min ____ Tipo RH ____

Perímetro cefálico al nacer ____ cm Perímetro cefálico 24 hr. ____ cm

FECHA																							
EDAD																							
PESO																							
TALLA																							
P.C.																							

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social
Departamento de Promoción y Protección de la Salud

Solicitud de Examen de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

IDA

Nombre: Expediente

Edad: Fecha Nacim.: / / Sexo: Hombre Mujer Identidad:

Dirección permanente Departamento: Municipio/Ciudad:

Caserío/Aldea/Colonia: Calle/Ave.: Bloque / N°. Casa:

Otros datos: Teléfono:

Unidad de Salud: Fecha Solicitud: / /

Fecha de extracción de la muestra: / /

SOLICITADO A: Embarazada Donante Paciente TB ITS Población General

CONSEJERÍA:

Fecha Consejería Pre Prueba | Nombre Consejera | Firma

LEER AL PACIENTE: Por este medio autorizo al personal de salud para que realice la prueba de VIH

Nombre y firma del paciente o encargado/responsable

Fecha Consejería Post Prueba | Nombre Consejera | Firma

Información de laboratorio

Nombre laboratorio que hizo la prueba | Nombre persona que hizo la prueba

Resultado | Fecha de Resultado / / | Tipo de Prueba en laboratorio

OBSERVACIONES:

NOTA: A todo resultado positivo se le deberá llenar la ficha de vigilancia de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CODIGO SAP 2301089

Instructivo de llenado de la ficha de solicitud de Examen de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

- **IDA:** Es un código que es generado automáticamente por el sistema en el momento en que el digitador esta introduciendo la información a la computadora y se utiliza como identificador del paciente en la base de datos y el digitador será el encargado de escribir el código asignado en el espacio correspondiente en la ficha.
- **Nombre y número de identidad o RNP:** conforme al patrón usado por el Registro Nacional para las Personas.
- **Número de Expediente:** Número asignado en el servicio de salud donde se le solicita el examen al paciente.
- **Edad:** coloque los dígitos correspondientes en la casilla adjunta.
- **Fecha de Nacimiento:** deberán llenarse en el orden que sigue el RNP (día, mes, año). Por ejemplo 31 de diciembre de 1958 se consignará así: 31/12/58.
- **Sexo:** Marque la casilla con una **"X"** si es **Hombre** o **Mujer**.
- **Número de identidad** conforme al patrón usado por el Registro Nacional para las Personas.
- **Dirección Permanente:** Escriba en el espacio correspondiente la dirección de la persona. En otros datos escriba detalles de la dirección como ser: "frente a", "al lado de", etc.
- **Unidad de Salud:** Datos de identificación de la UPS, conforme a la nomenclatura establecida por la Secretaría de Salud.
- **Fecha de solicitud:** fecha en que se solicita el examen al laboratorio, deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de nacimiento.
- **Fecha de extracción de la muestra:** es la fecha en que se le toma la muestra de sangre para analizarla; deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de nacimiento.
- **Fecha Consejería Pre Prueba:** Es la fecha en que se brindo la consejería pre prueba; deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de.
- **Nombre Consejera:** Escriba con letra clara el nombre de el (la) consejero (a) responsable de la consejería pre prueba.
- **Firma:** firma de el (la) consejero (a) responsable de la consejería pre prueba.
- **Autorización del paciente:** Esta sección deberá leerse al paciente. La **política oficial de la Secretaría de Salud es que la prueba de VIH es una prueba voluntaria que exige el consentimiento informado del paciente o persona encargada responsable en menores de edad.** Se llenará cualquiera de las dos opciones ya sea que el paciente sepa escribir o no lo sepa hacer (nombre o huella digital).
- **Fecha Consejería Post Prueba:** Es la fecha en que se brindó la consejería post prueba; deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de nacimiento.
- **Nombre Consejera:** Escriba con letra clara el nombre de el (la) consejero (a) responsable de la consejería post prueba.
- **Información de laboratorio:** Esta sección deberá ser llenada únicamente por el personal autorizado de laboratorio encargado de reportar los resultados de los exámenes.

IHSS

SOLICITUD RADIOLOGÍA

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

Cita: _____ _____ ( )
Fecha Hora

Nombre del Paciente: _____
1 apellido 2 apellido Nombres

Número de Afiliación: _____

Edad: _____ Sexo: F( ) M( ) Asegurado ( ) Beneficiario ( ) Contrato ( )

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Clínica o Servicio: _____ Cama # _____

Datos Clínicos: _____

_____

_____

_____

_____

Impresión Clínica: _____

_____

_____

Antecedentes Importantes:

1.- Alergias al medio de contrate
2.- Otros: _____

Estudio Radiológico Solicitado: _____

_____

_____

Emergencia ( ) Prioritario ( ) Dar cita al cupo ( )
Primera vez ( ) Sub Siguiente ( )

Fecha: _____ Firma y Sello del Médico solicitante: _____

CÓDIGO SAP 2301229

INFORME RADIOLÓGICO:

Fecha de Interpretación: _____

Diagnóstico:

Firma y Sello del Radiólogo: _____

Técnico: ( )

Secretaria: ( )

Archivo ( )

Entrega estudio ( )

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
LISTADO DE MUJERES EMBARAZADAS (LISEM)

El Instituto Hondureño de Seguridad Social

Gobierno de la República de Honduras
SECRETARÍA DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: ______________ CÓDIGO: ________ LOCALIDAD: ______________ MUNICIPIO: ______________

DEPARTAMENTO: ______________ RESPONSABLE: ______________ FIRMA: ________ AÑO: ________ No. DE EMBARAZADAS CADA MES: ________

POBLACIÓN NO ESCOLARIZADA: ______________ NOMBRE DEL CENTRO BASICO/ESCUELA: ______________

POBLACIÓN ESCOLARIZADA: ______________ TOTAL DE POBLACIÓN ADOLESCENTE MUJERES DE 11 AÑOS DE EDAD: ______________

NO. ORDEN	CALIDAD DE USUARIO A	CALIDAD DE USUARIO B	NO. DE IDENTIDAD	NOMBRE DE EMBARAZADA	Riesgo Reproductivo EDAD -18	Riesgo Reproductivo EDAD 19-34	Riesgo Reproductivo EDAD +35 AÑOS	Riesgo Reproductivo OTROS	FUR O AU	FPP / FECHA DE PARTO	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS No. E	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS + HIJOS	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ABORTO	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS CESÁREA	PRIMER CONTROL SG	ESPACIO INTERGENÉSICO 12 MESES	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	ODONTOLOGÍA	VDRL/RPR 1	VDRL/RPR 2	ORINA	UROCULTIVO	HEMATOCRITO 1	HEMATOCRITO 2	HEMOGLOBINA 1	HEMOGLOBINA 2	GLUCOSA	VIH	CHAGAS	PALUDISMO / MALARIA	TOXOPLASMOSIS	TIPO Y RH	VDRL	CITOLOGÍA	CONTROL PRENATAL -20 SEMANAS FECHA	CONTROL PRENATAL -20 SEMANAS SITUACIÓN	CONTROL PRENATAL 21 A 25 SEMANAS FECHA	CONTROL PRENATAL 21 A 25 SEMANAS SITUACIÓN	CONTROL PRENATAL 26 A 30 SEMANAS FECHA	CONTROL PRENATAL 26 A 30 SEMANAS SITUACIÓN	CONTROL PRENATAL 31-36 SEMANAS FECHA	CONTROL PRENATAL 31-36 SEMANAS SITUACIÓN	CONTROL PRENATAL 37 A 40 Y + SEMANAS FECHA	CONTROL PRENATAL 37 A 40 Y + SEMANAS SITUACIÓN	TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO DOSIS 1	TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO DOSIS 2	TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO DOSIS 3	TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO DOSIS 4	TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO DOSIS 5	TDAP DOSIS 1	TDAP DOSIS 2	INFLUENZA	SITIO DEL PARTO	RESULTADO DEL EMBARAZO NORMAL	RESULTADO DEL EMBARAZO OTRO	DURACIÓN DEL EMBARAZO	PREPARACIÓN DE PARTO	CONSEJERÍA L.M.	ATENCIÓN PUERPERIO FECHA	ATENCIÓN PUERPERIO SITUACIÓN	MUJER V	MUJER M	VITAMINA "A"	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR NO	LECHE MATERNA EXCLUSIVA SI	LECHE MATERNA EXCLUSIVA NO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR ORAL	PLANIFICACIÓN FAMILIAR DIU	PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACV	PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONDÓN	PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL	PLANIFICACIÓN FAMILIAR IMPLANÓN	PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEPOPRO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR NINGUNO	TELÉFONO	PATRONO

Código N° 2301348

Instructivo para el llenado de Listado de Mujeres Embarazadas

Consideraciones Generales

Uso de colores:

Para el llenado de los listados de mujeres embarazadas es necesario que toda información permanente (o sea que no varía antes, durante y después del embarazo). Debe ir escrita en tinta negra. Estos datos son: Los datos generales como número de embarazadas, mes y año, nombre del establecimiento de salud y de la comunidad, el año que corresponde al listado, el número de orden de vivienda, número de historia clínica y nombre de la mujer.

Todos los datos que se programan y que posteriormente se deben cumplir, deberá ser escritos con lápiz carbón, estos datos son: Fecha probable del parto, Toxoide Tetánico y las citas de controles.

En tinta azul se anota la información que sea normal (N) y todas las actividades programadas que ya cumplieron, como por ejemplo una dosis de toxoide tetánico que se programó (se escribe en lápiz carbón) y una vez aplicadas las dosis programadas, la fecha en lápiz carbón se borra y se escribe en color azul.

Ubicación geográfica:

Debe utilizarse un listado para cada aldea o caserío del servicio de la salud. Esta es una norma que debe cumplirse independientemente del tamaño de la comunidad. Esto ayuda a identificar las localidades de mayor riesgo y facilita la programación de la U.P.S.

Periodicidad:

Por cada año calendario cada comunidad debe tener listado, en los cuales se debe incorporar todas las mujeres cuya fecha de última regla ocurre entre el primero de enero y el treinta y uno de diciembre; y deberá mantenerse vigente hasta que todas las mujeres del mismo año hayan concluido su última visita de control de planificación familiar.

Sistema de Alarmas

Al final de cada día se debe revisar el listado y colocar un asterisco rojo cuando, las actividades programadas para ser cumplidas en ese día no se realizan, por ejemplo: Una cita para la aplicación del toxoide tetánico o un control prenatal puerperal.

Esto significa que deberá buscarse la estrategia para cumplir esa actividad lo antes posible y en los casos de las mujeres con riesgo deberá intensificar la búsqueda, para que la actividad se cumpla.

Llenado de casillas

No. de Orden: El número de orden se coloca en forma correlativa; aun cuando el listado tenga más de una hoja para el año calendario.

Calidad de usuario: Consignar una x en la columna "A" si es afiliado directo y una x en la columna "B" si es beneficiario.

No. de Identidad: Anotar el número de identidad de la mujer embarazada y si no tienen se le debe asignar uno.

Nombre de la Embarazada: Anotar los dos nombres y dos apellidos de la mujer embarazada (si lo tuviese).

Registro reproductivo: La edad se anota en negro es entre los 18 y 35, cuando es menor de 18 años o mayor de 35 años se anota con lápiz rojo ya que en estas edades las embarazadas son de mayor riesgo. En la columna de OTRO se debe anotar en color rojo los códigos de otros riesgos que la mujer tiene.

FUR o AU: (Fecha de la última regla o altura uterina) anotar la fecha de última regla referida por la paciente; y cuando no se es posible anotar la altura uterina encontrada en la consulta de la paciente.

Fecha probable de parto o fecha de parto: Se escribe con lápiz grafito y al finalizar el embarazo anotarlo con tinta azul, independientemente de cómo finalice (parto, aborto, etc.). CUando no se escribe o vence la fecha, poner un asterisco (*) rojo en esa casilla.

Toxoide Tetánico y Diftérico (T.D.) / Tdap / Influenza: Si no documenta estado vacunal, iniciar esquema de tres dosis: Primera; al contacto, 2da. un mes después y 3ra. 6 meses después, sin importar la edad gestional cita en 10 años.

Vitamina "A": Registrar la fecha en que se le entrega la vitamina "A" de 200,000 unidades durante los primeros 30 días post-parto.

Observaciones: En esta casilla se puede anotar el cambio de domicilio o traslado de la mujer a otro lugar y el número de teléfono.

Exámenes especiales: Consignar en espacios en blanco si se realizaron o no resultados.

Sitio del parto: Registrar si fue hospitalario o extra hospitalario.

Cuando la mujer embarazada cambia de domicilio ya no es objeto de vigilancia en esa US. Colocar líneas oblicuas en lápiz carbón en la casilla que todavía no se habían llenado. Referirla para que sea incluida en el listado de mujeres embarazadas en la US de su nuevo domicilio.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social

Gobierno de la República de Honduras
Secretaría de Salud

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
LISTADO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (LISMEF)

REGIÓN:________ MUNICIPIO:________ UNIDAD DE SALUD:________ COMUNIDAD:________ MES:________ AÑO:________ No. MUJERES EN EDAD FÉRTIL CADA MES:________

NO. ORDEN	CALIDAD DE USUARIO	NO. DE AFILIACIÓN	FECHA DE CAPTACIÓN	NOMBRE DE LA MUJER EMBARAZADA	EDAD ACTUAL	NO. DE HIJOS	FUP	LACTANCIA MATERNA		ENFERMEDAD CRÓNICA			ESTADO CIVIL				ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS	TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO N. Dosis							SR*	VIT. A	ÁCIDO FÓLICO	VIRUS DE PAPILOMA HUMANO	FECHA ULTIMA CITOLOGÍA	MÉTODO ANTICONCEPTIVO							OBSERVACIONES
								SI	NO	DM	HTD	OTRO	C	S	UL	OTRO		1	2	3	4	5	11 años	Cita						INYECT.	ORAL	DIU	EQV	CONDÓN	NATURAL	NINGUNO	

Código N° [illegible]

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL LISTADO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Consideraciones Generales

Se tomarán en cuenta los lineamientos utilizados en el listado de mujeres embarazadas considerando el color negro para todos los datos permanentes (encabezado, No. de orden, historia clínica y nombre de la mujer) y en el color azul toda la información que sea normal, el lápiz grafito para las actividades pendientes de cumplir. (T.T. y citas).

Ubicación Geográfica
Se debe utilizar un listado para cada aldea, caserío del área de influencia del servicio de salud, esto permite identificar las localidades de mayor riesgo y por lo tanto mejorar la programación de toma de decisiones.

Periodicidad
Se debe actualizar permanentemente incorporando a todas las mujeres que vallan cumpliendo los 10 años de edad

Llenado de casillas
No. de Orden: Se coloca el número en forma correlativa.

No. de Historia: Anotar el número de historia clínica de la mujer en edad fértil y si no tienen se le debe asignar uno.

Nombre de la Mujer

Es necesario garantizar que la mujer en edad fértil tenga anotados los dos nombres y sus dos apellidos (Cuando los tenga).

Edad Actual
Registrar en rojo si la edad actual es menor de 18 años o mayor de 35 años y en negro si está en el rango de 18 años a 35 años.

No. de Hijos
Registrar en rojo si la mujer tiene más de 4 partos.

Fecha del último parto:
Anotar la fecha del último parto si es menor de 12 meses nos indica que hay riesgo y anotar con lápiz rojo.

Lactancia Materna: Es necesario conocer si está lactando o no al momento de la entrevista.

Enfermedades Crónicas:
Registrar en color rojo la enfermedad que padece la mujer (DI=DIABETES, HA=HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EC=ENFERMEDADES CARDIACAS, ER=ENFERMEDADES RENALES).

Estado Civil: Anotar el estado civil: Soltera casada, unión libre. Si es soltera anotarla en rojo.

Antecedentes Patológicos Obstétricos: Registrar en color rojo los antecedentes patológicos obstétricos: OF=OBITO Fetal, AB=Aborto, C=Cesárea.

Toxoide Tetánico y Diftérico (T.D.)
Anotar con lápiz tinta azul la fecha de aplicacion de la dosis o refuerzo correspondiente. Anotar cita para refuerzo en 10 años lápiz grafito.

Fecha de Última Citologia: Anotar la fecha de última citologia y en rojo se debe registrar si nunca se ha realizado.

Método Anticonceptivo: Marcar con una (X) el tipo de método anticonceptivo que está utilizando la mujer en edad fértil y cuando no se usa ninguno se marca en rojo.

Observaciones: En esta casilla se puede anotar el cambio de domicilio o traslado de la mujer y cualquier otra información relevante que no esté registrada en el formulario.

*Se debe aprovechar las visitas de las mujeres 10-49 años a los servicios de salud, visitas del personal de salud a las áreas de influencia y reuniones con la comunidad para actualizar el listado.

Listado de Vigilancia de vacunación con VPH y Td en adolecentes mujeres

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ CÓDIGO: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

DEPARTAMENTO: _____ RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____ AÑO: _____ No. DE EMBARAZADAS CADA MES: _____

POBLACIÓN NO ESCOLARIZADA: _____ NOMBRE DEL CENTRO BASICO/ESCUELA: _____

POBLACIÓN ESCOLARIZADA: _____ TOTAL DE POBLACIÓN ADOLECENTE MUJERES DE 11 AÑOS DE EDAD _____

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

No.	CALIDAD DE USUARIO		NOMBRE COMPLETO DE LA ADOLESCENTE	NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ADOLESCENTE	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELÉFONO CELULAR/FIJO	Td	VPH		OBSERVACIONES
	A	B						(Refuerzo a adolescentes mujeres) FECHA (dd/mm/aa)	1ra. DOSIS DE VPH FECHA (dd/mm/aa)	2da. DOSIS DE VPH FECHA (dd/mm/aa)	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
TOTAL:											

Instrucciones:
En caso de la vacuna VPH, colocar en lápiz carbón la cita para la segunda dosis.
En el caso de adolescentes mujeres inmunodeprimidas, registrar la tercera dosis en observaciones.

CODIGO No. 230131

Para estar saludable ama y cuida tu cuerpo como se merece, ya que VIVIR CON SALUD NO TIENE PRECIO, para lograrlo, come con moderación y muevete con pasión

Recuerda que aquellos que no hacen tiempo para el ejercicio deberán eventualmente hacer tiempo para la enfermedad.

¡Se feliz!

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Programa Actividad Física para la Salud

Paciente

Edad Fecha Inicio

Datos Generales

Altura	cm.	ft.
Peso Inicial	lbs.	
Grasa Inicial	%	
IMC Inicial	%	

Metas

Peso lbs.

Grasa 17-25% IMC 18-24.9%

Programa Actividad Física para la Salud

Fecha	Peso	Grasa	Agua	Hueso	Músculo	IMC	Grasa Visceral	Metab. Basal	Edad Biológica	Presión Arterial	Cuello	Abdomen	Cadera
Metas													

Esforzarte para llevar una nutrición adecuada, es la mejor inversión que puedes hacer para tu cuerpo y mente.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Hospitales de Especialidades

FARMACIA

Ficha Farmacoterapéutica

No. De Historia Clínica: _____ No. De Afiliación: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Servicio: _____ No. De Cama: _____

Dr.: _____ Alergias: _____

Médico Responsable: _____

Medicamentos, Dosis, Vía de administración	FECHA												Resumen
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													
Volantes/devolución													

Causas de devolución de medicamentos

(A)	Alta	(DI)	Dosis incorrecta	(MI)	Medicamento incorrecto	(PA)	Paciente ayuna
(AL)	Alergia	(IN)	Interacción	(MO)	Medicamento omitido	(RAM)	Reacción adversa medicamentos
(CD)	Cambio de dosis	(IQ)	Interacción Quirúrgica	(N)	Nauseas	(V)	Vómito
(CV)	Cambio de administración	(M)	Muerte	(PRP)	Paciente realizando pruebas	(VI)	Vía Incorrecta

CODIGO No. 500626

Scanned with CamScanner

IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

HONDURAS

CERTIFICACIÓN DE PUNTO DE ACTA

El Suscrito Secretario de Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), por este medio **CERTIFICA:** Que, en el Libro de Actas, Tomo I, que al efecto lleva esta Secretaría, se encuentra ubicada el Acta que se registra bajo No. **SOJD-IHSS-030-2022**, de la Sesión Ordinaria celebrada por la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), en fecha veintidós (22) de septiembre del año dos mil veintidós (2022), donde se conoció el Punto de agenda No. **XI**. (DISCUSIÓN Y APROBACIÓN DE LAS BASES DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO. 013-2022 PARA LA "ADQUISICIÓN DE PAPELERÍA MÉDICA PARA EL IHSS), en el cual, la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), emitió **RESOLUCIÓN número SOJD-IHSS-30-2022-XI** que literalmente **DICE**: "**PRIMERO:** Se aprueban las bases de la Licitación Pública Nacional No. 013-2022 para la adquisición de papelería médica para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). **SEGUNDO**: Se instruye a la Dirección Ejecutiva, que a su vez ordene a las áreas involucradas, a que procedan a dar cumplimiento a la presente resolución, conforme a los procedimientos administrativos legales vigentes." **ES CONFORME A SU ORIGINAL CON EL CUAL SE CONFRONTA**. Y para dar cumplimiento a lo aquí acordado, se le libra la presente **CERTIFICACIÓN,** en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. Departamento de Francisco Morazán, a los treinta (30) días del mes de septiembre del año dos mil veintidós (2022).

----------Última Línea----------

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
JUNTA DIRECTIVA
IHSS
Tegucigalpa M.D.C.
SECRETARIA

Abg. Juan Carlos Murillo Castellanos
Secretario de Junta Directiva - IHSS

13.X.22
1:27 pm