

La Dirección Presidencial de Transparencia, Modernización y Gobierno Digital, a través de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado, emite el siguiente:

## **AVISO IMPORTANTE**

En relación con la Emergencia Global sobre el (2019-nCov); en apoyo a su prevención y en cumplimiento al Decreto Ejecutivo No. PCM-005-2020, la ONCAE a solicitud de SINAGER Secretaría de Salud, Hospital General Atlántida y Estado Mayor Conjunto donde solicitaron inclusión en apoyo a la transparencia de las compras de emergencia a través del Catálogo Electrónico PCM-005-2020 y de oficio.

A todos los proveedores interesados en participar en el “**CATÁLOGO ELECTRÓNICO DE EMERGENCIA - PCM-005-2020**”, se comunica que a partir del 20 de agosto 2020 podrán encontrar en el Portal HonduCompras 2.0. el proceso **C.E.E PCM-005-2020 INCLUSIÓN 5ta. DE P&P**, en el siguiente Link:

<https://h2.honducompras.gob.hn/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?SkinName=HN&Page=login&Country=HN&currentLanguage=es-HN>, en el cual se estarán incorporando productos y proveedores para formar parte de este Catálogo Electrónico, los cuales se encontrarán disponibles para todas las instituciones que deseen comprar podrán encontrar los productos abiertos y estará en referencia.

Este Catálogo contará con productos que son utilizados para combatir los efectos del virus del dengue y coronavirus (2019-nCoV) y se encontrará habilitado mientras dure Decreto Ejecutivo No. PCM-005-2020.

Fecha de recepción de oferta	24 de agosto a las 3:00 pm
Fecha máxima para recepción de consultas	21 de agosto 2020
Se brindará capacitación como se llenan las ofertas.	21 de agosto 2020

Todo interesado en adherirse al mismo deberá presentar su oferta a través de la Plataforma HonduCompras 2.0. C.E. el proceso de compra es **C.E.E PCM-005-2020 INCLUSIÓN 5ta. DE P&P** conteniendo la siguiente información:

1. Formulario de Participación (Precios Moneda Nacional y por la Unidad solicitada); No subsanable.
2. Declaración Jurada de Certificación del Órgano Societario;
3. Declaración Jurada de cumplimiento y mantenimiento de especificaciones técnicas;
4. Declaración Jurada sobre cumplimiento de Registro Sanitario;
5. Declaración Jurada de Marcas;
6. Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidades;
7. Formulario de escalamiento;
8. Registro Sanitario de los productos que participa, emitido por ARSA;
9. Licencia Sanitaria vigente en la que se autorice la comercialización de producto a ofertar;
10. Permiso de Operación Vigente;
11. Constancia Vigente de estar inscrito en el Registro de Proveedores (ONCAE);
12. Autorización del fabricante de las marcas a ofertar;
13. Adjuntar Fotografías en formato JPG 200X200 PÍXELES;

**Para los productos que conforman los renglones Material Médico Quirúrgico, Equipo Médico, Pruebas, Muestras de recolección y Mascarilla KN95 debe contar con los siguientes requisitos:**

14. Presentar Certificados calidad provenientes de al menos uno de los siguientes países como Japón, Colombia, Estados Unidos de América, Canadá, Corea del Sur y la Unión Europea;
15. La empresa debe pertenecer al rubro para la venta de los productos médicos.
16. Cualquier otro documento que requiera la comisión de evaluación.

**Toda la documentación antes mencionada deberá venir debidamente firmado y sellado por su Representante Legal con suficiente poder administrativo.** Una vez presentada la información, los proveedores deberán llenar sus precios en un formulario en formato Excel, proporcionado por la ONCAE, los cuales servirán para su catalogación.

  
DIRECCION  
  
OFICINA NORMATIVA DE  
CONTRATACION Y ADQUISICIONES DEL  
ESTADO  
ING. SOFIA CAROLINA ROMERO  
Directora ONCAE

Tegucigalpa M. D. C, 20 de agosto del 2020

Se adjunta: Anexo No. 1 y 2.

## **ANEXO 1**

**Nota:** Las especificaciones técnicas se encuentran en el portal de HonduCompras 2.0, en el siguiente <https://h2.honducompras.gob.hn/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?SkinName=HN&Page=login&Country=HN&currentLanguage=es-HN>:

ÍTEM	PRODUCTOS
	<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>
1	GUANTE DESCARTABLE TAMAÑO SMALL/PEQUEÑO
2	GUANTE DESCARTABLE TAMAÑO MEDIUM/MEDIANO
3	GUANTE DESCARTABLE TAMAÑO LARGE/GRANDE
4	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 6
5	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 6.5
6	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 7
7	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 7.5
8	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 8
9	MASCARILLA DESCARTABLE
10	MASCARILLA N95
11	BATA DESCARTABLE
12	BOTA DESCARTABLE
13	MASCARILLA CON VISOR
14	GORRO DESCARTABLE PARA VARÓN
15	GORRO DESCARTABLE PARA MUJER
16	CONCENTRADORES DE OXÍGENO.
17	(CONCENTRADOR DE OXÍGENO) DIVISOR DE CAUDAL.
18	TUBO DE OXÍGENO, EXTENSIÓN.
19	PUNTAS DE OXÍGENO, NASAL, NO ESTÉRIL, DE UN SOLO USO.
20	TUBO ENDOTRAQUEAL, SIN MANGUITO
21	TUBO ENDOTRAQUEAL, CON MANGUITO
22	JUEGO DE DONACIÓN DE INFUSIÓN.
23	OVEROL DESECHABLE CON CAPUCHA
24	TUBOS COLOR ROJO PARA USO DEL LABORATORIO
25	TUBOS COLOR VERDE PARA USO DEL LABORATORIO
26	TUBOS COLOR MORADO PARA USO DEL LABORATORIO
27	TUBOS COLOR AZUL PARA USO DEL LABORATORIO
28	APLICADORES SIN ALGODÓN
29	GAFAS PROTECTORAS USO HOSPITALARIO
	<b>EQUIPO MEDICO</b>

30	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 7 PARAMETROS ADULTO
31	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 7 PARAMETROS PEDIATRICO
32	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 6 PARAMETROS ADULTO
33	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 6 PARAMETROS PEDIÁTRICO
34	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 8 PARAMETROS ADULTO
35	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 8 PARAMETROS PEDIÁTRICO
36	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 9 PARAMETROS/BIS ADULTO
37	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 9 PARAMETROS/BIS PEDIÁTRICO
38	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE TRANSPORTE ADULTO
39	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE TRANSPORTE PEDIÁTRICO
40	VENTILADORES MECÁNICOS ADULTO
41	VENTILADORES MECÁNICOS PEDIATRICO
42	VENTILADORES MECÁNICOS ADULTO, CON ALTO FLUJO
43	VENTILADORES MECÁNICOS PEDIATRICO, CON ALTO FLUJO
44	MÁQUINA DE ANESTESIA
45	MÁQUINA DE ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD
46	VENTILADOR MECANICO PULMONAR DE ALTA ESPECIALIDAD PARA PACIENTES PEDIATRICOS Y ADULTO
47	SISTEMA DE RX DIGITALIZADO, COMPUTADORA DIGITALIZADORA 17X17 PULGADAS, IMPRESORA DRY IMAGER HU.Q; Y,
48	SISTEMA DE RX PORTÁTIL DIGITAL.
49	VENTILADOR MECÁNICO PULMONAR PEDIÁTRICO/ADULTO
50	VENTILADOR MECÁNICO PULMONAR NEONATO/PEDIATRICO
<b>PRUEBAS(UNIDAD)</b>	
51	KIT DE PRUEBAS RAPIDAS DE MALARIA
52	KIT DE PRUEBAS RAPIDAS ANTI-DENGUE
53	KIT DE PRUEBA RAPIDA ANTI-SARS-COV-2
<b>RECOLECCIÓN DE MUESTRAS</b>	
54	MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL
55	CAJAS DE CONTENEDORES PARA OBJETOS PUNZOCORTANTES
56	MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL CON HISOPO
<b>TRATAMIENTO DE APOYO</b>	
57	OXÍMETRO DE PULSO
<b>KIT BIOSEGURIDAD INDIVIDUAL</b>	
58	KIT DE PRUEBA DE AJUSTE.
59	KIT BÁSICO ACTIVIDADES DE CAMPO
60	KIT BÁSICO ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (BACK OFFIC)
61	KIT BÁSICO ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (FRONT OFFICE)

62	MASCARILLAS KN95 (NO DE USO HOSPITALARIO)
63	PROTECTOR FACIAL.
<b>MAQUINAS DE LAVANDERIA</b>	
64	SECADORA INDUSTRIALES PARA 180 KG
65	SECADORA INDUSTRIALES PARA 250 KG
66	LAVADORA INDUSTRIAL DE ALTA CENTRIFUGACIÓN SUSPENDIDA FS 800
67	LAVADORA INDUSTRIAL DE ALTA CENTRIFUGACIÓN SUSPENDIDA FS 1000
68	LAVADORA INDUSTRIAL DE ALTA CENTRIFUGACIÓN SUSPENDIDA FS 1200
<b>PRODUCTO QUIMICO</b>	
69	CLORO GRANULADO 1 KG
70	CLORO EN LIQUIDO DE UN GALON
71	ALCOHOL AL 70% DE 10000 ML
72	AMONIO CUATERNANIO GRADO DE 5 GENERACION GALON
<b>MEDIDOR DE TEMPERATURA</b>	
73	TERMÓMETRO INFRARROJO
<b>BOMBAS PARA FUMIGAR</b>	
74	BOMBA TIPO MOCHILA
75	TERMONEBULIZADOR
<b>MATERIAL DE ASEO Y CUIDADO PERSONAL</b>	
76	GEL ANTIBACTERIAL BOLSA DE 240 ML
77	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 30 ML
78	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 50 ML
79	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 100 ML
80	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 150 ML
81	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 200 ML
82	GEL ANTIBACTERIAL BOLSA DE 1000 ML PARA DISPENSADOR
83	GEL ANTIBACTERIAL 1 GALÓN (PARA DISPENSADOR)
84	JABÓN LÍQUIDO BOLSA DE 240 ML
85	JABÓN LÍQUIDO BOLSA DE 1000 ML
86	JABÓN LÍQUIDO 1 GALÓN (PARA DISPENSADOR)
87	DISPENSADOR DE PAPEL INTERDOBLADO
88	DISPENSADOR DE PAPEL TOALLA
89	DISPENSADOR DE ACERO INOXIDABLE DE PARED PARA JABÓN DE MANOS
90	DISPENSADOR PLÁSTICO DE PARED PARA JABÓN DE MANOS
91	DISPENSADOR DE GEL AUTOMATICA RELLENABLE CON GALON
92	PAPEL TOALLA INTERDOBLADO PARA DISPENSADOR (CAJA DE 16 UNIDADES)
93	PAPEL TOALLA INTERDOBLADO PARA DISPENSADOR (CAJA DE 20 UNIDADES)
94	PAPEL TOALLA JUMBO ROLL PARA DISPENSADOR (CAJA DE 6 ROLLOS)
95	TUNICAS EXFOLIANTES
96	PANTALONES EXFOLIANTES
97	DELANTAL DE ALTO RENDIMIENTO / PESADO

98	CAJA DE SEGURIDAD
99	SERVILLETA PARA SECAR LAS MANOS
100	GUANTE AMARILLO DE HULE TALLA M
101	DESINFECTANTE EN SPRAY 350Gr
102	PEDILUVIO
103	PANTALLA PROTECTORA DE ACRILICO
104	ATOMIZADOR DE UN LITRO
<b>PRODUCTOS PARA USO HOSPITALARIO</b>	
105	BOLSAS ROJAS PLÁSTICAS DE ALTA DENSIDAD DE 18" X 24" (FARDO - USO HOSPITALARIO)
106	BOLSAS ROJAS PLASTICAS DE ALTA DENSIDAD DE 24" X 32" (FARDO - USO HOSPITALARIO)
107	CUBETA PARA HOSPITAL DE ACERO INOXIDABLE DE 12 LITROS)
108	BOLSA BIO-PELIGROSA
109	BASURERO RECTANGULAR PLASTICO DE PEDAL CON TAPADERA EN 60 LITROS
<b>ABARROTERÍA</b>	
110	LATA DE SARDINAS EN SALSA DE TOMATE 15 OZ
111	LATA DE MAÍZ DULCE 400 G
112	LATA DE MELOCOTÓN EN ALMÍBAR 800 G
113	LATA DE CÓCTEL DE FRUTAS EN ALMÍBAR 800 G
114	LATA DE VEGETALES MIXTOS 400 G
115	LATA DE CHAMPIÑONES 400 G
116	FILM ALIMENTICIO 12X2000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 4 UNIDADES.
117	FILM ALIMENTICIO 18X2000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 4 UNIDADES.
118	FILM ALIMENTICIO 12X5000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 2 UNIDADES.
119	FILM ALIMENTICIO 15X5000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 2 UNIDADES.
120	FILM ALIMENTICIO 18X5000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 2 UNIDADES.

## Anexo 2 DOCUMENTACIÓN

### Formulario de participación

No Ítem	Producto	Cumple	No cumple	Marca	Modelo	Casa productora	País de origen	Precio	Exento

El proveedor debe presentar un formulario por la oferta presentada, debe llenar la información solicitada e indicar el precio unitario por producto sin Impuesto sobre ventas indicando si el producto es exento o no.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Este formulario deberá venir debidamente firmado y sellado por el Representante Legal, es un documento **no subsanable**.

## Declaración Jurada de Certificación del Órgano Societario CERTIFICACIÓN

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, estado civil (casado/soltero), profesión \_\_\_\_\_, con nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. \_\_\_\_\_ en mi condición de \_\_\_\_\_, de la Sociedad Mercantil \_\_\_\_\_, DECLARO QUE: El capital suscrito y pagado de esta sociedad de capital \_\_\_\_\_, y de conformidad a lo dispuesto en la Escritura Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_, otorgada por el Notario \_\_\_\_\_, debidamente inscrita bajo Asiento Número \_\_\_\_\_ y Tomo Número \_\_\_\_\_ del Registro de Comerciantes Sociales que se lleva en el Instituto de la Propiedad del Departamento de \_\_\_\_\_, es de \_\_\_\_\_ Lempiras, y que a la fecha está dividido entre los socios de la siguiente manera:

### CUADRO PARA LLENAR POR LAS SOCIEDADES ANÓNIMAS

Nombre y Apellidos del Accionista	Nacionalidad y Número de Identidad	Domicilio de Residencia	Tipo de Acción	Número de Acciones y su valor nominal
TOTAL, DE ACCIONES: _____.				

### CUADRO PARA LLENAR POR LAS SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA:

Nombre y Apellidos del Socio	Nacionalidad y Número de Identidad	Domicilio	Valor de la Parte Social Aportada	Porcentaje de su Aportación sobre el Capital Total de la Sociedad
TOTAL, PARTES SOCIALES: _____.				

Declaro que la información aquí presentada concuerda con los datos presentados mediante el proceso de inscripción en Registro De Proveedores y Contratistas del Estado, los cuales continúan vigentes y que soy responsable de la veracidad y exactitud de los datos consignados en los documentos e información que he presentado, Me someto a la verificación que pueda realizar la ONCAE, sobre la veracidad de los documentos e información que he presentado, y en caso se compruebe la falsedad en la información que he brindado acepto la descalificación del Catálogo Electrónico de Emergencia que mi representada participa.

Y para los fines de \_\_\_\_\_, se extiende la presente declaración en la ciudad de \_\_\_\_\_, del Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Nombre y Apellidos, Firma y Sello del Representante legal o secretario del consejo de administración en su caso

## Declaración Jurada sobre Cumplimiento de Especificaciones Técnicas

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. \_\_\_\_\_ actuando en mi condición de Representante Legal de (Indicar el Nombre de la Empresa Oferente / En caso de Consorcio indicar al Consorcio y a las empresas que lo integran), por la presente **HAGO DECLARACIÓN JURADA**: Que mi representada oferta en los productos con las marcas siguientes:

No Ítem	Nombre del Producto	Cumple	No cumple	Marca	Modelo	Inventario actual

Me comprometo a cumplir con las Especificaciones Técnicas establecidas por el (SINAGER), declaro que entregare únicamente los productos con las especificaciones ofertadas o superiores, manteniendo el precio ofertado; así mismo declaro que no entregaré un producto sustituto o alternativo.

Declaro y acepto que la presentación de esta oferta es únicamente para catalogación, la participación en este catálogo no responsabiliza a la ONCAE en ningún aspecto, de tener quejas de calidad mi representada será la encargada de proceder en cualquier termino requerido, en caso de existir alguna inconsistencia al momento de la entrega de producto al ofertado arriba descrito, la ONCAE puede procederá a dar de baja permanente a toda la oferta presentada, en virtud de haber contravenido, mi representada, la presente declaración.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Este formulario deberá venir debidamente firmado y sellado por el Representante Legal

## Declaración Jurada sobre cumplimiento de Registro Sanitario

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 los productos cuentan con registro sanitario para los ítems presentados en mi oferta para el Catálogo Electrónico de Emergencia PCM-005-2020, así mismo declaro que mi empresa proveerá a los compradores el comprobante de dicho registro manteniendo los precios fijados por Decreto Ejecutivo, por tanto me comprometo a entregar dicho documento en el caso que la institución lo solicite.

Por tanto, garantizo el stock de repuestos y mantenimiento en los productos que corresponde.

En caso de existir alguna inconsistencia al momento de realizar la entrega a los entes contratantes de los productos adquiridos por el Catálogo Electrónico la ONCAE procederá a dar de baja permanente a toda la oferta presentada, en virtud de haber contravenido, la presente declaración.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Este formulario deberá venir debidamente firmado por el Representante Legal

## Declaración Jurada de Marcas

Por este medio declaro que las marcas propuestas e los productos del siguiente proceso han estado en el mercado hondureño nacional o internacional, durante el tiempo que se muestra en la siguiente tabla:

No Ítem	Nombre del Producto	Marca	Cumple	País de fabricación	Tiempo de permanencia en el mercado, nacional o internacional	Dirección web Catálogo de la marca

Declaro y acepto que las marcas presentadas cuentan con un mínimo de 05 años de permanencia en el mercado nacional o internacional, de comprobar que la marca ofertada no cumple con algún requisito, la ONCAE puede procederá a dar de baja permanente a toda la oferta presentada, en virtud de haber contravenido, mi representada, la presente declaración.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ I[[]]

Este formulario deberá venir debidamente firmado por el Representante Legal

## 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 mi persona y mi representada se comprometen a:

1. Hemos examinado y no hallamos objeción alguna al proceso de Catálogo Electrónico de emergencia PCM-005-2020, incluso sus Enmiendas.
2. Nuestra oferta se mantendrá vigente durante el período que medie entre la presentación de la oferta y la suscripción del Acuerdo. Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;
3. No tenemos conflicto de intereses;
4. Declaro que ni mi persona ni mi representada, sus afiliados o subsidiarias, para ejecutar cualquier parte del contrato son elegibles y no se encuentran comprendidos en ninguna de las causas de inhabilidad, incluidas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado
5. Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, para ejecutar cualquier parte del contrato no han sido condenados, y tampoco se encuentran bajo proceso de investigación por causas relacionadas con corrupción, colusión, prácticas restrictivas a la competencia y violaciones a la ética.
6. Nos comprometemos a practicar las más elevadas normas éticas durante el presente proceso y en la ejecución del Catálogo Electrónico de emergencia que de resultar seleccionados en el proceso \_\_\_\_\_ que suscribamos con la ONCAE.
7. Abstenernos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados involucrados en el presente proceso, o en las compras resultantes del Catálogo Electrónico a participar induzcan o alteren las exigencias de las evaluaciones de las propuestas, el resultado del proceso, la ejecución contractual u otros aspectos que pudieran otorgarnos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.
8. A No formular acuerdos con otros proveedores participantes o la ejecución de acciones que sean constitutivas de:
  - I. PRÁCTICAS CORRUPTAS:** como el ofrecimiento, suministro, aceptación o solicitud, directa o indirectamente, de cualquier cosa de valor con el fin de influir impropiamente en la actuación de otra persona.
  - II. PRÁCTICAS FRAUDULENTAS:** entiéndase como cualquiera actuación u omisión, incluyendo la tergiversación de hechos que, astuta o descuidadamente, desorienten o intenten desorientar a otra persona con el fin de obtener un beneficio financiero o de otra índole, o para evitar una obligación.
  - III. PRACTICAS COLUSORIAS:** entiéndase como cualquier arreglo de dos o más personas diseñado para lograr un propósito impropio, incluyendo influenciar impropiamente las acciones de otra persona.
  - IV. PRACTICAS COERCITIVAS:** como aquellas que causen daño o amenazas de dañar, directa o indirectamente, a cualquiera persona, o las propiedades de una persona, para influenciar impropiamente sus actuaciones.
  - V. PRACTICAS DE OBSTRUCCIÓN:** como todas aquellas acciones encaminadas a la destrucción, falsificación, alteración u ocultamiento deliberado de información o brindar testimonios falsos que impidan materialmente una investigación por parte del órgano contratante de alegaciones de prácticas corruptas, fraudulentas, coercitivas o de colusión; y/o la amenaza, persecución o intimidación de cualquier persona para evitar que pueda revelar lo que conoce sobre asuntos relativos a la ejecución de prácticas contrarias o de actuaciones dirigidas a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.

Así mismo declaro que entiendo que las acciones antes mencionadas son ilustrativas y no limitativas de cualquier otra acción constitutiva de delito o contraria al derecho en perjuicio del patrimonio del Estado de Honduras; Por lo

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

De igual manera acepto y entiendo que en el caso de que **mi persona, mi representada o sus socios**, se vean involucrados en investigaciones, sanciones, cuestionamientos públicos relacionados con prácticas corruptivas o fraudulentas durante la vigencia del convenio nuestra oferta será suspendida del catálogo electrónico sin más trámite que una comunicación escrita.

(I) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar esta u otra oferta que reciban.

El día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ [indicar la fecha de la firma]

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Representante Legal

Cargo:

## Formulario de Escalamiento de Atención del Proveedor

1. GENERALES	
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	NÚMERO DE CONVENIO MARCO:
2. DATOS DEL PROVEEDOR	
DIRECCIÓN:	
COLONIA:	
AVENIDA:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
NO. DE CASA:	
CIUDAD:	
TELÉFONOS:	
3. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE ESCALAMIENTO DE ATENCIÓN	
NIVEL A	
Datos de la persona que atenderá las órdenes de compra de las instituciones y brindará la primera línea de atención A. Esta persona estará obligada a brindar una respuesta en las primeras 24 horas después de recibida la solicitud o la institución pasará a la línea de atención B.	
NOMBRE:	
TELÉFONO:	
CARGO:	
No. DE IDENTIDAD:	
CELULAR	
E-MAIL:	
NIVEL B	
Datos de la persona en la línea de atención B, a quien acudirá la institución en el caso de no recibir respuesta o atención oportuna en la línea de atención A. Esta persona estará obligada a brindar una respuesta en las primeras 48 horas después de recibida la solicitud o la institución pasará a la línea de atención C.	
NOMBRE:	
TELÉFONO:	
CARGO:	
No. DE IDENTIDAD:	
CELULAR	
E-MAIL:	
NIVEL C	
Datos de la persona en la línea de atención C, a quien acudirá la institución en el caso de no recibir respuesta o atención oportuna en la línea de atención B. Esta persona estará obligada a brindar una respuesta en las primeras 72 horas después de recibida la solicitud o la institución pasará a la línea de atención de la mesa de ayuda de la ONCAE.	
NOMBRE:	
TELÉFONO:	
CARGO:	
No. DE IDENTIDAD:	
CELULAR	
E-MAIL:	

**POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMATO ES AUTÉNTICA Y PROPORCIONADA POR LOS PROVEEDORES.**