

Tegucigalpa, M. D. C. 28 de diciembre del 2020

Señor

Oscar Daniel Valladares

Representante Legal

DISTRUBUCIONES BIOMÉDICOS S. DE R.L. (DIBIOMED)

RTN: 08019016882927

Su oficina

OFICIO ONCAE-DIR-1644-2020
Referencia: Notificación Electrónica
Catálogo Electrónico de Emergencia

Estimado Señor Valladares:

Conforme al Proceso **Catálogo Electrónico de Emergencia PCM-005-2020 Inclusión 8va de P&P**, esta Oficina Normativa tiene a bien informar que esta notificación representa una preselección de los productos ofertados en el portal de HonduCompras2.

Su oferta se encuentra condicionada de conformidad al Informe de selección del **Catálogo Electrónico de Emergencia PCM-005-2020 Inclusión 8va de P&P**; para continuar con el proceso de selección deberá presentar la siguiente documentación:

- 1.1. Formulario de Escalamiento de Atención;
- 1.2. Adjuntar Fotografías en Formato JPG 200x200 Pixeles;
- 1.3. De conformidad al requerimiento No. 13 del Aviso Importante de fecha 11 de noviembre de 2020 "Autorización del fabricante de las marcas a ofertar", se ha identificado que el Informe de Clasificación por Riesgo Sanitario presentado es a nombre de la Sociedad Mercantil: **DISPOSITIVOS MEDICOS HOPITALARIOS S. DE R.L.**, en tal sentido, la empresa **DIBIOMED** deberá acreditar la Autorización de dicha empresa, para la comercialización de este producto.

La información arriba detallada deberá ser presentada a esta Oficina Normativa en un lapso no mayor de 10 días hábiles, en caso contrario se descalificarán los ítems correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted manifestándole las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,


DIRECCION
ONCAE
OFICINA NORMATIVA DE
ING. Sofia Carolina Romero
DIRECTORA ONCAE
COMPRAS Y ADQUISICIONES DEL
ESTADO

Cc Archivo: A.V.

ONCAE-DIR-1644-2020

1



Centro Cívico Gubernamental, Bulevar
Fuerzas Armadas, contiguo a Chiminike



info.oncae@scgg.gob.hn



(+504) 2240-1470 al 74

Declaration of Conformity

Certificate No.:EU2020006

Manufacturer:

Genrui Biotech Inc.

4-10F, Building 3, Geya Technology Park, Guangming District, 518106, Shenzhen, China.

Tel: +86 755 26835560

Fax: +86 755 26678789

European Representative:

Wellkang Ltd.

16 Castle St, Dover, CT16 1PW, UK

Product Name:

New Coronavirus (2019-nCoV) IgG/IgM Test Kit (Colloidal gold)

Model:

25T/kit, 50T/kit

Classification:

Others device, not in annex II and not for self-testing, not for performance evaluation.

Conformity Assessment Route:

IVDD 98/79/EC Annex III (excludes section 6)

We herewith declare under sole responsibility that the above mentioned products meet the provisions of the Council Directive 98/79/EC on in vitro diagnostic medical devices.

General Applicable Directive:

Directive 98/79/EC of the European Parliament and of the Council of 27 October 1998 on in vitro diagnostic medical devices.

Standards Applied:

EN ISO13485:2016

EN ISO 23640:2015

EN ISO 14971:2012

EN ISO 18113-1:2011

EN ISO 15223-1:2016

EN 13975:2003

EN 14136:2004

EN ISO 18113-2:2011

EN ISO 17511:2003

						Valor total
						245.00
Referencia	Código CUBS	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario	Valor total
1	42312201	GUANTE DESCARTABLE TAMAÑO SMALL/PEQUEÑO	1.00	UN	0.00	0.00
2	42312201	GUANTE DESCARTABLE TAMAÑO MEDIUM/MEDIANO	1.00	UN	0.00	0.00
3	42312201	GUANTE DESCARTABLE TAMAÑO LARGE/GRANDE	1.00	UN	0.00	0.00
4	42312201	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 6	1.00	UN	0.00	0.00
5	42312201	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 6.5	1.00	UN	0.00	0.00
6	42312201	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 7	1.00	UN	0.00	0.00
7	42312201	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 7.5	1.00	UN	0.00	0.00
8	42312201	GUANTE ESTÉRIL TAMAÑO NO. 8	1.00	UN	0.00	0.00
9	42130000	BATA DESCARTABLE	1.00	UN	0.00	0.00
10	42130000	BOTA DESCARTABLE	1.00	UN	0.00	0.00
11	42130000	MASCARILLA CON VISOR	1.00	UN	0.00	0.00
12	42130000	GORRO DESCARTABLE PARA VARÓN	1.00	UN	0.00	0.00
13	42130000	GORRO DESCARTABLE PARA MUJER	1.00	UN	0.00	0.00
14	42130000	OVEROL DESECHABLE CON CAPUCHA	1.00	UN	0.00	0.00
15	46180000	GAFAS PROTECTORAS USO HOSPITALARIO	1.00	UN	0.00	0.00
16	41100000	KIT DE PRUEBAS RAPIDAS DE MALARIA	1.00	UN	0.00	0.00
17	41100000	KIT DE PRUEBAS RAPIDAS ANTI-DENGUE	1.00	UN	0.00	0.00
18	41100000	KIT DE PRUEBA RAPIDA ANTI-SARS-COV-2 Me: Precio por unidad. Presentacion en caja de 25 unidades.	1.00	UN	245.00	245.00
19	41100000	OXÍMETRO DE PULSO	1.00	UN	0.00	0.00
20	41100000	KIT DE PRUEBA DE AJUSTE.	1.00	UN	0.00	0.00
21	41100000	KIT BÁSICO ACTIVIDADES DE CAMPO	1.00	UN	0.00	0.00
22	41100000	KIT BÁSICO ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (BACK OFFIC)	1.00	UN	0.00	0.00
23	41100000	KIT BÁSICO ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (FRONT OFFICE)	1.00	UN	0.00	0.00
24	41100000	MASCARILLAS KN95 (NO DE USO HOSPITALARIO)	1.00	UN	0.00	0.00
25	41100000	MASCARILLA DESCARTABLE	1.00	UN	0.00	0.00
26	41100000	MASCARILLA N95	1.00	UN	0.00	0.00
27	41100000	PROTECTOR FACIAL.	1.00	UN	0.00	0.00
28	12140000	COLOR GRANULADO 1 KG	1.00	UN	0.00	0.00
29	12140000	COLOR EN LIQUIDO DE UN GALON	1.00	UN	0.00	0.00
30	47130000	ALCOHOL AL 70% DE 10000 ML	1.00	UN	0.00	0.00
31	47130000	AMONIO CUATERNARIO GRADO DE 5 GENERACION GALON	1.00	UN	0.00	0.00
32	41100000	TERMÓMETRO INFRARROJO	1.00	UN	0.00	0.00
33	25170000	BOMBA TIPO MOCHILA	1.00	UN	0.00	0.00
34	42271802	TERMONEBULIZADOR	1.00	UN	0.00	0.00
35	47130000	GEL ANTIBACTERIAL BOLSA DE 240 ML	1.00	UN	0.00	0.00
36	47130000	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 30 ML	1.00	UN	0.00	0.00
37	47130000	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 50 ML	1.00	UN	0.00	0.00
38	47130000	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 100 ML	1.00	UN	0.00	0.00
39	47130000	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 150 ML	1.00	UN	0.00	0.00
40	47130000	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL	1.00	UN	0.00	0.00



LICENCIA SANITARIA

HN-LED-0818-0002

AUTORIZADA PARA:
PARA IMPORTAR, ALMACENAR, DISTRIBUIR Y COMERCIALIZAR
INSUMOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **DISTRIBUIDORES BIOMEDICOS, S. DE R.L. (DIBIOMED)**
NOMBRE DEL PROPIETARIO: **DISTRIBUIDORES BIOMEDICOS, S. DE R.L. (DIBIOMED)**
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: **COL. MIRAFLORES, CENTRO COMERCIAL MIRAMONTES, LOCAL #12, TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: **OSCAR DANIEL VALLADARES**
FECHA DE EMISIÓN: **24 DE AGOSTO DEL 2018**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO	
24/08/2024	


R. FRANCIS RAFAEL CONTRERAS
COMISIONADO PRESIDENTE

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

*Calle Los Alcaldes, frente al City Mall, www.arsa.gob.hn
Comayagüela, Honduras, Centroamérica*





ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL

No. A 180148

Permiso No:151001
Declaracion No:182898
Fecha de emisión:9/3/2020
Fecha de vencimiento:31/12/2020

PERMISO DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en el reglamento que institucionaliza el proceso de emisión y obtención del permiso de operación simplificado, se le otorga el presente permiso a:

DIBIOMED

Ciudad: 302-TEGUCIGALPA
Barrio o Colonia: 0407-SAN CARLOS
Clave Catastral: 04-0137-004
Dirección: COL, SAN CARLOS EDIFICIO LOS CASTAÑOS 6TO PISO
RTN o Identidad: 08019016882927
No. de Negocio: ICS-108621

CONTRIBUYENTE:

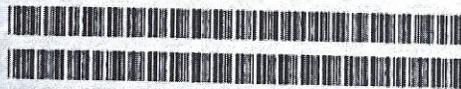
DISTRIBUIDORES BIOMEDICOS S DE RL

ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S) AUTORIZADA(S)
970109 - COMPRA Y VENTA PRODUCTOS MEDICOS

IMPORTANTE: El incumplimiento de lo aquí autorizado, dará lugar a la suspensión o cancelación del presente acto administrativo; así como a la aplicación de las demás sanciones establecidas en la normativa municipal vigente.


FIRMA AUTORIZADA


FIRMA AUTORIZADA



HLOG0-0000-062E-MCHM-3BYF-S180-0000-0000-OJDU0

La mora en sus tributos municipales, puede dar lugar al cierre del establecimiento comercial

Exhibir este permiso en un lugar visible del establecimiento y presentarlo cuando lo solicite la Autoridad Municipal

INFORME DE CLASIFICACIÓN POR RIESGO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

La Agencia de Regulación Sanitaria y la Dirección De Dispositivos Médicos y Otros Dispositivos de Interés Sanitario, en uso de sus facultades que la ley le confiere, con fecha: **20 DE ABRIL DEL AÑO 2020** y No. de expediente de clasificación: **ARSA-0420-CDM-0042**, resuelve conceder el trámite de Clasificación por Riesgo al Dispositivo Médico(s) descrito(s) a continuación:

DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO	
Dispositivo Médico (s)	Nombre del Producto: 2019-NCOV LGG/LGM / NOVEL CORONAVIRUS (2019-NCOV) LGG/LGM TEST KIT (COLLOIDAL GOLD) . Nombre Genérico: PRUEBA DE DIAGNOSTICO IN VITRO PARA LA DETECCIÓN DE COVID-19 Código internacional: GMDN, 50298 Titular del producto: GENRUI BIOTECH INC./CHINA Fabricante: GENRUI BIOTECH INC./CHINA
Presentación Comercial	CAJA DE CARTÓN CONTENIENDO UN KIT DE 2019-NCOV LGG/LGM / NOVEL CORONAVIRUS (2019-NCOV) LGG/LGM TEST KIT (COLLOIDAL GOLD) . Forma de Presentación: KIT Empaque Secundario y Primario: CAJA DE CARTÓN / BOLSA DE PLÁSTICO
Información del solicitante	Sociedad o Empresa: DISPOSITIVOS MEDICOS HOPITALARIOS S. DE R.L. Representante Legal: LUCIO ALBERTO ORTEGA FU
Otros	Observaciones: LA APLICACIÓN Y USO DE LA PRUEBA AUTORIZADA SERA SEGÚN LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD

Con base en la combinación de criterios tales como, duración del contacto con el cuerpo, grado de invasión y efecto local contra efecto sistémico, se clasifica el Dispositivo Médico antes descrito de la siguiente manera:

CLASE III: SON LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE MUY ALTO RIESGO SUJETOS A CONTROLES ESPECIALES, DESTINADOS A PROTEGER O MANTENER LA VIDA O PARA USO DE IMPORTANCIA SUSTANCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE LA SALUD HUMANA, O SI SU USO PRESENTA UN RIESGO POTENCIAL DE ENFERMEDAD O LESIÓN.

Vigente hasta:
20 DE OCTUBRE DEL 2020

En virtud del Estado de Emergencia Sanitaria por Coronavirus (COVID-19) declarado mediante Decreto Ejecutivo PCM-005-2020, esta certificación es de carácter temporal y estará vigente por el término que dure la Emergencia Sanitaria y hasta por sesenta (60) días hábiles; a partir del primer día hábil, una vez terminado el Estado de Emergencia Sanitaria. Período en el cual Usted deberá adjuntar la presente autorización y completar la documentación en original para presentarla en la ARSA y en caso de no hacerlo la autorización quedará cancelada.

La emisión del presente certificado y la impresión en soporte físico es una reproducción del documento original que se encuentra en formato electrónico, cuya representación digital goza de plena autenticidad, integridad y no repudio; lo anterior con fundamento

El INFORME DE CLASIFICACION POR RIESGO aquí autorizado podrá en cualquier momento ser cancelado si el producto resulta ser nocivo o no-seguro en las condiciones normales de uso; que se haya demostrado que el producto no es terapéuticamente eficaz; cuando se demuestre que el producto no tiene la composición cuantitativa o cualitativa autorizada o cuando se incumplan las garantías de calidad y estabilidad establecidas en las especificaciones del fabricante o cuando el producto se comercialice en condiciones diferentes con las que fue aprobado.

DRA. EVELIN HERNÁNDEZ
DIRECTORA DISPOSITIVOS MÉDICOS
Y OTROS DISPOSITIVOS DE INTERÉS SANITARIO



Declaración Jurada de Certificación del Órgano Societario CERTIFICACIÓN

Yo Oscar Daniel Valladares mayor de edad, estado civil (casado/soltero) profesión Médico con nacionalidad Hondureña con domicilio en Tegucigalpa, F.M. y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. 0801-1966-02763 en mi condición de Gerente General de la Sociedad Mercantil Distribuidores Biomédica, DECLARO QUE: El capital suscrito y pagado de esta sociedad de capital L5,000.00 y de conformidad a lo dispuesto en la Escritura Número 1204 de Constitución, de fecha 15 de Julio de 2016, otorgada por el Notario Peir Galeb Ariles, debidamente inscrita bajo Asiento Número 255335 y Tomo Número 35209 del Registro de Comerciantes Sociales que se lleva en el Instituto de la Propiedad del Departamento de Tegucigalpa, Francisco Morazan, es de 5,000.00 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
<u>Oscar Daniel Valladares Rodriguez</u>	<u>Hondureña 0801-1966-02763</u>	<u>Tegucigalpa</u>	<u>Partes Sociales</u>	<u>50%</u>
TOTAL, DE ACCIONES:				<u>50%</u>

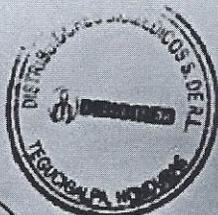
CUADRO PARA LLENAR POR LAS SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA:

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
<u>Carlos Andres Hernandez Alcantara</u>	<u>Hondureña 0903-1994-00977</u>	<u>Tegucigalpa</u>	<u>Partes Sociales</u>	<u>50%</u>
TOTAL, PARTES SOCIALES:				<u>50%</u>

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 Inclusión de P&P, se extiende la presente declaración en la ciudad de Tegucigalpa, del Departamento de Francisco Morazan a los 16 días del mes de Noviembre del año 2016.

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 Oscar Daniel Valladares Rodriguez, mayor de edad, de estado civil soltero, de nacionalidad hondureña, con domicilio en Tegucigalpa, Francisco Morzán y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. 0801-1966-02763 actuando en mi condición de Representante Legal de Distribuidores Biomedicos S. de R. L. 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
1	New Coronavirus (2019-nCoV) IgG/IgM Test Kit (Colloidal gold)	X		Genri Biotech	25T/KIT	6,0000.00

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 proceder a dar de baja permanente a toda la oferta presentada, en virtud de haber contravenido, mi representada, la presente declaración.

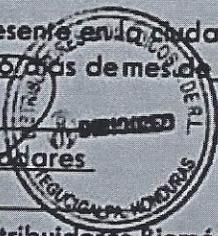
En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morzán, a los 16 días del mes de Noviembre de 2020.

Firma: _____

Nombre: Oscar Daniel Valladares Rodriguez

Nombre de la empresa: Distribuidores Biomedicos

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



Declaración Jurada sobre cumplimiento de Registro Sanitario

Yo Oscar Daniel Valladares Rodriguez, mayor de edad, de estado civil soltero, de nacionalidad hondureña, con domicilio en Tegucigalpa, Francisco Morazán y con Tarjeta de Identidad No. 0801-1966-02763 actuando en mi condición de Representante Legal de Distribuidores Biomédicos S. de R. L., 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 Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán, a los 16 días de mes de noviembre de 2020.

Firma: _____

Nombre: Oscar Daniel Valladares

Rodriguez

Nombre de la empresa: Distribuidores Biomédicos S. de R. L.

Este formulario deberá venir debidamente firmado por el Representante Legal

Anexo 2 DOCUMENTACIÓN

Formulario de participación

No ítem	Producto	Cumple	No cumple	Marca	Modelo	Casa productora	País de origen	Precio	Exento
1	New Coronavirus (2019-nCoV) IgG/IgM Test Kit (Colloidal gold)	SI		Genm Biotech	25T/KIT	Genm Biotech	China	L.245.00	SI

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: Oscar Daniel Valladares

Rodriguez

Nombre de la empresa: Distribuidores Biomedicos S. de R. L.

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 Oscar Daniel Valladares Rodríguez, mayor de edad, estado civil soltero, profesión Médico, con nacionalidad hondureña, con domicilio en Tegucigalpa, M. D. C., y con Tarjeta de Identidad No. 0801-1960-02763 en mi condición de Gerente General, de la Sociedad Mercantil Distribuidores Biomedicos S. de R. L., DECLARO QUE: El capital suscrito y pagado de esta sociedad de capital L 5,000.00, y de conformidad a lo dispuesto en la Escritura Número 1204 de constitución, de fecha 15 de julio del 2016, otorgada por el Notario Devir Caleb Avilez Jeronimo, debidamente inscrita bajo Asiento Número 255335 y Tomo Número 35209 del Registro de Comerciantes Sociales que se lleva en el Instituto de la Propiedad del Departamento de Tegucigalpa, Francisco Morazán, es de 5,000.00 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
Oscar Daniel Valladares Rodríguez	Hondureña 0801-1966-02763	Tegucigalpa, M. D. C.	Partes Sociales	50%
TOTAL, DE ACCIONES: <u>50%</u>				

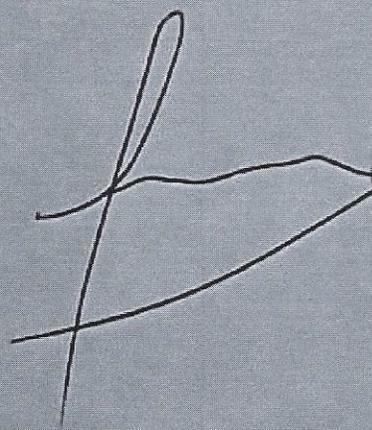
CUADRO PARA LLENAR POR LAS SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA:

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
Carlos Andres Hernandez Alcantara	Hondureña 0703-1994-00797	Tegucigalpa, M.D.C.	Partes Sociales	50%
TOTAL, PARTES SOCIALES: <u>50%</u>				

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 Inclusión de P&P, se extiende la presente declaración en la ciudad de Tegucigalpa, del Departamento de Francisco Morazán, a los 16 días del mes de noviembre del año 2020.

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




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
1	New Coronavirus (2019-nCoV) IgG/IgM Test Kit (Colloidal gold)	Genrui Biotech	SI	CHINA	8 meses en el mercado nacional	http://www.genrui-bio.com/

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 Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazan, a los 16 días de mes de Noviembre de 2020.

Firma: _____

Nombre: Oscar Daniel Valladares

Rodriguez

Nombre de la empresa: Distribuidores Biomédicos S. de R. L.



Este formulario deberá venir debidamente firmado por el Representante Legal

Declaración Jurada sobre prohibiciones o inhabilidades

Yo Dsca. Daniel Valladares, mayor de edad, de estado civil soltero, de nacionalidad Hondureña, con domicilio en Tegucigalpa y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. 0001-1966-02963 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) Distribuidora Biomedicos, 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 Inclusión Bva que suscribamos con la ONCAE. PSP
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 16 del mes Noviembre del año 2020 [indicar la fecha de la firma]

Firma: _____



Nombre: Representante Legal Oscar Daniel Vallabores Rodriguez

Cargo: Gerente General