

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 en apoyo a la transparencia de las compras de emergencia a través del Catálogo Electrónico PCM-005-2020, se les comunica:

A todos los proveedores interesados en participar en el “**CATÁLOGO ELECTRÓNICO DE EMERGENCIA - PCM-005-2020**”, que a partir del martes 26 de mayo del 2020 se estarán incorporando productos y proveedores para formar parte de este Catálogo Electrónico, el cual se encontrará disponible 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.

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 **PCM-005-2020 INCORPORACIÓN PROVEEDORES** conteniendo la siguiente información:

1. Formulario de participación;
2. Declaración Jurada de cumplimiento y mantenimiento de especificaciones técnicas;
3. Declaración Jurada sobre cumplimiento de Registro Sanitario;
4. Declaración Jurada de Marcas
5. Formulario de Escalamiento de Atención de proveedor;
6. Registro Sanitario de los productos a participar;
7. Permiso de operación;
8. Licencia Sanitaria; y,
9. Adjuntar Fotografías en formato JPG.

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.

Con la finalidad de mantener oferta en el catálogo Electrónica se estará realizando un proceso semanal el cual se difundirá en la plataforma HonduCompras 2.0 para incluir proveedores y productos nuevos.

OFICINA NORMATIVA DE CONTRATACIÓN Y ADQUISICIONES DEL ESTADO ONCAE

Tegucigalpa M. D. C, 26 de mayo del 2020

Se adjunta: Anexo No. 1 y 2.

ANEXO 1

ÍTEM	PRODUCTO
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	GEL ANTIBACTERIAL BOLSA DE 240 ML
11	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 30 ML
12	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 50 ML
13	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 100 ML
14	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 150 ML
15	FRASCO DE GEL ANTIBACTERIAL 200 ML
16	GEL ANTIBACTERIAL BOLSA DE 1000 ML PARA DISPENSADOR
17	GEL ANTIBACTERIAL 1 GALÓN (PARA DISPENSADOR)
18	JABÓN LÍQUIDO BOLSA DE 240 ML
19	JABÓN LÍQUIDO BOLSA DE 1000 ML
20	JABÓN LÍQUIDO 1 GALÓN (PARA DISPENSADOR)
21	BATA DESCARTABLE
22	BOTA DESCARTABLE
23	MASCARILLA CON VISOR
24	MASCARILLAS N95
25	GORRO DESCARTABLE PARA VARÓN
26	GORRO DESCARTABLE PARA MUJER
27	DISPENSADOR DE PAPEL INTERDOBLADO
28	DISPENSADOR DE PAPEL TOALLA
29	DISPENSADOR DE ACERO INOXIDABLE DE PARED PARA JABÓN DE MANOS
30	DISPENSADOR PLÁSTICO DE PARED PARA JABÓN DE MANOS
31	PAPEL TOALLA INTERDOBLADO PARA DISPENSADOR (CAJA DE 16 UNIDADES)
32	PAPEL TOALLA INTERDOBLADO PARA DISPENSADOR (CAJA DE 20 UNIDADES)
33	PAPEL TOALLA JUMBO ROLL PARA DISPENSADOR (CAJA DE 6 ROLLOS)
34	BOLSAS ROJAS PLÁSTICAS DE ALTA DENSIDAD DE 18" X 24" (FARDO - USO HOSPITALARIO)
35	BOLSAS ROJAS PLÁSTICAS DE ALTA DENSIDAD DE 24" X 32" (FARDO - USO HOSPITALARIO)
36	CUBETA PARA HOSPITAL DE ACERO INOXIDABLE DE 12 LITROS)
37	GAFAS PROTECTORAS

EQUIPO	
38	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 7 PARAMETROS ADULTO
39	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 7 PARAMETROS PEDIATRICO
40	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 6 PARAMETROS ADULTO
41	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 6 PARAMETROS PEDIÁTRICO
42	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 8 PARAMETROS ADULTO
43	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 8 PARAMETROS PEDIÁTRICO
44	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 9 PARAMETROS/BIS ADULTO
45	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 9 PARAMETROS/BIS PEDIÁTRICO
46	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE TRANSPORTE ADULTO
47	MONITOR DE SIGNOS VITALES DE TRANSPORTE PEDIÁTRICO
48	VENTILADORES MECÁNICOS ADULTO
49	VENTILADORES MECÁNICOS PEDIATRICO
50	VENTILADORES MECÁNICOS ADULTO, CON ALTO FLUJO
51	VENTILADORES MECÁNICOS PEDIATRICO, CON ALTO FLUJO
52	MÁQUINA DE ANESTESIA
53	MÁQUINA DE ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD
54	TERMO NEBULIZADOR
55	VENTILADOR MECANICO PULMONAR DE ALTA ESPECIALIDAD PARA PACIENTES PEDIATRICOS Y ADULTO
56	SISTEMA DE RX DIGITALIZADO, COMPUTADORA DIGITALIZADORA 17X17 PULGADAS, IMPRESORA DRY IMAGER HU.Q; Y,
57	SISTEMA DE RX PORTÁTIL DIGITAL.
ABARROTERÍA	
58	LATA DE SARDINAS EN SALSA DE TOMATE 15 OZ
59	LATA DE MAÍZ DULCE 400 G
60	LATA DE MELOCOTÓN EN ALMÍBAR 800 G
61	LATA DE CÓCTEL DE FRUTAS EN ALMÍBAR 800 G
62	LATA DE VEGETALES MIXTOS 400 G
63	LATA DE CHAMPIÑONES 400 G
64	FILM ALIMENTICIO 12X2000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 4 UNIDADES.
65	FILM ALIMENTICIO 18X2000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 4 UNIDADES.
66	FILM ALIMENTICIO 12X5000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 2 UNIDADES.
67	FILM ALIMENTICIO 15X5000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 2 UNIDADES.
68	FILM ALIMENTICIO 18X5000 PIES PRESENTACIÓN CAJA DE 2 UNIDADES.
RECOLECCIÓN DE MUESTRAS	
69	CAJAS DE EMBALAJE TRIPLE
70	MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL
71	CAJAS DE CONTENEDORES PARA OBJETOS PUNZOCORTANTES
72	MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL CON HISOPO

TRATAMIENTO DE APOYO	
73	CONCENTRADORES DE OXÍGENO.
74	(CONCENTRADOR DE OXÍGENO) DIVISOR DE CAUDAL.
75	TUBO DE OXÍGENO, EXTENSIÓN.
76	PUNTAS DE OXÍGENO, NASAL, NO ESTÉRIL, DE UN SOLO USO.
77	OXÍMETRO DE PULSO
78	LARINGOSCOPIO
79	CONJUNTO DE DEPRESORES DE ACERO INOXIDABLE
80	TUBO ENDOTRAQUEAL, SIN MANGUITO
81	TUBO ENDOTRAQUEAL, CON MANGUITO
82	SOLUCIÓN DE LACTATO DE SODIO COMPUESTO.
83	JUEGO DE DONACIÓN DE INFUSIÓN.
84	PARACETAMOL
EQUIPO DE PROTECCIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA	
85	PROTECTOR FACIAL.
86	KIT DE PRUEBA DE AJUSTE.
87	RESPIRADOR DE PARTÍCULAS, GRADO N95 O SUPERIOR.
88	MÁSCARA MÉDICA
89	MÁSCARA, PACIENTE MÉDICO.
90	TÚNICAS EXFOLIANTES
91	PANTALONES EXFOLIANTES
92	DELANTAL DE ALTO RENDIMIENTO / PESADO
93	BOLSA BIO-PELIGROSA
94	CAJA DE SEGURIDAD
95	SERVILLETA PARA SECAR LAS MANOS
96	COLORO
97	OVEROL DESECHABLE CON CAPUCHA

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 por el Representante Legal

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 10 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: _____

Este formulario deberá venir debidamente firmado por el Representante Legal

Formulario de Escalamiento de Atención del Proveedor

GENERALES	
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	NÚMERO DE CONVENIO MARCO:
DATOS DEL PROVEEDOR	
DIRECCIÓN:	
COLONIA:	
AVENIDA:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
NO. DE CASA:	
CIUDAD:	
TELÉFONOS:	
DATOS DE LAS PERSONAS 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.