

DOCUMENTO DE LICITACIÓN PRIVADA

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

LICITACIÓN PRIVADA N° LP-003-2024

“ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE”

Fuente de Financiamiento:

Fondos propios IHSS

Tegucigalpa, Julio de 2024



ÍNDICE

DOCUMENTO DE LICITACIÓN PRIVADA.....	1
SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES.....	4
IO-01 CONTRATANTE	4
IO-02 TIPO DE CONTRATO.....	4
IO-03 OBJETO DEL CONTRATO	4
IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS	4
IO-05 PRESENTACIÓN DE OFERTAS.....	4
IO-05.1 CONSORCIO	5
IO-05.2 DECLARACION DE PROCESOS DESIERTOS O FRACASADOS.....	5
IO-06 VIGENCIA DE LAS OFERTAS.....	6
IO-07 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA	6
IO-08 PLAZO DE ADJUDICACION	6
IO-09 DOCUMENTOS A PRESENTAR.....	6
09.1 Documentación Legal.....	6
09.2 Información Financiera	8
09.3 Información Técnica.....	8
09.4 Información Económica	11
DOCUMENTOS NO SUBSANABLES (DNS)	11
09.5 Documento que deben presentarse antes de la Firma del contrato.....	11
IO-10 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE LICITACIÓN PRIVADA	12
IO-10.1 ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACION PRIVADA LP-003-2024	12
IO-11 EVALUACION DE OFERTAS.....	12
FASE I, Verificación Legal.....	12
FASE II, Evaluación Financiera.....	14
FASE III, Evaluación Técnica	15
FASE IV. Evaluación Técnica Física (NO APLICA).....	19
FASE V. Evaluación Económica.....	19
IO-12 ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES.....	19
IO 12.01 CRITERIOS PARA DESCALIFICACIÓN OFERENTES.....	20
IO-13 ADJUDICACION DEL CONTRATO.....	20
IO-14 NOTIFICACION DE ADJUDICACION DEL CONTRATO	21
IO-15 FIRMA DE CONTRATO.....	21
SECCIÓN II - CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	22
CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.....	22
CC-02 PLAZO CONTRACTUAL	22
CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO	22
CC-04 LUGAR DE ENTREGA DEL SUMINISTRO.....	22
CC-05 PLAZOS Y CANTIDADES DE ENTREGA DEL SUMINISTRO.....	22

CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN.....	22
CC-07 GARANTÍAS	23
GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	23
GARANTÍA DE CALIDAD	23
CC-08 FORMA DE PAGO	23
CC-09 MULTAS.....	24
SECCIÓN III - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	25
SECCIÓN IV – FORMULARIOS Y FORMATOS.....	26
LISTA DE PRECIO.....	27
Formulario de Información sobre el Oferente.....	28
Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio (Cuando Aplique)	29
Formulario de Presentación de la Oferta.....	30
Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidades.....	32
Formulario de Declaración Jurada sobre La Ley Especial Contra el Lavado de Activos	34
Formulario Declaración Jurada de Integridad.....	36
Formulario de garantía mantenimiento de oferta.....	38
FORMATO [GARANTIA/FIANZA] DE CUMPLIMIENTO	39
GARANTÍA DE CALIDAD	41
DECLARACIÓN JURADA	42
Autorización del Fabricante	43
SOLICITUD DE FECHA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN CENTRAL.....	44
FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCARIO.	45
CONTRATO	46
CARTA DE INVITACIÓN	51

SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

IO-01 CONTRATANTE

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), tiene por objeto la “ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE.

IO-02 TIPO DE CONTRATO

Como resultado de este proceso de licitación privada, se podrá otorgar un contrato de suministro, entre el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el licitante ganador.

IO-03 OBJETO DEL CONTRATO

El objeto del contrato es la “ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE”.

IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán presentarse en idioma español, incluso información complementaria como catálogos técnicos (cuando aplique), etc. En caso de que la información complementaria esté escrita en idioma diferente al español, deberá acompañarse con la debida traducción de la Secretaría de Estado en los Despachos de Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional.

IO-05 PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas físicas y digitales se presentarán en el salón de sesiones de Invalidez Vejez y Muerte (IVM) del IHSS, ubicado en el Barrio Abajo, costado Oeste del Edificio Administrativo, el día XXX y serán recibidas por la comisión de apertura en horario de 8:00 a.m. a hasta las 10:00 a.m., hora oficial de la República de Honduras.

El oferente deberá presentar un (1) original y una (1) copia legible conteniendo el mismo número de páginas que el original; Todas las páginas que comprenden la oferta deberán ser foliadas y firmada por el Oferente o por quien tenga su representación Legal, encuadernados o en carpetas Leitz y foliadas sin contener hojas sueltas. Las páginas que son elaboradas por el Oferente según los formatos de oferta de estas bases y las declaraciones juradas solicitadas deberán tener la firma completa, las demás páginas de la oferta podrán tener únicamente la firma corta, de la persona que firma la oferta. **Además de las copias en físico, deberá proporcionar una copia digital en formato PDF en una memoria USB,** estas ofertas electrónicas adjuntas deberán estar debidamente escaneadas y firmadas por el representante legal).

Los sobres deberán ser rotulados de la siguiente manera:

Primer Sobre: Contendrá el original y una copia de la Oferta Económica y Financiera y será rotulado “Oferta Económica y Financiera” y cada expediente rotular o indicar si es ORIGINAL o COPIA.

Segundo Sobre: Contendrá el original y una copia de la Documentación Legal y será rotulado:

“Documentación Legal” y cada expediente rotular o indicar si es ORIGINAL o COPIA

Tercer Sobre: Contendrá el original y una copias de la Oferta Técnica y será rotulado “Documentación Técnica” y cada expediente rotular o indicar si es ORIGINAL o COPIA

Los sobres 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.

Esquina Superior:

- Izquierda: Nombre del oferente y su dirección completa
- Derecha: Fecha de Apertura

Esquina Inferior:

Izquierda: Oferta de Licitación Privada No LP-003-2024: ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE.

Derecha: “Oferta Económica”, “Documentación Legal y Técnica”, respectivamente

Nota:

- Para efectos de control y seguridad de los oferentes, la totalidad de los documentos deberán presentarse foliados.
- El acta de recepción y apertura de ofertas será publicada en el sistema HonduCompras y en el portal de transparencia del IHSS.

IO-05.1 CONSORCIO

Las empresas constituidas como Consorcio presentarán una sola Oferta, como miembro de un Consorcio. Todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunadas 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.

IO-05.2 DECLARACION DE PROCESOS DESIERTOS O FRACASADOS.

Desierto: cuando no hubiera ofertas presentadas

Declarará fracasado el proceso cuando:

- 1) Cuando se hubiere omitido alguno de los requisitos esenciales establecidos en esta Ley o en las disposiciones reglamentarias;
- 2) Cuando las ofertas no se ajusten a los requisitos esenciales establecidos en el Reglamento o en el Pliego de condiciones;
- 3) Cuando se comprobare que ha existido colusión;



Declarada desierta o fracasada la Licitación Privada se procederá a un nuevo proceso, según la Ley de Contratación del Estado.

Nota : Se procederá al análisis, evaluación y recomendación de adjudicación con un (1) oferente como mínimo que se presenten, siempre y cuando cumplan con toda la documentación legal, técnica y especificaciones y condiciones técnicas solicitadas en las bases de licitación privada.

IO-06 VIGENCIA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de ciento cincuenta (150) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación y apertura de las ofertas.

No obstante, en casos calificados y cuando fuere estrictamente necesario, **el órgano contratante podrá solicitar la ampliación del plazo a todos los proponentes, siempre que fuere antes de la fecha prevista para su vencimiento. Si se ampliare el plazo de vigencia de la oferta, deberá también ampliarse el plazo de garantía de mantenimiento de oferta.**

IO-07 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente por lo menos al 2% de su valor.

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público

La garantía deberá tener una vigencia de ciento cincuenta (150) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación y apertura de las ofertas.

IO-08 PLAZO DE ADJUDICACION

La adjudicación del contrato al licitante ganador se notificará dentro de los (90) días calendario contados a partir de la fecha de presentación de las ofertas.

IO-09 DOCUMENTOS A PRESENTAR

Cada oferta deberá incluir los siguientes documentos:

09.1 Documentación Legal

- 1) Fotocopia legible de la escritura de Constitución de la Sociedad y sus reformas debidamente inscrita en el Registro correspondiente **(Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).**
- 2) Fotocopia legible del Poder del Representante legal actual de la empresa, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar, representando a la empresa en el proceso de Licitación Privada, debidamente inscrito en el Registro. **(Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).**

- 3) Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal actual de la empresa. **(Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).**
- 4) Fotocopia de RTN del oferente y del Representante Legal actual de la empresa. **(Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).**
- 5) Fotocopia de Constancia de Solvencia Municipal vigente a la fecha de apertura de las ofertas, extendida por la Alcaldía Municipal de su domicilio del oferente y de su representante legal actual de la empresa **(Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).**
- 6) Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendido por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa **(Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).**
- 7) Declaración Jurada original firmada por el Representante Legal (actual) de la empresa, sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado de Honduras **(auténtica de firma de acuerdo al código del notariado).**
- 8) Declaración Jurada original firmada por el Representante Legal (actual) de la empresa que actuará con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo (Ver anexo) **(auténtica de firma de acuerdo al código del notariado).**
- 9) Declaración Jurada original firmada por el Representante Legal (actual) de la empresa de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos **(auténtica de firma de acuerdo al código del notariado).**
- 10) Constancia Original de solvencia por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), de encontrarse al día en el pago de sus aportaciones o contribuciones, extendida por la Secretaria General. **De no tenerla deberá presentar fotocopia de constancia que está en trámite (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado) y presentar constancia original a la firma del contrato.**
- 11) Constancia Original de Autorización para que el Instituto pueda verificar la documentación presentada con los emisores esta debe extenderse en papel membretado del oferente.
- 12) Constancia original vigente emitida por la Secretaría General del Ministerio Público, o constancia que se encuentra en trámite, en la cual se exprese que sus socios y, representante legal NO están sujetos a procesos de investigación en la Fiscalía Especial Contra el Crimen Organizado (FESCO), en la Fiscalía Especial para la Transparencia y Combate a la Corrupción Pública (FETCCOP) y en la Unidad Fiscal Especializada Contra Redes de Corrupción (UFERCO). (Con una vigencia de 6 meses de su emisión). **(En caso de presentar fotocopia de constancia que está en trámite, debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado, presentar la original al momento de la firma del contrato).**
- 13) Fotocopia de Constancia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE o constancia de que está en trámite la misma. **De no tenerla deberá**

presentarla a la firma del contrato. (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).

Nota:

- Todos los documentos que se presenten en fotocopia deberán ser debidamente autenticados de acuerdo al Código del Notariado vigente. Todas las declaraciones juradas deberán ser presentadas en original y debidamente autenticadas de acuerdo al código del notariado vigente. Todas las solvencias, certificaciones, permisos deben estar vigente.
- La comisión, para efectos de la evaluación final y de acuerdo a la naturaleza de la contratación, podrá valorar la aceptación de constancias o certificaciones que se presenten en fotocopias, sin el certificado de autenticidad o apostillados en los casos que se requiera la emisión de documentos en el extranjero, debiendo los oferentes en caso de ser adjudicado y previo a la suscripción del contrato de conformidad al artículo 30 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, presentar de manera obligatoria los documentos requeridos con su correspondiente certificado de autenticidad o apostilla. Se exceptúan los documentos sustanciales y no subsanables.

09.2 Información Financiera

1. Constancias de Institución Bancaria acreditada en el país, en donde conste que tiene cuentas de ahorro o de cheques del 5% del monto total de la oferta. Debe reflejar saldos.
2. Constancia Bancaria que acredite una línea de crédito del 5% del monto ofertado.
3. Fotocopia de Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, de los dos (2) últimos años fiscales. **(Presentar auténtica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)** Cuando la auditoría no estuviese concluida, deberá presentar constancia de la firma auditora que indique que los estados financieros del año que antecede se encuentran en proceso de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales. (Art. 33 inciso b RLCE).

09.3 Información Técnica

REQUERIMIENTOS GENERALES:

1. **Especificaciones Técnicas Del Producto**, expresando:
 - a. Principio Activo en forma de BASE o SAL, en su caso
 - b. Forma Farmacéutica,
 - c. Concentración
 - d. Envase primario
2. Fotocopia legible y autenticada del **CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO O COPIA DE LA CONSTANCIA DE RENOVACIÓN DEL PRODUCTO** ofertado, emitido por la ARSA. **(Presentar auténtica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**
3. Copia del **CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA** debidamente AUTENTICADO.
 - a. Para productos importados: Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante del producto ofertado, (tipo OMS) extendido por la autoridad competente de regulación sanitaria del país de fabricación del producto o Certificado de Libre Venta (CLV) en el país de origen, vigente y emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado, debidamente apostillado o, en su defecto, Fotocopia del Certificado vigente de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS). **(Presentar auténtica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)**

4. **AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE** original, en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso según formato anexo. En caso de ser copia, deberá presentarse debidamente autenticada.
5. **DECLARACIÓN JURADA ORIGINAL POR REPOSICION**, debidamente autenticada y según formato anexo, donde el oferente se comprometen a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. Asimismo, reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.
6. Para medicamentos de origen **HEMODERIVADOS Y OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE ORIGEN HUMANO** se requiere:
 - a. Describir el manejo del plasma como materia prima incluyendo:
 - El estado reglamentario del proveedor del plasma
 - La Epidemiología de los donantes
 - Las pruebas de detección realizadas a la sangre/plasma
 - Las medidas de garantía de calidad
 - La cuarentena en el país de origen
 - El tamaño del lote (pool) del plasma
 - Las pruebas del lote (pool) del plasma
 - b. Describir el proceso de fabricación incluyendo:
 - Los métodos de fabricación cruciales y los controles relacionados con los mismos dentro del proceso de fabricación
 - Los modelos de inactivación / eliminación vírica
 - La consistencia de los procesos
 - Las especificaciones de la liberación de lotes
 - El tamaño del lote (pool) del plasma
 - Las pruebas del lote (pool) del plasma
 - c. El producto final incluyendo:
 - La potencia del producto y su periodo de validez
 - Otros mercados donde el producto se encuentre a la venta
 - La historia del producto
 - Los estudios clínicos que demuestren la eficacia del producto
 - d. Presentar evidencias de comercialización en el país de origen, debidamente apostilladas.

7. CARACTERÍSTICAS DE ENVASES

- a. **EMPAQUE/ENVASE PRIMARIO:** Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento y deberá cumplir con lo siguiente:
 - i. Debe ser inerte, aislar y proteger medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.
 - ii. Líquidos para USO PARENTERAL: deberá notarse claramente la marca para poder abrir las ampollas.
 - iii. Los envases primarios cuyas PRESENTACIONES SEAN FRASCOS, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal. Cualquier otro frasco que difiera de los antes indicados,

y que presente dudas respecto a exposición de la luz, deberá comprobarse con el respectivo estudio de estabilidad vigente para su aceptación.

- iv. Para los productos que requieren **CADENA DE FRÍO O ALMACENAMIENTO ESPECIAL** a una temperatura determinada, según disponga el fabricante, se deberá adjuntar la información sobre tales indicaciones que constarán en la orden de compra. Estos protocolos deberán mantenerse y comprobarse mediante dispositivos electrónicos empleados durante su almacenamiento y transporte, hasta su entrega efectiva en el lugar designado por el IHSS. De no ser así, el IHSS no se responsabiliza de su deterioro. El proveedor deberá indicar en su oferta técnica y al momento de solicitar cita al Almacén Central, si el medicamento requiere almacenamiento especial y será entregado en contenedores especiales (hieleras) con envase o sin envase terciario y cuaternario.
- b. **EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO:** Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario y deberá cumplir con lo siguiente:
 - i. El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina).
 - ii. El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
 - iii. Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.
- c. **EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO:** Se entiende como envase terciario, el recipiente exterior donde viene el envase secundario y será responsabilidad del proveedor, definir la estiba y las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto. Deberá ser de cartón u otro material resistente a la estiba (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina ni cartoncillo); de tal forma que facilite la manipulación, transporte y almacenamiento, sellado con cinta de embalaje u otros recursos necesarios que garanticen la integridad del contenido, conservación, transporte y almacenamiento, sin riesgo de daño, indicando el número de cajas que contiene y su tamaño debe ser congruente con el contenido.

8. CONDICIONES DEL ETIQUETADO:

Los interesados deberán presentar una carta de **ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO**, conforme al formato anexo. Todo medicamento deberá tener etiqueta en español en envase primario y secundario con los siguientes datos:

- a. Nombre comercial escrito de manera destacada, la cual puede ser una denominación común internacional o bien, un nombre de marca.
- b. Nombre completo del o los principios activos en su denominación común.
- c. Forma farmacéutica (tableta, ungüento, óvulos, capsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, etc.).
- d. Concentración de principio activo de la forma farmacéutica (porcentaje, mg, g, mEq, mg/mg/ml, mEq/dosis, etc.).
- e. Volumen de principio activo expresado en volumen/volumen, peso, peso, etc.
- f. Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
- g. Número de lote
- h. Fecha de expiración claramente especificada, no en código. (impresa en etiqueta original, no se aceptarán fotocopias adheridas)
- i. Vía de administración.
- j. Número de registro sanitario (si no tuviera empaque secundario).

La información deberá ser grabada directamente en el envase primario y secundario o impreso en tinta indeleble o una etiqueta de material adecuado y que no sea fácilmente desprendible (no fotocopias). La rotulación debe ser legible (no presentar borrones, raspados, manchas ni otras alteraciones). No se permitirán etiquetas adicionales como aclaraciones de la etiqueta principal, así como frases, palabras, denominaciones, símbolos, figuras o dibujos,

nombres geográficos e indicaciones que lleven a interpretaciones falsas o a error, engaño o confusión, en cuanto a su procedencia, origen, naturaleza, composición y calidad.

Para el etiquetado de soluciones, jarabes, elixires, suspensiones, emulsiones, lociones, polvos para preparación de suspensiones o soluciones, inyectables en ampollas, jeringas precargadas, viales o parenterales de gran volumen, aerosoles y otras formas similares (cualquier vía de administración), además de las indicaciones precedentes se requerirá incluir:

- Condiciones de almacenamiento (cuando no tiene envase o empaque secundario).
- Agítese antes de usar (solo para emulsiones y suspensiones).
- Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo, cuando aplique (Cuando no tiene envase empaque secundario).
- Tiempo de vida útil después de abierto o preparado cuando aplique.
- Advertencia de seguridad sobre peligro de explosión, no exponer al calor, no perforar o arrojar al fuego y evitar el contacto con los ojos (solo para aerosoles con propelentes inflamables)

Nota:

- Todas las solvencias deben estar vigentes al momento de la apertura de Ofertas. Asimismo, las fotocopias deberán presentarse debidamente Autenticadas de acuerdo al código del Notario, con las formalidades que exige el Código de Notariado vigente.
- Los documentos firmados por el Representante Legal de la empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (Una autentica de firmas).

09.4 Información Económica

DOCUMENTOS NO SUBSANABLES (DNS)

1. Carta (Formulario de Presentación de Oferta, la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa.
2. Lista de Precios (conforme al formulario anexo), firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa. La propuesta económica deberá contener la descripción de los bienes a suministrar con sus precios unitarios y totales, sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior. Si los bienes pagan este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal.
3. Garantía de Mantenimiento de Oferta original, con indicación de la cláusula obligatoria y por un valor de al menos el dos por ciento (2%) del monto total ofertado. **La garantía deberá tener una vigencia de ciento cincuenta (150) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación y apertura de las ofertas**

09.5 Documento que deben presentarse antes de la Firma del contrato

(Oferente Ganador) según el Artículo 30 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado

1. Constancia de solvencia ORIGINAL extendida por la Procuraduría General de la Republica, en donde se haga constar que sus socios y su representante legal NO tiene cuentas ni juicios pendientes con el Estado.
2. Fotocopia autenticada de Constancia de Solvencia Electrónica vigente, emitida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR) de la Empresa y del Representante Legal.

3. Fotocopia autenticada de la Certificación de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE.
4. Constancia original de encontrarse al día en el pago de sus cotizaciones o contribuciones al Instituto Hondureño de Seguridad Social, de conformidad con lo previsto en el artículo 65 párrafo segundo, literal b) reformado de la Ley del Seguro Social.

IO-10 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE LICITACIÓN PRIVADA

Las solicitudes de Aclaraciones, si las hubiere, deberán ser presentadas en forma escrita al comprador, a más tardar diez (10) días calendario previo a la apertura de ofertas. Art. 105 RLCE,

- Atención: Licitación Privada LP-003-2024
- Lugar: Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, sexto piso, edificio Administrativo.
- Hora: **8:00 am hasta las 4:00 pm.**

IO-10. I ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACION PRIVADA LP-003-2024

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (**mediante resolución de Junta Directiva**), podrá antes del vencimiento del plazo para la presentación de ofertas, enmendar el documento base, la cual formará parte del documento base de licitación y, deberá ser comunicada por escrito, ya sea en físico o correo electrónico a todos los que hayan obtenido los pliegos de condiciones.

Las enmiendas se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "HONDU COMPRAS" (www.honducompras.gob.hn) y portal de transparencia.

El Instituto podrá prorrogar el plazo de presentación de ofertas a fin de dar a los posibles oferentes un plazo razonable para que pueda tomar en cuenta las enmiendas en la preparación de sus ofertas de conformidad a los cambios indicados en las mismas.

IO-11 EVALUACION DE OFERTAS

Las ofertas serán evaluadas de acuerdo con la siguiente rutina de fases acumulativas:

FASE I, Verificación Legal

Cada uno de los aspectos a verificar será de cumplimiento obligatorio:

ASPECTOS VERIFICABLES	CUMPLE	NO CUMPLE
1) Fotocopia legible de la escritura de Constitución de la Sociedad y sus reformas debidamente inscrita en el Registro correspondiente (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).		
2) Fotocopia legible del Poder del Representante legal actual de la empresa, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar, representando a la empresa en el proceso de Licitación Privada, debidamente inscrito en el Registro. (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).		

3) Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal actual de la empresa. (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).		
4) Fotocopia de RTN del oferente y del Representante Legal actual de la empresa. (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).		
5) Fotocopia de Constancia de Solvencia Municipal vigente a la fecha de apertura de las ofertas, extendida por la Alcaldía Municipal de su domicilio del oferente y de su representante legal actual de la empresa (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).		
6) Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendido por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).		
7) Declaración Jurada original firmada por el Representante Legal (actual) de la empresa, sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado de Honduras (auténtica de firma de acuerdo al código del notariado).		
8) Declaración Jurada original firmada por el Representante Legal (actual) de la empresa que actuará con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo (Ver anexo) (auténtica de firma de acuerdo al código del notariado).		
9) Declaración Jurada original firmada por el Representante Legal (actual) de la empresa de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos (auténtica de firma de acuerdo al código del notariado).		
10) Constancia Original de solvencia por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), de encontrarse al día en el pago de sus aportaciones o contribuciones, extendida por la Secretaria General. De no tenerla deberá presentar fotocopia de constancia que está en trámite (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado) y presentar constancia original a la firma del contrato.		
 11) Constancia Original de Autorización para que el Instituto pueda verificar la documentación presentada con los emisores esta debe extenderse en papel membretado del oferente.		



<p>12) Constancia original emitida por la Secretaría General del Ministerio Público, o constancia que se encuentra en trámite, en la cual se exprese que sus socios y, representante legal NO están sujetos a procesos de investigación en la Fiscalía Especial Contra el Crimen Organizado (FESCO), en la Fiscalía Especial para la Transparencia y Combate a la Corrupción Pública (FETCCOP) y en la Unidad Fiscal Especializada Contra Redes de Corrupción (UFERCO). (Con una vigencia de 6 meses de su emisión). (En caso de presentar fotocopia de constancia que está en trámite, debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado, presentar la original al momento de la firma del contrato).</p>		
<p>13) Fotocopia de Constancia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE o constancia de que está en trámite la misma. De no tenerla deberá presentarla a la firma del contrato. (Debe presentar auténtica de Fotocopia de acuerdo al código del notariado).</p>		

FASE II, Evaluación Financiera

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
<p>1. Constancia original de institución bancaria acreditada en el país, en donde conste que tiene cuentas de ahorro o de cheques del 5% del monto total de la oferta. Debe reflejar saldos.</p>		
<p>2. Constancia bancaria original que acredite una línea de crédito del 5% del monto ofertado.</p>		
<p>3. Fotocopia debidamente autenticada del Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, de los dos (2) últimos años fiscales. (Presentar auténtica de fotocopia de acuerdo al código del notariado). Cuando la auditoría no estuviese concluida, deberá presentar constancia ORIGINAL debidamente autenticada de la firma auditora que indique que los Estados Financieros del año que antecede, se encuentran en proceso de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales. (Art. 33 inciso b RLCE).</p>		

FASE III, Evaluación Técnica

Sub-Fase III. Evaluación Técnica en Documentos:

ASPECTOS VERIFICABLES	CUMPLE	NO CUMPLE
REQUERIMIENTOS GENERALES:		
1. Especificaciones Técnicas Del Producto, expresando: a. Principio Activo en forma de BASE o SAL, en su caso b. Forma Farmacéutica, c. Concentración d. Envase primario		
2. Fotocopia legible y autenticada del CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO O COPIA DE LA CONSTANCIA DE RENOVACIÓN DEL PRODUCTO ofertado, emitido por la ARSA. (Presentar autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)		
3. Fotocopia del CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA debidamente AUTENTICADO. a. Para productos importados: Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante del producto ofertado, (tipo OMS) extendido por la autoridad competente de regulación sanitaria del país de fabricación del producto o Certificado de Libre Venta (CLV) en el país de origen, vigente y emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado, debidamente apostillado o, en su defecto, Fotocopia del Certificado vigente de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS). (Presentar autentica de fotocopia de acuerdo al código del notariado)		
4. AUTORIZACIÓN VIGENTE DEL FABRICANTE original, en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso según formato anexo. En caso de ser copia, deberá presentarse debidamente autenticada.		
5. DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICION, debidamente autenticada y según formato anexo, donde el oferente se comprometen a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. Asimismo, reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.		

6. Para medicamentos de origen HEMODERIVADOS Y OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE ORIGEN HUMANO se requiere:

- a. Describir el manejo del plasma como materia prima incluyendo:
 - El estado reglamentario del proveedor del plasma
 - La Epidemiología de los donantes
 - Las pruebas de detección realizadas a la sangre/plasma
 - Las medidas de garantía de calidad
 - La cuarentena en el país de origen
 - El tamaño del lote (pool) del plasma
 - Las pruebas del lote (pool) del plasma
- b. Describir el proceso de fabricación incluyendo:
 - Los métodos de fabricación cruciales y los controles relacionados con los mismos dentro del proceso de fabricación
 - Los modelos de inactivación / eliminación vírica
 - La consistencia de los procesos
 - Las especificaciones de la liberación de lotes
 - El tamaño del lote (pool) del plasma
 - Las pruebas del lote (pool) del plasma
- c. El producto final incluyendo:
 - La potencia del producto y su periodo de validez
 - Otros mercados donde el producto se encuentre a la venta
 - La historia del producto
 - Los estudios clínicos que demuestren la eficacia del producto
- d. Presentar evidencias de comercialización en el país de origen, debidamente apostilladas.

7. CARACTERÍSTICAS DE ENVASES

- a. **EMPAQUE/ENVASE PRIMARIO:** Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento y deberá cumplir con lo siguiente:
- i. Debe ser inerte, aislar y proteger medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.
 - ii. Líquidos para USO PARENTERAL: deberá notarse claramente la marca para poder abrir las ampollas.
 - iii. Los envases primarios cuyas PRESENTACIONES SEAN FRASCOS, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal. Cualquier otro frasco que difiera de los antes indicados, y que presente dudas respecto a exposición de la luz, deberá comprobarse con el respectivo estudio de estabilidad vigente para su aceptación.
 - iv. Para los productos que requieren **CADENA DE FRÍO O ALMACENAMIENTO ESPECIAL** a una temperatura determinada, según disponga el fabricante, se deberá adjuntar la información sobre tales indicaciones que constarán en la orden de compra. Estos protocolos deberán mantenerse y comprobarse mediante dispositivos electrónicos empleados durante su almacenamiento y transporte, hasta su entrega efectiva en el lugar designado por el IHSS. De no ser así, el IHSS no se responsabiliza de su deterioro. El proveedor deberá indicar en su oferta técnica y al momento de solicitar cita al Almacén Central, si el medicamento requiere almacenamiento especial y será entregado en contenedores especiales (hieleras) con envase o sin envase terciario y cuaternario.
- b. **EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO:** Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario y deberá cumplir con lo siguiente:
- El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina).
 - El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
 - Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.
- c. **EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO:** Se entiende como envase terciario, el recipiente exterior donde viene el envase secundario y será responsabilidad del proveedor, definir la estiba y las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto. Deberá ser decartón u otro material resistente a la estiba (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina ni cartoncillo); de tal forma que facilite la manipulación, transporte y almacenamiento, sellado con cinta de embalaje u otros recursos necesarios que garanticen la integridad del contenido, conservación, transporte y almacenamiento, sin riesgo de daño, indicando el número de cajas que contiene y su tamaño debe ser congruente con el contenido. Página 17 de 52



8. CONDICIONES DEL ETIQUETADO:

Los interesados deberán presentar una carta de ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO, conforme al formato anexo. Todo medicamento deberá tener etiqueta en español en envase primario y secundario con los siguientes datos:

- a. Nombre comercial escrito de manera destacada, la cual puede ser una denominación común internacional o bien, un nombre de marca.
- b. Nombre completo del o los principios activos en su denominación común.
- c. Forma farmacéutica (tableta, ungüento, óvulos, capsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, etc.).
- d. Concentración de principio activo de la forma farmacéutica (porcentaje, mg, g, mEq, mg/mg/ml, mEq/dosis, etc.).
- e. Volumen de principio activo expresado en volumen/volumen, peso, peso, etc.
- f. Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
- g. Número de lote
- h. Fecha de expiración claramente especificada, no en código. (impresa en etiqueta original, no se aceptarán fotocopias adheridas)
- i. Vía de administración.
- j. Número de registro sanitario (si no tuviera empaque secundario).

La información deberá ser grabada directamente en el envase primario y secundario o impreso en tinta indeleble o una etiqueta de material adecuado y que no sea fácilmente desprendible (no fotocopias). La rotulación debe ser legible (no presentar borrones, raspados, manchas ni otras alteraciones). No se permitirán etiquetas adicionales como aclaraciones de la etiqueta principal, así como frases, palabras, denominaciones, símbolos, figuras o dibujos, nombres geográficos e indicaciones que lleven a interpretaciones falsas o a error, engaño o confusión, en cuanto a su procedencia, origen, naturaleza, composición y calidad.

Para el etiquetado de soluciones, jarabes, elixires, suspensiones, emulsiones, lociones, polvos para preparación de suspensiones o soluciones, inyectables en ampollas, jeringas precargadas, viales o parenterales de gran volumen, aerosoles y otras formas similares (cualquier vía de administración), además de las indicaciones precedentes se requerirá incluir:

- Condiciones de almacenamiento (cuando no tiene envase o empaque secundario).
- Agítese antes de usar (solo para emulsiones y suspensiones).
- Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo, cuando aplique (Cuando no tiene envase empaque secundario).
- Tiempo de vida útil después de abierto o preparado cuando aplique.
- Advertencia de seguridad sobre peligro de explosión, no exponer al calor, no perforar o arrojar al fuego y evitar el contacto con los ojos (solo para aerosoles con propelentes inflamables)

Nota:

- Todas las solvencias deben estar vigentes al momento de la apertura de Ofertas. Asimismo, las fotocopias deberán presentarse debidamente Autenticadas por Notario, con las formalidades que exige el Código de Notariado vigente.
- Los documentos firmados por el Representante Legal de la empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (Una autentica de firmas).

FASE IV. Evaluación Técnica Física (NO APLICA)

FASE V. Evaluación Económica

ASPECTO VERIFICABLE EN DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> • Carta (Formulario de Presentación de Oferta, en las paginas 28-29) la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal actual de la empresa. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lista de Precios (conforme al formularios en la página 25), firmado y sellado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa, La propuesta económica deberá contener la descripción de los bienes y/ servicios a brindar con sus precios unitarios y totales, sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior. Sí los bienes pagan este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de Mantenimiento de Oferta original, con indicación de la cláusula obligatoria y por un valor de al menos del dos por ciento (2%) del monto total ofertado. La garantía deberá tener una vigencia de ciento cincuenta (150) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación y apertura de las ofertas 		

Se realizará la revisión aritmética de las ofertas presentadas y se harán las correcciones correspondientes. Se compararán los precios totales de las ofertas evaluadas y se ordenarán de la más baja a la más alta evaluada.

Nota: La comisión, para efectos de la evaluación final y de acuerdo a la naturaleza de la contratación, podrá valorar la aceptación de constancias o certificaciones que se presenten en fotocopias, sin el certificado de autenticidad o apostillados en los casos que se requiera la emisión de documentos en el extranjero, debiendo los oferentes en caso de ser adjudicado y previo a la suscripción del contrato de conformidad al artículo 30 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, presentar de manera obligatoria los documentos requeridos con su correspondiente certificado de autenticidad o apostilla. Se exceptúan los documentos sustanciales y no subsanables.

10.12 ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES

Podrán ser subsanados los defectos u omisiones contenidas en las ofertas, en cuanto no impliquen modificaciones del precio, objeto y condiciones ofrecidas, de acuerdo con lo previsto en los artículos 49, párrafo segundo y 50 de la Ley de Contratación del Estado de la Republica de Honduras.

Solamente la subsanación de los errores aritméticos podrá afectar la oferta en sus aspectos económicos de

la siguiente forma: Diferencias entre las cantidades establecidas por IHSS y las ofertadas, prevalecerán las cantidades establecidas por el IHSS. Las inconsistencias entre precio unitario y precio total, prevalecerá el precio unitario.

El IHSS realizará la revisión aritmética de las ofertas presentadas y las correcciones las notificará al ofertante, quien de conformidad al Art. 132 del RLCE deberá presentarlas en los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la notificación, o su oferta será descalificada.

El formato de la oferta, lista de precios y la Garantía de Mantenimiento de Oferta, no serán subsanables. Motivos de Descalificación de oferta.

IO 12.01 CRITERIOS PARA DESCALIFICACIÓN OFERENTES

Serán declaradas inadmisibles y no se tendrán en cuenta en la evaluación final, las ofertas que se encuentren en cualquiera de las situaciones siguientes:

Descalificación de la Oferta.

- a. No estar firmadas por el oferente o su representante legal el formulario o carta de presentación de la oferta y cualquier documento referente a precios unitarios o precios por partidas específicas;
- b. Estar escritas en lápiz "grafito";
- c. Haberse omitido la garantía de mantenimiento de oferta, o cuando fuere presentada por un monto o vigencia inferior al exigido o sin ajustarse a los tipos de garantía admisibles;
- d. Haberse presentado por compañías o personas inhabilitadas para contratar con el Estado, de acuerdo con los artículos 15 y 16 de la Ley, de Contratación del Estado;
- e. Haberse presentado con raspaduras o enmiendas en el precio, plazo de entrega, cantidad o en otro aspecto sustancial de la propuesta, salvo cuando hubieran sido expresamente salvadas por el oferente en el mismo documento;
- f. Haberse presentado por oferentes no precalificados o, en su caso, por oferentes que no hayan acreditado satisfactoriamente su solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica o profesional; no aplica en este proceso.
- g. Establecer condicionamientos que no fueren requeridos;
- h. Establecer cláusulas diferentes a las previstas en la Ley, en el presente Reglamento o en el pliego de condiciones;
- i. Haberse presentado por oferentes que hubieren ofrecido pagos u otros beneficios indebidos a funcionarios o empleados para influir en la adjudicación del contrato;
- j. Incurrir en otras causales de inadmisibilidad previstas en las leyes o que expresa y fundamentadamente dispusiera el pliego de condiciones.

IO-13 ADJUDICACION DEL CONTRATO

La adjudicación del contrato se hará por partida al oferente u oferentes que, cumpliendo las condiciones de participación, incluyendo su solvencia e idoneidad técnica para ejecutar el contrato, presente la oferta

de precio más bajo o se considere la más económica o ventajosa y por ello mejor calificada, de acuerdo con criterios objetivos establecidos en la presente base de licitación privada. La adjudicación se realizará con un mínimo de un oferente que se presente en el día de la presentación de las ofertas.

IO-14 NOTIFICACION DE ADJUDICACION DEL CONTRATO

La resolución que emita el órgano responsable de la contratación adjudicando el contrato, en su caso, será notificada por la Secretaría General del IHSS a los oferentes y se publicará en los portales de Transparencia del IHSS y HonduCompras, dejándose constancia en el expediente. La publicación deberá incluir como mínimo la siguiente información.

- a) El nombre de la entidad
- b) Una descripción de las mercancías o suministros incluidos en el contrato
- c) El nombre del Oferente ganador
- d) El valor de la Adjudicación.

Si la adjudicación no se notifica dentro del plazo de la vigencia de las ofertas, el órgano contratante podrá solicitar prórroga, si los proponentes no aceptan podrán retirar sus ofertas sin responsabilidad de su parte.

IO-15 FIRMA DE CONTRATO

Se procederá a la firma del contrato dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la notificación de la adjudicación, mismo que se formalizará mediante suscripción del documento correspondiente, entre la autoridad competente del INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) y quien ostente la Representación Legal del adjudicatario.

El oferente que resultare adjudicado deberá presentar previo a la firma del contrato en un término de cinco (5) días hábiles, contados a partir del día siguiente de su Notificación; lo anterior en cumplimiento a los artículos: 36 de la Ley de Contratación del Estado y artículo 30 del Reglamento Ley de Contratación del Estado, los siguientes documentos:

1. Constancia original de la Procuraduría General de la República, de no tener juicios pendientes con el Estado de Honduras.
2. Original o copia autenticada de la Solvencia Fiscal electrónica vigente del oferente, emitida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR).
3. Constancia de Original inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE.
4. Constancia original de solvencia emitida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), de encontrarse al día en el pago de sus aportaciones o contribuciones, extendida por la Secretaría General.

Si el oferente no acepta la adjudicación, no firma el contrato o no presenta la documentación detallada dentro del plazo establecido, por causas que le fueren imputables a él, perderá todos los derechos adquiridos en la adjudicación y dará lugar a la ejecución de la Garantía de mantenimiento de la oferta. Se procederá a adjudicar el contrato al ofertante que haya presentado la segunda mejor oferta evaluada de precio más bajo y ventajosa y así sucesivamente.

SECCIÓN II - CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

El *Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)*, a través de la Dirección Médica Nacional, y la Unidad Técnica de Farmacia a Nivel Nacional quien será responsable de verificar la buena marcha y cumplimiento de las obligaciones contractuales, que entre sus funciones tendrá las siguientes:

- a) Verificar que se emita la Orden de Compra;
- b) Verificar la suscripción del contrato.
- c) Dar seguimiento a las entregas parciales y finales de medicamento (cuando aplique).
- d) Documentar cualquier incumplimiento del Contratista.

CC-02 PLAZO CONTRACTUAL

El presente contrato entrará en vigencia dos (2) meses desde su suscripción.

CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO

El contrato cesará en sus efectos, por la expiración del plazo contractual o por el incumplimiento en la entrega del suministro.

CC-04 LUGAR DE ENTREGA DEL SUMINISTRO

El suministro se entregará **en el Almacén Central** de acuerdo al calendario de entregas **propuesto en estas bases**.

CC-05 PLAZOS Y CANTIDADES DE ENTREGA DEL SUMINISTRO

(Memorando 3889-DMN-IHSS-2024 pag. 4 numeral 9)

El producto ofertado deberá ser entregado en el Almacén Central del IHSS, de la siguiente manera:

- Primera entrega: 12 Frascos dentro de los 10 días calendario una vez recibida la orden de compra
- Segunda entrega: 31 frascos a 30 días calendario después de recibida la orden de compra.
- Al momento de la entrega, se deberá presentar copia del Registro Sanitario vigente o copia de la constancia de renovación y copia del certificado de BPM, según corresponda.

Nota: este medicamento queda exento de análisis de control de calidad debido a su naturaleza y alto costo. En este caso el proveedor adjudicado deberá presentar obligatoriamente al regente del Almacén Central, al momento de la entrega, el Certificado de Control de Calidad del Fabricante del producto terminado correspondiente a cada lote entregado, firmado por el profesional a cargo de esta función en el laboratorio fabricante o laboratorio contratado para este fin. Este será un requisito indispensable para la emisión del Acta de Recepción.

CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN

El proveedor deberá coordinar con el Departamento de Almacenamiento y Distribución del IHSS, las fechas para la entrega del suministro.

CC-07 GARANTÍAS

Los interesados en participar en una licitación pública o privada deberán garantizar el mantenimiento de precio y las demás condiciones de la oferta mediante el otorgamiento de una garantía equivalente, por lo menos, al dos por ciento (2%) del valor de la oferta. Comunicada que fuere la adjudicación del contrato, dicha garantía será de vuelta a los participantes, con excepción del oferente seleccionado quien previamente deberá suscribir el contrato y rendir la garantía de cumplimiento (Art. 99 LCE).

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público.

GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público, que deberán presentarse al momento de suscribir el contrato:

- 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.
- La Garantía de Cumplimiento del contrato deberá ser presentada en original.
- Valor: La garantía de cumplimiento del contrato deberá ser por el valor equivalente al quince por ciento (15%) de monto contractual.
- Vigencia: La garantía de cumplimiento del contrato deberá estar vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la entrega final de los consumibles.
- La Garantía de Cumplimiento deberá ser presentada en la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras.
- Esta garantía se incrementará en la misma proporción en que el valor del contrato llegase a aumentar.

GARANTÍA DE CALIDAD

- Plazo de presentación: dentro de los treinta (30) días hábiles después de la recepción final de los bienes y suministros a satisfacción.
- Valor: La garantía de calidad sustituirá la garantía de cumplimiento del contrato cuyo monto será equivalente al cinco por ciento (5%) de monto contractual.
- Vigencia: *seis (6) meses* contados a partir de la finalización del contrato.

CC-08 FORMA DE PAGO

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), efectuará un (1) solo pago total una vez recibido el cumplimiento; a través de la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS se tramitará de acuerdo a los procedimientos ya establecidos por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, para ello deberá presentar los documentos siguientes:



1. Factura original en que se indique la descripción, cantidad, precio unitario y monto total del suministro adquirido por el IHSS.
2. Recibo original por el monto a cobrar a nombre del IHSS.
3. Acta de recepción definitiva de la entrega de los PRODUCTOS avalado por el personal encargado del Almacén Central.
4. Comprobante de pago de cotizaciones del IHSS, vigente.
5. Constancia electrónica vigente de estar sujetos al régimen de pagos a cuenta.
6. Constancia de Solvencia Fiscal vigente.
7. Copia de la orden de compra exonerada.
8. Orden de compra Original SAP.
9. Fotocopia del Contrato.
10. Copia de la Garantía de Cumplimiento
11. Copia de Garantía de Calidad (Cuando aplique)

CC-09 MULTAS

Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso de conformidad a lo establecido en las Disposiciones Generales de Ingresos y Egresos de la República de Honduras.

Si el contrato surtiera efecto en otro ejercicio fiscal, la multa será aplicable de acuerdo a lo establecido en la forma y el monto establecido en las disposiciones generales de presupuesto vigente al momento de cometer el incumplimiento.

SECCIÓN III - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

(RESPONSABILIDAD DE DIRECCION MÉDICA NACIONAL SEGÚN MEMORANDO NO. 3889-DMN-IHSS-2024)

Medicamento:

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	U/P	CANTIDAD
1	FACTOR VII activado recombinante 1mg (que equivale a 50kui/ Vial) polvo y solvente para solución inyectable eptacog alfa. Vehículo CBP 1ml. Frasco ampula con diluyente contiene 2.1ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	43

- 1. CRONOGRAMA DE ENTREGAS:** el producto ofertado deberá ser entregado en el Almacén Central del IHSS, de la siguiente manera:
 - **Primera entrega:** 12 Frascos dentro de las 10 días calendario una vez recibida la orden de compra
 - **Segunda entrega:** 31 frascos a 30 días calendario después de recibida la orden de compra.
 - Al momento de la entrega, se deberá presentar copia del Registro Sanitario vigente o copia de la constancia de renovación y copia del certificado de BPM, según corresponda.
- 2. RECHAZO Y DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS:** El Instituto podrá rechazar y/o hacer devoluciones de los medicamentos, cuando se comprueben fallas como resultado de análisis organolépticos practicados a su ingreso y mientras se encuentre en las instalaciones del IHSS. Si los productos no cumplen con las especificaciones estipuladas, el proveedor tomará las medidas inmediatas para solucionar la deficiencia y tendrá que reemplazar los productos defectuosos a satisfacción del comprador en un plazo máximo de treinta días (30) calendario después de haber sido notificado por el Almacén Central del IHSS.
- 3. VIDA ÚTIL:** Los fármacos biológicos, biotecnológicos, oncológicos y hemoderivados, deberán tener una fecha de expiración no menor a **Dieciocho (18) MESES**, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS.
 - En casos excepcionales, el IHSS podrá aceptar entregas de fármacos con vigencias distintas a la anterior, hasta un mínimo de **DOCE (12) MESES**, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS. En estos casos, el proveedor presentará una **CARTA COMPROMISO DE REPOSICIÓN O REEMPLAZO** en el Almacén Central, con copia a la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS, para asegurar la reposición de los productos que expiren o estén próximos a vencerse, reemplazándolos con períodos de acuerdo con los literales precedentes. Las mismas condiciones aplicarán para los medicamentos que se pretenda entregar en reposición o reemplazo.

Nota: este medicamento queda exento de análisis de control de calidad debido a su naturaleza y alto costo. En este caso el proveedor adjudicado deberá presentar obligatoriamente al regente del Almacén Central, al momento de la entrega, el Certificado de Control de Calidad del Fabricante del producto terminado correspondiente a cada lote entregado, firmado por el profesional a cargo de esta función en el laboratorio fabricante o laboratorio autorizado para este fin. Este será un requisito indispensable para la emisión del Acta de Recepción.

Todo lo concerniente a las Especificaciones Técnicas, montos, plazos, lugar y requisitos es responsabilidad del área requirente Dirección Médica Nacional del IHSS, según Artículo 23 de la Ley de Contratación del Estado.

SECCIÓN IV – FORMULARIOS Y FORMATOS

Formulario de Lista de Precios

Formulario de Información sobre el Oferente

Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio

Formulario de Presentación de la Oferta

Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad

Formulario de Declaración Jurada sobre la Ley Especial Contra el Lavado de Activos

Formulario de Declaración Jurada de Integridad

Formato de Garantía de Mantenimiento de la oferta

Formato de Garantía de Cumplimiento

Formato de Garantía de Calidad

Formato DECLARACIÓN JURADA Adquisición de Medicamento.

Formato Autorización del Fabricante.

Formato SOLICITUD DE FECHA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN CENTRAL.

Formato FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO.

Formato de contrato

Carta de Invitación

LISTA DE PRECIO

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

Este listado de precios debe estar firmado y sellado en cada una de las páginas por el representante legal del ofertante, en papel membretado.

Los precios deberán presentarse en Lempiras y únicamente con dos decimales.

LISTA DE PRECIOS

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	U/P	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	FACTOR VII activado recombinante 1mg (que equivale a 50kui/ Vial) polvo y solvente para solución inyectable eptacog alfa. Vehículo CBP 1ml. Frasco ampula con diluyente contiene 2.1ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	43		

*Nota: Los precios ofertados permanecerán fijos durante la vigencia del contrato.



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 sustitutos.]

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*
LP-003-2024: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>
2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: <i>[indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]</i>
3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse <i>[indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o país donde intenta constituirse o incorporarse]</i>
4. Año de constitución o incorporación del Oferente: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]</i>
5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: <i>[indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]</i>
6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]</i>
7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: <i>[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]</i> <input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09. <input type="checkbox"/> Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio, de conformidad con la cláusula 5.1 de la IO-05. <input type="checkbox"/> 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 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio (Cuando Aplique)

[El Oferente y cada uno de sus miembros deberán 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]*

LP-003-2024: *[indicar el número del proceso licitatorio]*

1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio <i>[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]</i>
3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio <i>[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: <i>[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]</i>
6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i>
7. Copias adjuntas de documentos originales de: <i>[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]</i>
<input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidad con las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09. <input type="checkbox"/> 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 Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

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]* LP-003-2024: *[indicar el número del proceso licitatorio]* Llamado a Licitación No.: *[indicar el No. del Llamado]*
Alternativa No. *[indicar el número de identificación si esta es una oferta alternativa]*

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 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]*;
- (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]*;

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]*;

- (d) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la cláusula IO-06, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con la cláusula IO-05. Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;
- (e) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la Cláusula CC-07 de las condiciones de contratación;
- (f) 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]*
- (g) 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”.)

- (h) 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.
- (i) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja 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 el nombre de las empresas que lo integran), por la presente HAGO DECLARACION JURADA: Que ni mi persona ni mi representada se encuentran comprendido en ninguna de la prohibiciones o inhabilidades a que se refiere los artículos **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 (2) 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 (4^{to}) **cuarto grado** de consanguinidad o **segundo** (2^{do}) 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,

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.

Y 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 Nacional de Elecciones, el Procurador y Subprocurador General de la República, 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.

De La Ley de Contratación del Estado.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de _____, Municipio de _____,
Departamento de _____, a los ____ días del mes _____ 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 caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).

Formulario de Declaración Jurada sobre La Ley Especial Contra el Lavado de Activos

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte N°. _____ 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 y yo, no nos encontramos comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos 36 y 37 de la Ley Especial Contra el Delito de Lavado de Activos, que a continuación se transcriben:

ARTÍCULO 36.- DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS. Incurrir en el delito de lavado de activos y debe ser sancionado con pena de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien por sí o por interpósita persona: Adquiera, invierta, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, convierta, conserve, traslade, oculte, encubra, de apariencia de legalidad, legalice 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 las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la administración del Estado a empresas privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia.

No obstante, la Pena debe ser de:

1) Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado sea igual o menor al valor equivalente a sesenta (70) salarios mínimos más altos en la zona; 2) Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión si el valor de los activos objeto del lavado supera un valor equivalente a los setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y, 3) Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión si el valor de los activos objeto de lavado, supere un valor equivalente a ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona.

A los promotores, jefes dirigentes o cabecillas y beneficiarios directos o indirectos de las actividades de lavado de activos, se les debe imponer la pena que le correspondiere en el presente Artículo, incrementada en un tercio (1/3) de la pena.

ARTÍCULO 37.- TESTAFERRATO. Debe ser sancionado de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien preste su nombre en actos o contratos reales o simulados, de carácter civil o mercantil, que se refieran a la adquisición, transferencias o administración de bienes que: procedan directa o indirectamente de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la Administración del Estado, privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia.

La pena del delito de Testa ferrato debe ser de:

1. Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado sea igual o menor al valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos más altos de la zona;
2. Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado supere un valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y,
3. Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado supere un valor equivalente de los ciento (120) salarios mínimos más altos de la zona.

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

FIRMA(S) AUTORIZADA(S)

NOMBRE REPRESENTANTE DEL LEGAL

(Esta Declaración Jurada debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado)

Formulario Declaración Jurada de Integridad

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 _____, por la presente **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 orientadas a que los funcionarios o empleados involucrados en el presente 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 sean constitutivas 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 y circunstancias, 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 perjudicar o 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 intención de 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 los investigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una práctica corrupta, fraudulenta, cohecho o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte para impedir 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 derechos del 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 participen en 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), en la lista Engel, ni que haber sido agregado en la 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 haya o este participando. Promoviendo de esa manera prácticas 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 caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).

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



Formulario de garantía mantenimiento de oferta

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO
GARANTIA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N° _____

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

Para la entrega de los Bienes y Suministros _____.

SUMA AFIANZADA/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 o fianzas 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.

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 _____.

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA

FORMATO [GARANTIA/FIANZA] DE CUMPLIMIENTO

[NOMBRE DE ASEGURADORA/BANCO]

[GARANTIA / FIANZA]

DE CUMPLIMIENTO N°: _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

[Garantía/Fianza] a favor de [indicar el nombre de la institución a favor de la cual se extiende la garantía], 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: “[indicar el nombre de la licitación]” ubicado en [indicar la ubicación].

SUMA

AFIANZADA/ 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 o fianzas 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.**

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 _____.

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA

GARANTÍA DE CALIDAD

BANCO _____
GARANTIA DE CALIDAD N°: _____

FECHA DE EMISION: _____

GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar la **CALIDAD** de los **bienes y servicios**, 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



DECLARACIÓN JURADA

Ref: [indicar el número del proceso licitatorio]"ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS"

Yo, [indicar el nombre completo], mayor de edad, Estado Civil [indicar estado civil], hondureño (a) con tarjeta de identidad No. [Indicar N° identidad], de este domicilio, de la ciudad de Tegucigalpa, departamento de Francisco Morazán. Actuando en mi condición de representante legal de DROGUERIA [Indicar nombre de la droguería]; mediante el presente documento HAGO DECLARACION JURADA:

DROGUERIA [Indicar nombre de la droguería] se compromete a reponer sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo, así como también reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.

Y para los efectos de ley, firmo y extendiendo esta declaración jurada en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central [indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta].

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

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

[Indicar nombre de la droguería]

Autorización del Fabricante

[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 Las indicaciones del documento]

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

No. *[Indicar el número del proceso]*

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 las Condiciones 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 2024__ *[fecha de la firma]*



SOLICITUD DE FECHA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN CENTRAL

Fecha: establecer la fecha de redacción del documento Ciudad:
establecer la ciudad donde radica la Empresa

SEÑORES
ALMACEN CENTRAL INSTITUTO
HONDUREÑO DE SEGURIDAD
SOCIAL, IHSS
Su oficina

Se solicita fecha para la entrega de medicamento para la partida y/o partidas que resultó adjudicadas a nuestra empresa, mediante el proceso de....

Proceso: (ejemplo: Compra Directa/Licitación Pública/Licitación Privada) Numero de

Proceso: (ejemplo: CD-No.0XX-2024)

Descripción del proceso: (ejemplo: Adquisición de medicamentos para el IHSS) No. De orden de compra o contrato IHSS: (11xxxxxxx)

No. PDA	Código SAP	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Lote	Fecha de vencimiento	No. Entrega y %	No. Pallets con # de cajas

Detallar o describir si la partida o partidas tienen exoneración de leyenda propiedad del IHSS, autorizaciones especiales, certificados de calidad, registros sanitarios, Empaque para entrega de producto con cadena de frío si viene contenido en hieleras y otras que se considere importante conocer.

Nombre y firma del representante Legal de la Empresa

Sello de la empresa

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO.

Yo, _____, en representación de la Empresa _____, por este medio declaro que mi empresa acepta y se compromete a cumplir cada una de las condiciones del etiqueta primario, secundario y su respectivo empaque terciario, para cada uno de las partidas ofertadas al momento de su entrega.

Se exceptúan de la presente declaración las siguientes partidas:

NUMERO DE PARTIDA	NOMBRE GENERICO	PRESENTACIÓN	NO CUMPLE	MOTIVO

Acepto que queda a criterio de la Comisión de Evaluación las excepciones a las condiciones del etiquetado primario y secundario:

OBSERVACIONES:

Este cuadro debe usarse estrictamente por partida individual
 El orden y forma de los requisitos de este formato son inalterables

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA: _____ SELLO _____

TELÉFONO: _____



CONTRATO

CONTRATO N°XXX-2024 “ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE.

Nosotros xxxxx, mayor de edad, xxx, con Documento Nacional de Identificación (DNI) N° xxxxx 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 N°140 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 nombrado mediante acuerdo No. SETRASS-0xx-202x de fecha xx de xxx de 2024, Resolución SOJD-IHSS-0xx-2024- IV de fecha xxx de xx de 2024 de la Junta Directiva del IHSS, conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo No. 96-2022 de fecha 16 de febrero de 2022, con Oficinas Administrativas en el Barrio Abajo de Tegucigalpa, con R.T.N. N°08019003249605, 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, xxxxxxxx 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 _____, número _____ del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil de _____; RTN No _____ en adelante denominado EL CONTRATISTA”, hemos convenido en celebrar, el presente CONTRATO, para la “El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), tiene por objeto la ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE mediante la modalidad de LICITACION PRIVADA LP-003-2024. Y LA SOCIEDAD. el cual se registrá de acuerdo a las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO;** manifiesta “EL INSTITUTO” que la Junta Directiva, mediante Resolución N° _____ del _____ de _____ de _____, el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) _____ aceptó la recomendación de la comisión evaluadora derivado de la Licitación Privada LP-003-2024, para la adjudicación de lo siguiente: (describir los suministros) _____ **SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO;** el valor de los suministros recibidos “EL CONTRATISTA”, identificados en la cláusula anterior, asciende a la suma estimada de xxxxxxxx LEMPIRAS EXACTOS (L _____), El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), efectuará un (1) solo pago total una vez recibido el medicamento; a través de la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS y se tramitará de acuerdo a los procedimientos ya establecidos por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, para ello deberá presentar los documentos siguientes: Factura original en que se indique la descripción, cantidad, precio unitario y monto total del suministro adquirido por el IHSS, Recibo original por el monto a cobrar a nombre del IHSS, Acta de recepción definitiva de la entrega de los PRODUCTOS avalado por el personal encargado del Almacén Central, Comprobante de pago de cotizaciones del IHSS, vigente, Constancia electrónica vigente de estar sujetos al régimen de pagos a cuenta, Constancia de Solvencia Fiscal vigente, Copia de la orden de compra exonerada, Orden de compra Original SAP, Fotocopia del Contrato, Copia

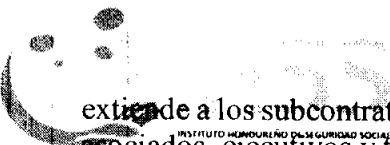


de la Garantía de Cumplimiento y Copia de Garantía de Calidad (Cuando aplique). Si el Comprador no recibe los documentos para el pago con la debida antelación, el IHSS estará libre de toda responsabilidad. **TERCERA: PRECIO A QUE SE SUJETA EL CONTRATO;** el precio o valor del contrato incluido en la Cláusula Segunda permanecerá fijo durante el período de validez del contrato y no será sujeto 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 adquiridos, correrán a cuenta de "EL CONTRATISTA" sin ninguna responsabilidad pecuniaria para el "INSTITUTO". **QUINTA: ENTREGA DE LOS CONSUMIBLES:** EL CONTRATISTA entregará los consumibles en el Departamento de Almacenamiento y Distribución, Colonia Miramontes, atrás del campo de futbol del IHSS, previa solicitud por escrito o correo para definir la fecha y día para la recepción de los consumibles.- **SEXTA: REEMPLAZO DE SUMINISTROS DEFECTUOSOS;** los defectos de fábrica en los suministros serán cubiertos por "EL PROVEEDOR ", sin costo alguno para "EL INSTITUTO", en caso de que los suministros no se hallen en estado de ser recibidos, por defectos o averías visibles, o cuando ocurran faltantes o cualquier otra razón calificada se hará constar esta circunstancia en el Acta de recepción provisional parcial, pudiendo "EL INSTITUTO", conceder hasta un término de diez (10) días calendarios a partir de su notificación, para que proceda al reemplazo de los suministros defectuosos, o en su caso, para que proceda a una nueva entrega o para que reponga los faltantes. En caso de no reponer en el tiempo establecido, se le aplicará la multa que corresponda por cada día de atraso. **SEPTIMA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO;** 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. Con el objeto de asegurar al "EL INSTITUTO", el cumplimiento de todos los plazos, condiciones y obligaciones de cualquier tipo, especificadas 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 de los suministros. La no presentación de la 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.- **OCTAVA: 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 adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria. **NOVENA: ERRORES Y OMISIONES EN**

**LA OFERTA O EN LOS BIENES 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; **“DECIMA: CESION DEL CONTRATO O SUB-CONTRATACION;** Los derechos derivados de este contrato no podrán ser cedidos a terceros. **DECIMO PRIMERA: CLAUSULA DE SANCION POR INCUMPLIMIENTO;** Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso en relación con

el monto total del saldo del contrato de acuerdo a la tasa fiscal vigente. De conformidad a lo establecido en las Disposiciones Generales de Ingresos y Egresos de la República de Honduras. Si el contrato surtiera efecto en otro ejercicio fiscal, la multa será aplicable de acuerdo a lo establecido en la forma y el monto establecido en las disposiciones generales de presupuesto vigente al momento de cometer el incumplimiento. **DECIMO SEGUNDA: 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 en la entrega de los suministros 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 TERCERA: 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 CUARTA: 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, lo anterior en cumplimiento del Artículo 115 del Decreto N° 62-2023 que contiene el Presupuesto de Ingresos de La Administración Pública para el año 2024, publicado el 18 de enero de 2024, en la Gaceta Diario Oficial de la República. **DECIMO QUINTA: 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 SEXTA: VIGENCIA DEL CONTRATO;** El presente contrato entrará en vigencia dos (2) meses desde su suscripción. **DECIMO SEPTIMA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DE ESTE CONTRATO;** forman parte de este CONTRATO: Los documentos de licitación constituidos por el oficio de invitación, las bases de Licitación Privada LP-003-2024, incluyendo las aclaraciones a la mismas emitidas por “EL INSTITUTO” 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 OCTAVA: 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 vigentes y su Reglamento, demás leyes vigentes en Honduras que guardan relación con los procesos de contratación del Estado. Asimismo, en cumplimiento del Decreto No. 62-2023 que contiene las Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República vigente y de las Instituciones Descentralizadas, para el año, 2024 se transcribe el Artículo 115 del mismo que textualmente indica: “En todo contrato financiado con fondos externos, la suspensión o cancelación del préstamo o donación, dará lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que el pago correspondiente de los suministros entregados a la fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato. Igual medida se aplicará en los casos previstos en el Artículo 39, párrafo primero de la Ley Orgánica del Presupuesto. Lo dispuesto en este Artículo debe consignarse obligatoriamente en los pliegos de condiciones, términos de referencia y Contrato”. Lo dispuesto en este Artículo debe consignarse obligatoriamente en los pliegos de condiciones, términos de referencia y Contrato. En cumplimiento del numeral Primero del Acuerdo SE-037-2013 publicado el 23 de agosto de 2013, en el Diario Oficial La Gaceta. **DECIMO NOVENA: “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 DISCRECION 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 servicio 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 ilegal cometido por nuestros empleados o trabajadores, socios o asociados, del cual se tenga un conocimiento 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 deducirse; ii) A la aplicación al trabajador ejecutivo representante, socio, asociado o apoderado que haya incumplido esta cláusula de las sanciones o medidas disciplinarias derivadas 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 llevaré 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 que 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”. **VIGESIMA: 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 jurisdicción y competencia de los Tribunales de Justicia de Francisco Morazán, Honduras. En fe de lo cual y para constancia, ambas partes suscribimos este contrato, en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. Honduras a los ----- días del mes de ----- del año dos mil veinticuatro.

OBSERVACION: Este documento corresponde a un borrador, por lo tanto, la Unidad de Asesoría Legal, al momento de su elaboración, deberá contar con la presencia de la Representación Técnica que participa en la Evaluación de este proceso, asimismo deberá realizar los ajustes correspondientes, a fin de que este documento este de conformidad a los parámetros establecidos tanto en la Ley de Contratación del Estado y Reglamento, Disposiciones Generales de Presupuesto Vigente y demás Leyes Aplicables, favorables al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

FIRMAS

CARTA DE INVITACIÓN

Tegucigalpa M.D.C. Honduras xxx de
xxx de 2024
Oficio No. xxx-DE-IHSS

Señores
Posibles Oferentes
Su Oficina

REF: Licitación Privada N° LP-003-2024 “ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE”.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), invita a las empresas a participar en la Licitación Privada N° LP-003-2024, a presentar ofertas selladas para la “ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE”.

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

Las ofertas físicas y digitales se entregarán en el salón de sesiones de Invalidez XXXXVejez y Muerte (IVM) del IHSS y serán recibidas por la comisión de recepción y apertura en fecha XXXX de 2024, en horario de 8:00 a.m. hasta las 10:00 a.m., hora oficial de la República de Honduras.

EL OFERENTE DEBE proporcionar una copia digital de su oferta en USB O CD en PDF, estas ofertas electrónicas adjuntas deberán estar debidamente escaneadas y firmadas por el representante legal). Asimismo, se procederá a registrar las ofertas en hoja de control, y se elaborará el acta de apertura del proceso de licitación privada, concluyendo la misma con la firma de cada uno de los miembros de la Comisión de Apertura, la cual se publicará en el portal de HonduCompras y en el portal de transparencia del IHSS.

Los documentos de la licitación privada 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). Cualquier consulta o información sobre interpretaciones, aclaraciones u omisiones a las bases de licitación privada, debe dirigirse por escrito a la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, diez (10) días calendario antes de la presentación de las ofertas. Lo anterior aplica también para aquellas empresas que obtengan los pliegos de condiciones a través de los portales en mención.

Las ofertas que se presenten fuera del plazo y hora señalada serán rechazadas. Todas las ofertas deberán estar acompañadas de una Garantía de Mantenimiento de la oferta de por lo menos el 2% del monto total de la oferta.

Dra. Yadira Yamilet Álvarez Moreno
Directora Ejecutiva



Instituto Hondureño de Seguridad Social
BORRAR LUEGO

60/01/01

ijguerrero@hondutec.net ea@hondutec.net
DROMEINTER
universal@hasther.com, celia@hasther.com
UNIVERSAL
adela@ecsa.hn
EYL





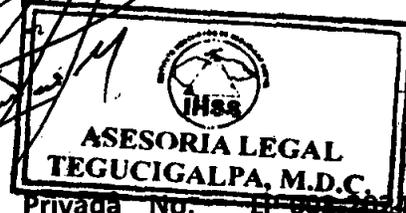
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBGERENCIA: MATERIALES Y COMPRAS
DOCUMENTACIÓN REVISADA
FECHA: 3-7-24
HORA: 8:42 AM
NOMBRE: *Morales*

MEMORANDO No.1434-UAL-2024

PARA: Msc. Eloisa Mejía
Sub Gerencia de Suministros Materiales y Compras

DE: Abog. Nelly Maribel Rodríguez
Procurador Unidad Asesoría Legal

Abog. Rommel Janin Lupy
Jefe Unidad de Asesoría Legal



ASUNTO: Dictamen Legal Proceso de Licitación Privada No. LP-003-2024
"ADQUISICIÓN DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO
FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA
PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE"

FECHA: 1 de julio de 2024.

En atención a memorando No. 1383-SGSMYC-2024 referente a solicitud de emisión de dictamen legal requerido para la aprobación de los pliegos de condiciones para la licitación correspondiente al proceso LP-003-2024, emitimos Dictamen correspondiente en los términos siguientes:

I.-ANTECEDENTES

Mediante memorando 1374-SGP/IHSS-2024 de fecha 19 de junio de 2024, la Subgerencia de Presupuesto en respuesta solicitud presentada por la Dirección Médica Nacional según memorando No. 3809-DMNS-IHSS-2024 del 17 de junio de 2024, informa que existe disponibilidad presupuestaria según el siguiente detalle:

Fondo	RSAS-RP Régimen Seguro de Atención de la Salud
Área Funcional	SA190001 Régimen Seguro de Atención de la Salud
Centro gestor	SA411000 Gerencia del Régimen de Seguro Atención a la Salud Norte
Pospre	35210 Productos Farmacéuticos y Medicinales
Monto disponible	L. 1,000.000.00

Con memorando No. 3889-DMN-2024 de fecha 19 de junio de 2024 dirigido a la Gerencia Administrativa y Financiera, la Dirección Médica Nacional, solicitó autorización para dar inicio al proceso de Adquisición de Medicamento Factor VII Activado Recombinante 1 Mg SNL Inyectable para paciente del Hospital Regional del Norte, detallando de manera resumida las siguientes justificaciones:

RECIBIDO 03 JUL 2024
1:38 PM *Larry Pys*

1. Mediante memorando 446-JUSF-HRN-2024 se solicitó la compra del medicamento fuera del Listado Oficial de Medicamentos (LOM) código B02BD007, Factor VII Activado Recombinante 1 Mg SLN Inyectable para continuar tratamiento crónico prescrito a la paciente Keisy Daheny Ortiz mercado, diagnosticada con Déficit Congénita de factor VII por la Dra. Roxana Ester Martínez, Médico tratante y oncóloga del Hospital Regional del Norte.
2. Se procedió siguiendo lo prescrito en la Normativa para Prescripción, Despacho y Administración de Medicamentos del Listado Oficial de Medicamentos (LOM) a emitir dictamen técnico contenido en nota 019-CFVIA-UGSF-DMN-IHSS-2024, de fecha 18 de junio de 2024 en el que se recomienda "Proveer de manera continua el medicamento para la paciente Keisy Daheny Ortiz Mercado para evitar poner en peligro su vida, dado que sin este medicamento no solamente se corre en riesgo de la disminución de su calidad de vida, sino que incluso se pone en riesgo la vida misma de la paciente pediátrica".
3. La petición del Hospital Regional del Norte es por la cantidad de 72 frascos y el tratamiento se encuentra planificado en el proceso de adquisición de medicamentos para el 2024, sin embargo los pliegos de condiciones de la Licitación Pública 021-2024 aún no han sido aprobados por Junta Directiva, por lo que se prevé la necesidad de contar con el abastecimiento de este fármaco mientras se desarrolla la LPN 021-2024 por lo que considerando la línea de tiempo del proceso, la disponibilidad de recursos y modalidad más Ágil de contratación, se concluyó en la adquisición de cantidad de cuarenta y tres (43) frascos del medicamento en relación.
4. Adjuntó especificaciones técnicas del producto para el inicio del proceso de adquisición.

Por consiguiente el Gerente Administrativo y Financiero del Instituto Hondureño de Seguridad Social, mediante Memorando No. **6298-GAYF-2024** de fecha 20 de junio de 2024, autorizó inclusión en el PACC-2024 e inicio del proceso para la **"ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE"**, por un monto estimado de **UN MILLON DE LEMPIRAS (L 1,000,000.00)**. Asimismo, autoriza su inclusión en el PACC-2024; sin perjuicio de cumplir el debido proceso de acuerdo a la normativa establecida por la Oficina Normativa de Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y cualquier ley aplicable.

Consecuentemente mediante memorando No. **1383-SGSMYC-2024** de fecha 24 de junio del 2024, la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras, remitió al área legal el documento base de la **LICITACION PRIVADA No. LP-003-2024 "ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE"**. Con la finalidad de que se emitiese Dictamen Legal previo a su aprobación por parte de la Junta Directiva del IHSS.



II.-MARCO LEGAL

Del contenido de los artículos: 47, 48, 51 y 52 de la Ley General de la Administración Pública en relación con los artículos 1 y 8 de la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se colige que esta institución forma parte del sector Público Descentralizado, constituyéndose como un Instituto Público y como parte integral del Sistema de Salud Pública, de conformidad a lo establecido por el artículo 5 literal f) del Código de Salud, constituyendo su finalidad la prestación de servicios de orden social, así como el brindar asistencia médica y garantizar el derecho humano a la salud, tal como lo señala el párrafo segundo del artículo 142 Constitucional, debido a lo cual, todas las actuaciones de sus empleados y funcionarios deberán enmarcarse dentro del contexto del principio de competencia contenido en el artículo 321 Constitucional.

En tal sentido, los contratos de suministro de bienes y servicios suscritos por esta institución se registrarán de conformidad a lo establecido en la norma jurídica contenida en los artículos: 1, 3, 5, 6 y 7 de la Ley de Contratación del Estado, así como en los artículos: 1, 2, 7 literal k) y 9 de su reglamento.

De lo cual se infiere que la modalidad para la adquisición de dichos servicios deberá adoptar la forma nominada en el artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado, es decir: licitación pública, licitación privada o contratación directa.

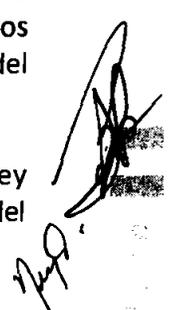
Encontrando los parámetros relativos a la procedencia de dichas modalidades en el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024.

En dicho sentido, de la lectura del artículo 23 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 37 y 38 de su reglamento, se colige que la Institución que pretenda realizar un proceso de contratación deberá acreditar la existencia de la necesidad a satisfacer, una vez lo cual, se procederá a la conformación del expediente de contratación y a la consecuente elaboración de los pliegos de condiciones.

Asimismo, tal como se colige de la lectura del artículo 27 de la Ley de Contratación del Estado y del artículo 39 de su Reglamento, una vez establecida la necesidad a satisfacer deberá acreditarse la existencia de disponibilidad presupuestaria debido a que si no se cumpliera con tal requisito los contratos suscritos serían nulos de pleno derecho.

Los pliegos de condiciones referidos en los párrafos precedentes tendrán la finalidad de establecer el alcance y contenido del proceso de contratación y deberán ser elaborados por la Gerencia Administrativa tal como se infiere de la lectura de los artículos 98 y 99 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

Para tales efectos, de conformidad a lo establecido por el artículo 31 numeral 3) de la Ley de Contratación del Estado, la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del



Estado (ONCAE), elaborará modelos de los pliegos de condiciones que contendrán los requisitos y especificaciones que regirán la presentación de las ofertas, así como aspectos generales de los procesos de licitación.

Dicho documento deberá ser certificado por el Comprador Público Certificado (CPC), debido a que de la norma jurídica contenida en el artículo 44 C, literal b) del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado se deriva la obligación de dicho empleado público para verificar que el pliego cumple con los requisitos legales correspondientes. Acto que realizará previo a la aprobación de los mismos por parte de la autoridad que habrá de suscribir el contrato derivado de la adjudicación que pudiere corresponder y correspondiendo al área legal el verificar que el contenido de dichos pliegos es congruente con las normas legales contenidas en la Ley de Contratación del Estado y en su Reglamento, así como en cualquier otra norma aplicable.

En el contexto antes indicado, los pliegos de condiciones para la contratación de servicios deberán contener las normas generales y las normas de procedimiento, como ser: la descripción de las necesidades a satisfacer, la identificación de los servicios requeridos, la fuente de financiamiento, la fecha y hora límite para presentar las ofertas, los errores de naturaleza subsanables y el plazo que para dichos efectos se establezca, las circunstancias de no admisibilidad de las ofertas, los criterios de evaluación de las mismas, la forma en la cual habrá de expresarse el precio, así como las demás condiciones que se estimen pertinentes. De igual forma, deberá contener las bases contractuales relativas a: las causas de resolución del contrato, el monto y clase de garantía de cumplimiento plazo de la misma, las condiciones y forma de pago, circunstancias calificadas como caso fortuito o fuerza mayor y si fuese pertinente; todo lo relativo a la garantía de calidad, multa por demora en el plazo de entrega. Todo lo cual se infiere de la lectura del artículo 100 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

Los pliegos antes referidos deberán ser aprobados por el órgano que habrá de adjudicar el contrato, tal disposición emana del contenido de los artículos: 11 y 12 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 19, 20 y 44.-C párrafo primero de su reglamento. Por lo que, en aplicación del artículo 20 numerales; 3) y 7) de la Ley del IHSS, en relación con en el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, el órgano legitimado para efectuar tal aprobación será la Junta Directiva del IHSS.

III.-CONCLUSIONES

En atención a lo antes referido esta unidad legal concluye:

PRIMERO: Que de la naturaleza jurídica del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se colige que esta institución forma parte del sector Público Descentralizado, constituyéndose como un Instituto Público y como parte integral del Sistema de Salud Pública, de conformidad a lo establecido por el artículo 5 literal f) del Código de Salud

constituyendo su finalidad la prestación de servicios de orden social, así como el brindar asistencia médica y garantizar el derecho humano a la salud, tal como lo señala el párrafo segundo del artículo 142 Constitucional.

SEGUNDO: Que, debido a la naturaleza de los pliegos de condiciones y en consideración a que en el proceso para su aprobación no participan particulares como parte interesada, el acto jurídico administrativo mediante el cual deberá aprobarse la misma deberá tomar la forma de un "acuerdo", tal como se infiere de la lectura de los artículos: 116 y 118 numeral 1) de la Ley General de la Administración Pública.

TERCERO: Que de la lectura de los artículos: 11 y 12 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 19, 20 y 44.-C párrafo primero de su reglamento y el contenido de los artículos: 19 y 20 numerales; 3) y 7) de la Ley del IHSS y el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, se colige que el órgano legitimado para la aprobación de los pliegos de condiciones será la Junta Directiva.

CUARTO: Que la Subgerencia de Presupuesto mediante Memorando No. 1374-SGP/IHSS-2024 de fecha 19 de junio del 2024, informó que existe la disponibilidad presupuestaria por la cantidad de **UN MILLON DE LEMPIRAS (L 1,000,000.00)**, para la **ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE.**

QUINTO: Que la Dirección Médica Nacional mediante memorando No. 3889-DMN-2024 de fecha 19 de junio de 2024 dirigido a la Gerencia Administrativa y Financiera, solicitó autorización para dar inicio al proceso de Adquisición de Medicamento Factor VII Activado Recombinante 1 Mg SLN Inyectable para paciente del Hospital Regional del Norte, remitiendo las justificaciones técnicas correspondientes.

SEXTO: Que la Gerencia Administrativa y Financiera del Instituto Hondureño de Seguridad Social, mediante Memorando No. 6298-GAYF-2024, de fecha 20 de junio de 2024, autorizó el inicio del proceso para la **ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE** por un monto estimado de **UN MILLON DE LEMPIRAS (L 1,000,000.00)**, asimismo su inclusión en el PACC-2024; sin perjuicio de cumplir el debido proceso de acuerdo a la normativa establecida por la Oficina Normativa Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y cualquier ley aplicable.

SEPTIMO: Que en virtud del contenido del artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado en relación con el artículo 85 de su reglamento y el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, es procedente que se lleve a cabo el proceso para la **ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG SNL**



INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE, mediante la modalidad de Licitación Privada.

IV.-FUNDAMENTOS DE DERECHO

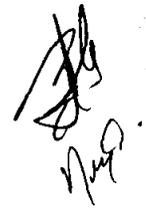
El presente dictamen legal es emitido en consideración y con fundamento en los artículos: 142 y 321 de la Constitución de la República. Artículos: 1, 8, 47, 48, 51, 52, 116 y 118 numeral 1) de la Ley General de la Administración Pública. Artículos: 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 38, 27 y 31 numeral 3) de la Ley de Contratación del Estado y los artículos: 1,2, 7 literal k), 9, 19, 20, 39, 44-C literal b), 98 y 99 de su Reglamento. Así como la norma contenida en los Artículos: 1 y 30 de la Ley de Procedimiento Administrativo. Y los artículos: 1, 8, 19, 20 numerales 3) y 7) de la Ley Instituto Hondureño de Seguridad Social. Y el artículo 104 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024.

V.-RECOMENDACIONES

En consideración al contenido del presente dictamen, así como al análisis realizado, esta unidad legal a la Honorable Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) **RECOMIENDA:**

PRIMERO: Que en aplicación al contenido del artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado en relación con el artículo 85 de su reglamento y el artículo 104 de las Disposiciones del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República para el ejercicio fiscal 2024, artículo 20 numerales 3) y 7) de la Ley del Seguro Social **ES PROCEDENTE** que la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) **AUTORICE** el proceso para la **ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE,** mediante la modalidad de Licitación Privada.

SEGUNDO: En virtud de haber verificado el contenido de los pliegos de la Licitación Privada LP-003-2024 y en virtud de que los mismos se encuentran de conformidad a lo que para tales efectos señalan las normas jurídicas aplicables, es **PROCEDENTE** que la Junta Directiva **AUTORICE** la emisión del acto administrativo por medio del cual se aprueben los pliegos para la Licitación Privada No. LP 003-2024, la cual tiene por objeto la **ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE.**



MEMORANDO
 No.6298-GAYF-2024

20 de junio de 2024

PARA: LIC. ELOÍSA MEJÍA GALO
 Sub Gerente de Suministros, Materiales y Compras

DE: LIC. EDWIN MEDINA *Edwin Medina*
 Gerente Administrativo y Financiero

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PACC-2024 E INICIO DE PROCESO PARA LA "ADQUISICIÓN DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE"

Se ha recibido Memorando No.3889-DMN-IHSS-2024 en fecha 20 de junio de 2024 por parte de la Directora Médica Nacional donde solicita autorización de inclusión en el Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC-2024) como de inicio de proceso para la "ADQUISICIÓN DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE" por un monto estimado de L1,000,000.00; el cual se encuentra fuera del Listado Oficial de Medicamentos (LOM) con Código B02BD007; esto a fin de continuar con el tratamiento de la paciente KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO con Certificación de Acta de Nacimiento Número 0511-2020-02482; quien presenta diagnóstico de Déficit Congénita de Factor VII y prescrito por su médico tratante en el Hospital Regional del Norte.

De conformidad a lo anterior y según el procedimiento administrativo, presupuestario y legal correspondiente, se autoriza el inicio de proceso para la "ADQUISICIÓN DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE" por un monto estimado de L1,000,000.00; asimismo se autoriza su inclusión en el PACC-2024, sin perjuicio de cumplir el debido proceso de acuerdo a la normativa establecida por la Oficina Normativa Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y cualquier ley aplicable.

Se recuerda el cumplimiento de lo establecido en las Disposiciones del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la Republica aprobado en Decreto No.62-2023 específicamente el Artículo 104 que establece los montos exigibles para aplicar las modalidades de contratación para el año 2024:

Nº	Tipología Contractiva	Monto exigible en Lempiras	Modalidad de Contratación
1	Contratos de Obras Públicas	L3.000.000.01 en adelante	Licitación Pública
		L1.500.000.01 a L3.000.000.00	Licitación Privada
		L500.000.01 a L1.500.000.00	Tres (3) Cotizaciones válidas
		L100.000.01 a L500.000.00	Das (2) Cotizaciones válidas
2	Contratos de Consultoría	L0.01 a L100.000.00	Una (1) Cotización válida
		L1.250.000.01 en adelante	Concurso Público
		L350.000.01 a L1.250.000.00	Concurso Privado
		L200.000.01 a L350.000.00	Compra Menor con un mínimo de tres (3) Propuestas Técnicas y económicas válidas
3	Contratos de suministros de Bienes y Servicios	L0.01 a L200.000.00	Compra Menor con un mínimo de una (1) Propuesta Técnica y económica válida
		L1.000.000.01 en adelante	Licitación Pública
		L300.000.01 a L1.000.000.00	Licitación Privada
		L100.000.01 a L300.000.00	Compra Menor con un mínimo de tres (3) cotizaciones válidas
		L50.000.01 a L100.000.00	Compra Menor con un mínimo de dos (2) cotizaciones válidas
		L0.01 a L50.000.00	Compra Menor con un mínimo de una (1) cotización válida

Medina
 24 de junio de 2024
 10:35
 PACC-2024
 U-7

Finalmente, se hace la remisión íntegra de la documentación presentada por la Dirección Médica Nacional la cual cuenta con seis (6) ejemplares con su original de disponibilidad presupuestaria para continuar con el trámite que corresponde. En caso de requerir mayor información solicitarlo a la Unidad Ejecutora.

Atentamente,

Cc: Dirección Médica Nacional
Archivo
RZ/AGL

MEMORANDO No. 1374-SGP/IHSS-2024

Para: Dra. Teresa Isabel Reyes
Directora Médica Nacional

De: Lic. Roldan Oswaldo Yu Shan Murillo
Subgerente de Presupuesto

Asunto: DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

Fecha: 19 de Junio del 2024



En atención al Memorando No. 3809-DMN-IHSS-2024, de fecha 17 de Junio del 2024, donde solicita Disponibilidad Presupuestaria por un monto de L.1,000,000.00, (UN MILLON DE LEMPIRAS EXACTOS), para compra de Medicamentos (**43 Frascos Factor VII Activado Recombinante 1 mg Solución Inyectable**), para la paciente **KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO**, con Certificación de Nacimiento No. 0511-2020-02482, con Diagnostico **DEFICIT CONGENIT DE FACTOR VII**, quien recibe tratamiento en el Área de Oncología del Hospital Regional del Norte. Le informo que existe Disponibilidad Presupuestaria en la estructura presupuestaria que se detalla a continuación:

Fondo:	RSAS-RP Régimen Seguro de Atención de la Salud
Área Funcional:	SA190001 Régimen Seguro de Atención de la Salud
Centro gestor:	SA411000 Gerencia Régimen de Seguro de Atención a la Salud Norte
Pospre:	35210 Productos Farmacéuticos y Medicinales
Monto disponible:	L.1,000,000.00

Se solicita dar celeridad a la elaboración de solicitud de pedidos para comprometer el presupuesto brindado y dar seguimiento hasta culminar el proceso de compra..

Se emiten seis (6) dictámenes originales

ntamente,

Archivo
ROYSM/lyb

Tegucigalpa
Honduras C.A.

@IHSSHonduras

ESPECIFICACIONES FACTOR VII

De: UNIDAD DE GESTION DE LOS SERVICIOS DEFARMACIA IHSS (utf.ihss@yahoo.com)

Para: jakoreyes@yahoo.com.mx

Fecha: viernes, 21 de junio de 2024, 02:11 p.m. GMT-6

UNIDAD TÉCNICA DE FARMACIA.

**DIRECCION MEDICA NACIONAL
IHSS**

Buenas tardes,

En atención a su solicitud se remiten las Especificaciones del Medicamento Factor VII, y en cuanto a su consulta se le informa que la forma de pago será un solo pago total una vez recibido el medicamento, y el contrato tendrá una vigencia de dos meses desde su suscripción.

saludos cordiales



CONDICIONES TECNICAS COMPRA DE FACTOR VII 41 FRASCOS REV 18.06.2024.docx
116.3kB



PARA: LIC. EDWIN MEDINA
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

DE: DRA. TERESA
DIRECCION MEDICA NACIONAL

URGENTE

ASUNTO: SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN EL PACC 2024 Y AUTORIZACIÓN DE INICIO DE PROCESO
ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SLN INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE

FECHA: 19 DE JUNIO 2024

En atención al Memorando 446-JUSF-HRN-2024, mediante el cual los mandos del Hospital Regional del Norte solicitan la compra del medicamento Fuera LOM código **B02BD007, FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SLN INYECTABLE**, para **CONTINUAR TRATAMIENTO CRÓNICO** prescrito a la paciente Keisy Daheny Ortiz Mercado, con certificación de acta de nacimiento número 0511-2020-02482, diagnosticada con DEFICIT CONGENITA DE FACTOR VII por la Dra. Roxana Ester Martínez, médico tratante y oncóloga pediátrica del Hospital Regional del Norte; al respecto se procedió, siguiendo lo prescrito en la **NORMATIVA PARA PRESCRIPCIÓN, DESPACHO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS "LOM"**, a emitir dictamen técnico contenido en Nota 019-CFVIA-UGSF-DMN-IHSS-2024, de fecha 18 de junio de 2024, en el que se recomienda *"Proveer de manera continua el medicamento, para la paciente KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO con identidad no. 0511-2020-02482, paciente que recibe terapia de FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG S/N INYECTABLE con código B02BD007, en el Hospital Regional del Norte, según la solicitud realizada por dicha unidad médica, que cuenta con todos los requisitos listados en la NORMATIVA DE LA LOM, para evitar poner en peligro la vida de la paciente, dado que sin este medicamento no solamente se corre en riesgo de la disminución de su calidad de vida, sino que incluso se pone en riesgo la vida misma de la paciente pediátrica."*

La petición del HRN es por la cantidad de 72 frascos y el tratamiento se encuentra planificado en el proceso de adquisición de medicamentos para el 2024, sin embargo, en virtud que los Pliegos de Condiciones todavía no ha sido autorizado por la Junta Directiva del IHSS, se prevé la necesidad de contar con abastecimiento de este fármaco mientras se desarrolla la LPN-021-2024. Es así que, considerando la línea de tiempo del proceso, la disponibilidad de recursos y la modalidad más ágil de contratación, se concluyó en la cantidad de **cuarenta y tres (43) frascos**.

En consecuencia, esta dirección solicita de sus buenos oficios a fin de incluir en el PACC 2024 el proceso de "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SLN INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE", por un monto de UN MILLÓN DE LEMPIRAS EXACTOS (L1,000,000.00), que deberá sujetarse a las condiciones del **REQUERIMIENTO DE COMPRA** que se adjunta al presente documento.

5. Dirección Médica Nacional, justifica dicha solicitud en base a la siguiente documentación

1. Documentación soporte solicitud de continuación de tratamiento, remitido por la Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Regional del Norte, mediante Memorando 446-JSF-HRN-2024, de

fecha 21 de mayo 2024, contando con el Visto Bueno de la Dr. Fabián Pineda Dirección de Unidades Médicas y Ing. Jesús Solano Gerencia General, adscritos al Hospital Regional del Norte.

2. **Formato De Solicitud para continuación de tratamiento con Medicamentos Fuera LOM:** Médico tratante Dra. Roxana Ester Martínez Oncóloga Pediátrica del Hospital Regional del Norte, paciente keisy Daheny Ortiz Mercado con identidad no. 0511-2020-02482, diagnostico DEFICIT CONGENITA DE FACTOR VII
 - a. **Justificación de continuación de tratamiento** con el medicamento FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SOLUCION INYECTABLE: paciente no ha presentado sangrados desde la profilaxis, no hay nuevas hemorragias intracraneana que pueda dejar secuela.
 - b. **Evolución Clínica:** la paciente ha recuperado la marcha, verbaliza correctamente y no hay secuelas motoras que causen discapacidad.
3. **Dictamen Médico:** Dra. Roxana Ester Martínez Oncóloga Pediátrica médico tratante, describe diagnostico DEFICIT CONGENITA DE FACTOR VII/ antecedentes de hemorragias intracraneales recurrentes en el primer año de vida, por lo que fue necesario iniciar profilaxis con aplicación de factor VII 1mg tres veces por semana de forma continua.

La evolución neurológica muestra marcha atáxica que ha mejorado respecto a citas previas, estrabismo pero no hay afectación intelectual ni verbal
Paciente debe continuar profilaxis para evitar nuevas hemorragias y mayores secuelas.
4. **Resumen Médico.** Paciente con hemorragia intracraneal desde el periodo neonatal, que al evaluarse resultado secundaria a deficiencia congénita de Factor VII, presento hemorragias intracraneales recurrentes en el primer año de vida, por lo que fue necesario iniciar profilaxis con aplicación de factor VII 1mg tres veces por semana de forma continúa.

La evolución neurológica mostro que actualmente la niña presenta aumento de la base de sustentación, lo que podría deberse a problemas en cerebelo, atribuibles a las hemorragias sufridas. Hay estrabismo por lo que fue evaluada por Oftalmología encontrando que anexos, segmentos anterior y medios son normales, los fondos de ojos son normales pero hay endotropia alterna. No hay otras secuelas neurológicas, el uso de profilaxis ha resultado en prevención de nuevas hemorragias y a mejorado la calidad de vida de la niña.
5. **ACTA N° 8 Del Comité Local De Farmacoterapia:** Memorando N° CFTL-15-HRN-2024
6. **Dictamen Técnico** de medicamento Fuera LOMdigo B02BD007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SLN INYECTABLE.
7. Se presenta **Dictamen de Disponibilidad Presupuestaria**, el cual describe que existe disponibilidad presupuestaria según Memorándum No. 1374-SGP/IHSS-2024 de fecha 19 de Junio 2024, suscrito por la Subgerencia de Presupuesto por un monto total **L.1,000,000.00**
8. Se presenta la **notificación de NO EXISTENCIA** del medicamento **Factor VII Activado Recombinante 1 Mg** en Almacén Central, mediante Memorando N° 1738-DAYD-IHSS-2024

Se remiten seis (6) ejemplares originales de esta comunicación.

Sin otro particular.

- Unidad de los Servicios de farmacia.
- Archivo
- TR/ncvo

REQUERIMIENTO DE COMPRA
IHSS-DMN-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

Tipo de contrato(s):	Suministro	Monto de compra:	L 1,000,00.00
----------------------	------------	------------------	---------------

Medicamento:

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	U/P	CANTIDAD
1	FACTOR VII activado recombinante 1mg (que equivale a 50kui/ Vial) polvo y solvente para solución inyectable eptacog alfa. Vehículo CBP 1ml. Frasco ampula con diluyente contiene 2.1ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	43

REQUERIMIENTOS GENERALES:

1. **Especificaciones Técnicas Del Producto**, expresando:
 - a. Principio Activo en forma de BASE o SAL, en su caso
 - b. Forma Farmacéutica,
 - c. Concentración
 - d. Envase primario

2. Fotocopia legible y autenticada del **CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO O COPIA DE LA CONSTANCIA DE RENOVACIÓN DEL PRODUCTO** ofertado, emitido por la ARSA.

3. Copia del **CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA** debidamente AUTENTICADO.
 - a. Para productos importados: Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante del producto ofertado, (tipo OMS) extendido por la autoridad competente de regulación sanitaria del país de fabricación del producto o Certificado de Libre Venta (CLV) en el país de origen, vigente y emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado, debidamente apostillado o, en su defecto, Fotocopia del Certificado vigente de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS).

4. **AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE** original, en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso según formato anexo. En caso de ser copia, deberá presentarse debidamente autenticada.

5. **DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICION**, debidamente autenticada y según formato anexo, donde el oferente se comprometen a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. Asimismo, reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.

6. Para medicamentos de origen **HEMODERIVADOS Y OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE ORIGEN HUMANO** se requiere:

- a. Describir el manejo del plasma como materia prima incluyendo:
 - El estado reglamentario del proveedor del plasma
 - La Epidemiología de los donantes
 - Las pruebas de detección realizadas a la sangre/plasma
 - Las medidas de garantía de calidad
 - La cuarentena en el país de origen
 - El tamaño del lote (pool) del plasma
 - Las pruebas del lote (pool) del plasma
- b. Describir el proceso de fabricación incluyendo:
 - Los métodos de fabricación cruciales y los controles relacionados con los mismos dentro del proceso de fabricación
 - Los modelos de inactivación / eliminación vírica
 - La consistencia de los procesos
 - Las especificaciones de la liberación de lotes
 - El tamaño del lote (pool) del plasma
 - Las pruebas del lote (pool) del plasma
- c. El producto final incluyendo:
 - La potencia del producto y su periodo de validez
 - Otros mercados donde el producto se encuentre a la venta
 - La historia del producto
 - Los estudios clínicos que demuestren la eficacia del producto
- d. Presentar evidencias de comercialización en el país de origen, debidamente apostilladas.

7. CARACTERÍSTICAS DE ENVASES

- a. **EMPAQUE/ENVASE PRIMARIO:** Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento y deberá cumplir con lo siguiente:
 - i. Debe ser inerte, aislar y proteger medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.
 - ii. Líquidos para USO PARENTERAL: deberá notarse claramente la marca para poder abrir las ampollas.
 - iii. Los envases primarios cuyas PRESENTACIONES SEAN FRASCOS, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal. Cualquier otro frasco que difiera de los antes indicados, y que presente dudas respecto a exposición de la luz, deberá comprobarse con el respectivo estudio de estabilidad vigente para su aceptación.
 - iv. Para los productos que requieren **CADENA DE FRÍO O ALMACENAMIENTO ESPECIAL** a una temperatura determinada, según disponga el fabricante, se deberá adjuntar la información sobre tales indicaciones que constarán en la orden de compra. Estos protocolos deberán mantenerse y comprobarse mediante dispositivos electrónicos empleados durante su almacenamiento, transporte, hasta su entrega efectiva en el lugar designado por el IHSS. De no ser así, el IHSS no se responsabiliza de su deterioro. El proveedor deberá indicar en su oferta técnica y al momento de

solicitar cita al Almacén Central, si el medicamento requiere almacenamiento especial y será entregado en contenedores especiales (hieleras) con envase o sin envase terciario y cuaternario.

- b. **EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO:** Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario y deberá cumplir con lo siguiente:
- El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina).
 - El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
 - Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.
- c. **EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO:** Se entiende como envase terciario, el recipiente exterior donde viene el envase secundario y será responsabilidad del proveedor, definir la estiba y las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto. Deberá ser de cartón u otro material resistente a la estiba (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina ni cartoncillo); de tal forma que facilite la manipulación, transporte y almacenamiento, sellado con cinta de embalaje u otros recursos necesarios que garanticen la integridad del contenido, conservación, transporte y almacenamiento, sin riesgo de daño, indicando el número de cajas que contiene y su tamaño debe ser congruente con el contenido.

8. CONDICIONES DEL ETIQUETADO:

Los interesados deberán presentar una carta de ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO, conforme al formato anexo. Todo medicamento deberá tener etiqueta en español en envase primario y secundario con los siguientes datos:

- Nombre comercial escrito de manera destacada, la cual puede ser una denominación común internacional o bien, un nombre de marca.
- Nombre completo del o los principios activos en su denominación común.
- Forma farmacéutica (tableta, ungüento, óvulos, capsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, etc.).
- Concentración de principio activo de la forma farmacéutica (porcentaje, mg, g, mEq, mg/mg/ml, mEq/dosis, etc.).
- Volumen de principio activo expresado en volumen/volumen, peso, peso, etc.
- Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
- Número de lote
- Fecha de expiración claramente especificada, no en código. (impresa en etiqueta original, no se aceptarán fotocopias adheridas)
- Vía de administración.
- Número de registro sanitario (si no tuviera empaque secundario).

La información deberá ser grabada directamente en el envase primario y secundario o impreso en tinta indeleble o una etiqueta de material adecuado y que no sea fácilmente desprendible (no fotocopias). La rotulación debe ser legible (no presentar borrones, raspados, manchas ni otras alteraciones). No se permitirán etiquetas adicionales como aclaraciones de la etiqueta principal, así como frases, palabras, denominaciones, símbolos, figuras o dibujos, nombres geográficos e indicaciones que lleven a interpretaciones falsas o a error, engaño o confusión, en cuanto a su procedencia, origen, naturaleza, composición y calidad.

Para el etiquetado de soluciones, jarabes, elixires, suspensiones, emulsiones, lociones, polvos para preparación de suspensiones o soluciones, inyectables en ampollas, jeringas precargadas, viales o parenterales de gran volumen, aerosoles y otras formas similares (cualquier vía de administración), además de las indicaciones precedentes se requerirá incluir:

- Condiciones de almacenamiento (cuando no tiene envase o empaque secundario).
- Agítese antes de usar (solo para emulsiones y suspensiones).
- Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo, cuando aplique (Cuando no tiene envase empaque secundario).
- Tiempo de vida útil después de abierto o preparado cuando aplique.
- Advertencia de seguridad sobre peligro de explosión, no exponer al calor, no perforar o arrojar al fuego y evitar el contacto con los ojos (solo para aerosoles con propelentes inflamables)

9. **CRONOGRAMA DE ENTREGAS:** el producto ofertado deberá ser entregado en el Almacén Central del IHSS, de la siguiente manera:

- **Primera entrega:** 12 Frascos dentro de las 10 días calendario una vez recibida la orden de compra
- **Segunda entrega:** 31 frascos a 30 días calendario después de recibida la orden de compra.
- Al momento de la entrega, se deberá presentar copia del Registro Sanitario vigente o copia de la constancia de renovación y copia del certificado de BPM, según corresponda.

10. **RECHAZO Y DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS:** El Instituto podrá rechazar y/o hacer devoluciones de los medicamentos, cuando se comprueben fallas como resultado de análisis organolépticos practicados a su ingreso y mientras se encuentre en las instalaciones del IHSS. Si los productos no cumplen con las especificaciones estipuladas, el proveedor tomará las medidas inmediatas para solucionar la deficiencia y tendrá que reemplazar los productos defectuosos a satisfacción del comprador en un plazo máximo de treinta días (30) calendario después de haber sido notificado por el Almacén Central del IHSS.

11. **VIDA ÚTIL:** Los fármacos biológicos, biotecnológicos, oncológicos y hemoderivados, deberán tener una fecha de expiración no menor a **DIECIOCHO (18) MESES**, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS.

- En casos excepcionales, el IHSS podrá aceptar entregas de fármacos con vigencias distintas a la anterior, hasta un mínimo de **DOCE (12) MESES**, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS. En estos casos, el proveedor presentará una **CARTA COMPROMISO DE REPOSICIÓN O REEMPLAZO** en el Almacén Central, con copia a la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS, para asegurar la reposición de los productos que expiren o estén próximos a vencerse, reemplazándolos con períodos de acuerdo con los literales precedentes. Las mismas condiciones aplicarán para los medicamentos que se pretenda entregar en reposición o reemplazo.

Nota: este medicamento queda exento de análisis de control de calidad debido a su naturaleza y alto costo. En este caso el proveedor adjudicado deberá presentar obligatoriamente al regente del Almacén Central, al momento de la entrega, el Certificado de Control de Calidad del Fabricante del producto terminado correspondiente a cada lote entregado, firmado por el profesional a cargo de esta función en el laboratorio fabricante o laboratorio autorizado para este fin. Este será un requisito indispensable para la emisión del Acta de Recepción.

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Ref: [indicar el número del proceso licitatorio]"ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS"

Yo, [indicar el nombre completo], mayor de edad, Estado Civil [indicar estado civil], hondureño (a) con tarjeta de identidad No. [Indicar N° identidad], de este domicilio, de la ciudad de Tegucigalpa, departamento de Francisco Morazán. Actuando en mi condición de representante legal de DROGUERIA [Indicar nombre de la droguería]; mediante el presente documento HAGO DECLARACION JURADA:

DROGUERIA [Indicar nombre de la droguería] se compromete a reponer sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo, así como también reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.

Y para los efectos de ley, firmo y extiendo esta declaración jurada en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central [indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta].

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

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

Cargo: [indicar cargo]

[Indicar nombre de la droguería]



Autorización del Fabricante

[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 Las indicaciones del documento]

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

No. [Indicar el número del proceso]

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 las Condiciones 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 2024 [fecha de la firma]

SOLICITUD DE FECHA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN CENTRAL

Fecha: establecer la fecha de redacción del documento Ciudad:
establecer la ciudad donde radica la Empresa

SEÑORES
ALMACEN CENTRAL INSTITUTO
HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, IHSS
Su oficina

Se solicita fecha para la entrega de medicamento para la partida y/o partidas que resultó adjudicadas a nuestra empresa, mediante el proceso de....

Proceso: (ejemplo: Compra Directa/Licitación Pública/Licitación Privada) Numero de

Proceso: (ejemplo: CD-No.0XX-2024)

Descripción del proceso: (ejemplo: Adquisición de medicamentos para el IHSS)No. De orden de compra o contrato IHSS: (11xxxxxxx)

No. PDA	Código SAP	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Lote	Fecha de vencimiento	No. Entrega y %	No. Pallets con # de cajas

Detallar o describir si la partida o partidas tienen exoneración de leyenda propiedad del IHSS, autorizaciones especiales, certificados de calidad, registros sanitarios, Empaque para entrega de producto con cadena de frio si viene contenido en hieleras y otras que se considere importante conocer.

Nombre y firma del representante Legal de la Empresa

Sello de la empresa

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO.

Yo, _____, en representación de la Empresa _____, por este medio declaro que mi empresa acepta y se compromete a cumplir cada una de las condiciones del etiqueta primario, secundario y su respectivo empaque terciario, para cada uno de las partidas ofertadas al momento de su entrega.

Se exceptúan de la presente declaración las siguientes partidas:

NUMERO DE PARTIDA	NOMBRE GENERICO	PRESENTACIÓN	NO CUMPLE	MOTIVO

Acepto que queda a criterio de la Comisión de Evaluación las excepciones a las condiciones del etiquetado primario y secundario:

OBSERVACIONES:

Este cuadro debe usarse estrictamente por partida individual
 El orden y forma de los requisitos de este formato son inalterables

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA: _____ SELLO _____

CARGO: _____





14:56
29 MAY 2024

HONDURAS

MEMORANDO

No. 446-JSF-HRN-2024

21 de Mayo de 2024

PARA: Dra. Teresa Reyes / ~~Directora Médica Nacional~~ /GRSAS
Dra. Karen Padgett /Jefe de Unidad de Servicios de Farmacia
DE: Dra. Karen Soto/ Jefe del Servicio de Farmacia Hospital Regional del Norte

ASUNTO: Solicitud de Compra de Continuación de Tratamiento del Medicamento Fuera LOM Factor VII.

En seguimiento a Memorando GP-SSH-248-2024 referente a la solicitud de Compra para Continuación de Tratamiento del Medicamento Fuera LOM, que a continuación se detalla:

CODIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	OBSERVACIONES
B02BD007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SLN INYECTABLE	FCO	72	Dosis de 1 frasco IV 3 veces por semana, tratamiento para 6 meses.

Este medicamento esta Fuera del Listado Oficial de Medicamentos, lo solicita el Servicio de Pediatría para continuar tratamiento a la paciente **Kelsy Daheny Ortiz Mercado**, con número de identidad **0511-2020-02482**, con diagnóstico de Déficit Congénita de Factor VII, quien ha presentado sangrado en Sistema Nervioso Central en múltiples ocasiones por lo cual recibe tratamiento con factor VII de forma continua.

La evaluación neurológica muestra marcha atáxica, que ha mejorado respecto a citas previas, estrabismo, pero no hay afección intelectual ni verbal, la paciente continuara necesitando profilaxis para evitar nuevas hemorragias y mayores secuelas.

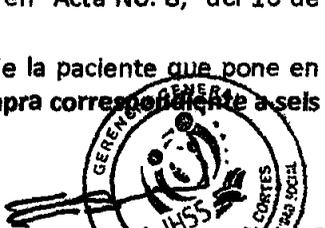
Actualmente en tratamiento profiláctico 3 veces por semana el cual deberá recibir de forma indefinida, ya que la paciente no produce factor VII y al dejar de recibirlo sangra en su sitio diana que es SNC, amerita continuar en tratamiento de forma urgente e Inmediata.

Solicitud aprobada en reunión de **Comité de Farmacoterapia Local** en Acta No. 8, del 16 de Mayo del Año 2024.

Por lo anteriormente descrito y ante lo delicada que es la patología de la paciente que pone en riesgo su vida ante la falta del medicamento, se solicita **realizar la compra correspondiente a seis meses de tratamiento.**

Atentamente.


Dra. Karen Soto
Jefe de Farmacia, HRN


Vo. Bo. Ing. Jesús Solano
Gerente General, HRN


Vo. Bo. Dr. Fabián Pineda
Dirección de Unidades Médicas, HRN

Ing. Jesús Solano/Gerencia General
Dr. Fabián Pineda/Dirección Unidades Médicas
Archivo/KS

Memorando

GP-SSH-248-2024

San Pedro Sula 13 de Mayo del 2024

Para: Dra. KAREN SOTO

Jefatura de Farmacia HRN IHSS

De: Dra. YUMANA BANDY

Gerente de Pediatría



Asunto: Lo descrito.

Por medio de la presente nota solicito la compra de **FACTOR VII RECOMBINANTE (72 frascos por 180 días)** el cual será utilizado en la paciente **KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO** afiliación **0511-2020-02482**, con diagnóstico de **Deficiencia Congénita Severa de Factor VII**, paciente en condición delicada con sangrado en sistema nervioso central, debe recibir Factor VII recombinante, 1 mg i.v 3 veces por semana, **EN RIESGO LA VIDA DE LA PACIENTE**, por lo que es urgente la adquisición inmediata.

Agradeciendo su atención a la presente.

CC. Archivo

DICTAMEN MEDICO

Por este medio se informa a la Dirección Médica del Hospital regional Norte que se ha evaluado el caso del Derechohabiente:

Nombre: Keisy Daheny Ortiz Mercado

Edad: 3 años

Identidad: 0511 2020 02482

Teléfono: 95706075

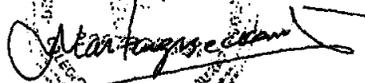
Diagnóstico: Deficiencia congénita de Factor I / Antecedentes de hemorragias intracraneales recurrentes

Paciente femenina con deficiencia congénita de factor 7 que presentó hemorragias intracraneales recurrentes en el primer año de vida, por lo que fue necesario iniciar profilaxis con aplicación de Factor VII 1 mg tres veces por semana de forma continua.

La evaluación neurológica muestra marcha atáxica, que ha mejorado respecto a citas previas, estrabismo, pero no hay afectación intelectual ni verbal.

La niña continuará necesitando profilaxis para evitar nuevas hemorragias y mayores secuelas.

Fecha: 7 de mayo del 2024.



Firma y sello del Médico solicitante



Firma y sello del Gerente de
Pediatría HIRN

1. Justificación de continuación de tratamiento

Lo necesario no ha presentacion
de la profilaxis



Resumen clínico

Por este medio se informa a la Dirección Médica del Hospital regional Norte que se ha evaluado el caso del Derechohabiente:

Nombre: Keisy Dahery Ortiz Mercado

Edad: 3 años

Identidad: 0511 2020 02482

Teléfono: 95706075

Diagnóstico: Deficiencia congénita de Factor // Antecedentes de hemorragias intracraneales recurrentes

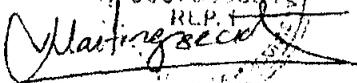
Paciente femenina conocida desde el período neonatal por hemorragia intracraneal, que al ser investigada resultó secundaria a deficiencia congénita de factor VII. Presentó hemorragias intracraneales recurrentes en el primer año de vida, por lo que fue necesario iniciar profilaxis con aplicación de Factor VII 1 mg tres veces por semana de forma continua.

La evaluación neurológica mostró que actualmente la niña presenta aumento d la base de sustentación, lo que podría deberse a problemas en cerebelo, atribuibles a las hemorragias sufridas. Hay también estrabismo, por lo que fue evaluada también por Oftalmología encontrando que anexos, segmento anterior y medios son normales. Los fondos de ojo son normales, pero hay endotropia alterna, por lo que se indicó uso de parches en días alternos, y será reevaluada en seis meses.

No hay otras secuelas neurológicas. Obviamente el uso de profilaxis ha resultado en prevención de nuevas hemorragias, y ha mejorado la calidad de vida de la niña.

La niña continuará necesitando profilaxis para evitar nuevas hemorragias y mayores secuelas.

Fecha: 7 de mayo del 2024.


Firma y sello del Médico solicitante


Firma y sello del Gerente de
Pediatría HRN



FORMATO SOLICITUD PARA CONTINUACIÓN DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM

Fecha: 7 mayo / 2024 Unidad Médica asistencial pediatría

Nombre Keisy Daheny Ortiz del Mercado del del Mercado paciente

N° identidad 0511 2020 0 2482

Sexo fem Edad 3 años Peso 13.2 kg Talla 94cm

Diagnóstico Deficiencia congénita de factor VII

Nombre Genérico (DCI) factor VII recombinante Presentación 1mg / frasco
 Dosis 1mg 3 veces / semana

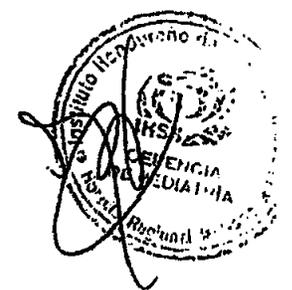
Duración 180 Cantidad 72 frascos
 (En días) (Total solicitado)

- Justificación de continuación de tratamiento: *La paciente no ha presentado datos de sangrado desde el inicio de la profilaxis. Sobre todo no hay nuevas hemorragias intracranéicas que puedan dejar secuelas.*
- Evolución Clínica (reporte de criterios de mejoría clínica actualizada y Beneficio obtenido con el uso del medicamento Fuera - LOM, según parámetros clínicos obtenidos). *La niña ha recuperado la marcha. Verbaliza correctamente y no hay secuelas motoras que causen discapacidad.*
- Adjunte los exámenes de laboratorio y de gabinete que justifiquen el uso del medicamento solicitado (Biometría, bioquímica, antibiograma, y otros)

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: Roxana Ester Martínez

FIRMA REBULO: *[Firma manuscrita]*

ESPECIALIDAD: Oncología ped SERVICIO pediatría



NO SE TRAMITAN SOLICITUDES ILEGIBLES O CON INFORMACIÓN INCOMPLETA.



RECETA MÉDICA

Nº 9886314

NOMBRE: Keisy Daheny Ortiz Mercado
Nº AFILIACIÓN: 0511 2020 02482 FECHA: mayo/24

EDAD: SEXO: M () F (✓)

UNIDAD ASIST: SERVICIO: pedu

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

R/

factor VII recombinante
1mg fco
1mg 1v



[Handwritten signature]
CÓDIGO MÉDICO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

ÚNICAMENTE UN MEDICAMENTO POR RECETA.

CÓDIGO SAP 2300000207

MEDICAMENTO:
CANTIDAD:
FECHA:

Nº 9886314



**KEISY DAHENY
ORTIZ MERCADO**
NOMBRE

0511-2020-02482
NUMERO DE AFILIACION / IDENTIDAD
IHSS - VILLANUEVA
CENTRO DE ATENCION

www.ihss.gob.cr

REGIMEN OBLIGATORIO

Vencimiento del carnet: 14/11/2021

Vencimiento de derechos: 14/11/2038

DERECHO DE ATENCION MEDICA
I, II y III Nivel

Edificio Administrativo: 2670-4527

Hospital Regional del Norte: 2670-4518

ASEGURADO DIRECTO
1808-1987-00413
**YUNIOR XAVIER
ORTIZ CRUZ**



CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO AÑO DEL BICENTENARIO

El infrascrito Comisionado Presidente del Registro Nacional de las Personas, con fundamento en el Decreto Legislativo No. 624-04, Artículo No. 5, numeral 11, Artículo 6, numeral 1.5 y 6 y Decreto Constitucional No. 200-2018, Artículos 43-A y 43-B, Ley 1150, que en los archivos electrónicos de nacimientos contenidos en la base de datos de esta institución se encuentra el acta de nacimiento número:

0|5|1|1|1| - |2|0|2|0| - |0|2|4|8|2

ubicada en el folio 033 del tomo 00872

del Año 2020 y que pertenece a:

a) **ORTIZ**
Apellido

MERCADO
Apellido

b) **KEISY DAHENY**
Nombre

SEXO FEM
Sexo

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento:

a) **SAN PEDRO SULA**
Municipio

b) **CORTES**
Departamento

c) **HONDURAS**
País

d) **QUINCE**
Día

e) **NOVIEMBRE**
Mes

f) **2020**
Año

2.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

N. Identidad: 1808-1987-00415

a) **ORTIZ**
Apellido

b) **CRUZ**
Apellido

c) **JUNIOR XAVIER**
Nombre

HONDUREÑA
Nacionalidad

3.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

N. Identidad: 1607-1989-00188

a) **MERCADO**
Apellido

b) **MERCADO**
Apellido

c) **LIBDY DAHENY**
Nombre

d) **HONDUREÑA**
Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Generada en **GENERADA DESDE LA APP**
Municipio

GENERADA DESDE LA APP
Municipio

a las **TRES**

días del mes

AGOSTO

del **DOS MIL VEINTIUNO**



GRAFIA

INFORMACIÓN DE DERECHO

INFORMACIÓN DEL DIRECTO



Tiene derecho de atención
 Si tiene derecho a maternidad
 COVID-19 VACUNACIÓN COMPLETA CON EL IHSS

Identidad
 1808198700413
 Nombre
 Yunior Xavier Ortiz Cruz

Afiliado directo
 IHSS - NACO SANTA BARBARA

Relación laboral
 - Comercial Cruz S.A. de C.V.
 Existe en SICAF Afiliación
 Pertenece al Sistema Médico Empresa

Existe en SICAF Afiliación

Numcafil
 1808198700413

Numcepa
 No pertenece a la Clausula 58



Beneficiarios y Cotizaciones

Beneficiarios

COTIZACIONES EN LOS ULTIMOS 18 MESES: **19 COTIZACIONES**

Datos

Centro de Atención:

IHSS - VILLAZUVA

Kelsy Daheny Ortiz Mercado

0511202002402

Beneficiario(o) hijo(a)

Edad: 3

Verificación derechos:

14/11/2023

Con derecho

Centro de Atención:

IHSS - WILLAMBEVA

Allison Getsemani Ortiz Cruz

1808201600440

Beneficiario(o) hijo(a)

Edad: 0

Verificación derechos:

11/04/2024

Con derecho

Mostrar 10 registros

Buscar

Periodo	SM	IVM	RP	Patrono	Razonoci
1/4/2024	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/2/2024	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/2/2024	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/1/2024	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/12/2023	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/11/2023	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/10/2023	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/9/2023	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/0/2023	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
1/7/2023	SI	SI	SI	202200000121	CARACOL KINTS S A DE C.V.
Periodo	SM	IVM	RP	Patrono	Razonoci

Mostrando registros del 1 al 10 de un total de 19 registros

Atencion 1 2

NOTA

Además que si uno presenta un problema de identificación, puede que este mal reportado en algunos casos, se recomienda siempre que no se opere por identidad, BUSCAR los nombres también.

Problemas de Planilla e Identidad: Enviarla a planilla pre elaborada

Problemas de Fotografía y Beneficiarios: Enviarla a afiliación

Problemas con la cotización: Soporte Técnico G74

En todas las consultas realizadas dejara un registro.



Listado de Dispensación

23/05/2024

Página 1 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	22/05/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/05/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/04/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/04/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/04/2024	📦	N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/03/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADD RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/03/2024	📦	N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/03/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/02/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/02/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/01/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/01/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/01/2024		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/12/2023	📦	N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/12/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/12/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/11/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/11/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/10/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/10/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/09/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Devol.	12/09/2023		B02BD-003 FACTOR VIII 500-600UI 5ml, 10ml ó 20ml fco (uso h	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/09/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/09/2023		B02BD-003 FACTOR VIII 500-600UI 5ml, 10ml ó 20ml fco (uso h	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/09/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/09/2023		A02BC-010 ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/09/2023		B02AA-001 ACIDO TRANEXANICO 500MG/5ML SOLUCION INY	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/09/2023	📦	N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/08/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/08/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/07/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/07/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/07/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/07/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/07/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/06/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/05/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/05/2023	📦	N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/05/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/05/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADD RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/04/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso

N° Registros: 528

⚠ Alto riesgo

⚠ Estupefaciente

📦 Multidosis

⚠ Avisos



Listado de Dispensación

Paciente: **ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY**

N.H.C.: **0511202002482**

Tipo Mov.	Fecha	Código	Articulo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	11/04/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/03/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/03/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/02/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/02/2023		N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/02/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/02/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/02/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/02/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/01/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/01/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/01/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/01/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/01/2023		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/01/2023		A07CA-001 SALES PARA HIDRATAACION ORAL solucion oral, so	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/01/2023		J01CR-005 AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 400mg+57m	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/01/2023		N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/12/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/12/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/12/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/11/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/11/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/11/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/11/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/11/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/10/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/10/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	17/10/2022		N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	17/10/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/10/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/10/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/09/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/09/2022		N02BE-006 ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/09/2022		J01XA-001 VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/09/2022		J01DH-004 MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/09/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/09/2022		J01XA-001 VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/09/2022		J01DH-004 MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/09/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/09/2022		N02BE-006 ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/09/2022		J01XA-001 VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/09/2022		J01DH-004 MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso



Listado de Dispensación

23/05/2024
Página 3 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	02/09/2022		J01XA-001 VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso. Infectología	7,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/09/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMÓL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/09/2022		J01DH-004 MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/09/2022		J01XA-001 VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso. Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/09/2022		J01DH-004 MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/08/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMÓL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/08/2022		M01AE-001 DEXKETOPROFENO 50MG/2ML AMPOLLA	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/08/2022		J01DE-001 CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasc	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2022		J01DE-001 CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasc	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2022		M01AE-001 DEXKETOPROFENO 50MG/2ML AMPOLLA	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/08/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/08/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	15/08/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/08/2022	01	R06AX-002 LORATADINA 5mg/5ml Jarabe frasco 100ml	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/08/2022		J01DE-001 CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasc	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/08/2022		J01DE-001 CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasc	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/08/2022		J01GB-001 AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/08/2022		N02BE-006 ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/08/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/07/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/07/2022	01	J05AB-003 ACICLOVIR 200 mg/5ml suspn. frasco 100-	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/07/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMÓL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/07/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/07/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/07/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/06/2022	01	D06AX-001 ACIDO FUSIDICO 2% crema tópica tubo 15g	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/06/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/06/2022	01	J01CR-005 AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 400mg+57m	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/06/2022	01	J01CF-001 DICLOXACILINA sal sódica 250mg/5ml suspensión o	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/06/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/06/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/06/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/05/2022	01	J01CF-001 DICLOXACILINA sal sódica 250mg/5ml suspensión o	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/05/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/05/2022		A02BC-009 ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, st	7,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/05/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/05/2022	01	N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML. L. CO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/05/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/04/2022	01	N02BE-001 ACETAMINOFEN (PARACETAMÓL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/04/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/03/2022		B02BD-007 FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso



Listado de Dispensación

23/05/2024
Página 4 de 13

Paciente: **ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY**

N.H.C.: **0511202002482**

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	21/03/2022	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/03/2022	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/02/2022	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/02/2022	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/02/2022	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/02/2022	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/02/2022	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/01/2022	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	17/01/2022	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/01/2022	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/01/2022	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/12/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/12/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/12/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/12/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/11/2021	A07CA-001	SALES PARA HIDRATAACION ORAL solucion oral, so	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/11/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	10,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/11/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/11/2021	A07CA-001	SALES PARA HIDRATAACION ORAL solucion oral, so	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/11/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/11/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/11/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/11/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/11/2021	J01CR-005	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 400mg+57m	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/11/2021	A07CA-001	SALES PARA HIDRATAACION ORAL solucion oral, so	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/11/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/11/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/11/2021	A12BA-001	POTASIO (cloruro) 2mEq/ml solucion iny, amp 10ml L	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/11/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 1.0000ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/11/2021	N05BA-004	DIAZEPAN 5mg/ml solucion inyectable, ampolla 2ml	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/11/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/10/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/10/2021	J01GB-001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/10/2021	J02AC-002	FLUCONAZOL 200mg 2mg/ml sin iny, fco 100ml uso	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/10/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/10/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	7,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/10/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	7,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/10/2021	J01GB-001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/10/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/10/2021	J02AC-002	FLUCONAZOL 200mg 2mg/ml sin iny, fco 100ml uso	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/10/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/10/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso

Nº Registros: 528

Alto riesgo

Estupefaciente

Multidosis

Avisos



Listado de Dispensación

Paciente: **ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY**

N.H.C.: **0511202002482**

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	04/10/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/10/2021	B02AA-001	ACIDO TRANEXANICO 500MG/5ML SOLUCION INY	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/10/2021	J01GB-001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/10/2021	J02AC-002	FLUCONAZOL 200mg 2mg/ml sin iny. fco 100ml uso	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/10/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/10/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, infectologia	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/09/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspension oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/09/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/09/2021	J01GB-001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/09/2021	J02AC-002	FLUCONAZOL 200mg 2mg/ml sin iny, fco 100ml uso	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/09/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/09/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/09/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/09/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/09/2021	J01GB-001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/09/2021	B02AA-001	ACIDO TRANEXANICO 500MG/5ML SOLUCION INY	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/09/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/09/2021	B02AA-001	ACIDO TRANEXANICO 500MG/5ML SOLUCION INY	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/09/2021	J01GB-001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/09/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/09/2021	A12BA-001	POTASIO (cloruro) 2meq/ml solucion iny, amp 10ml t	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/09/2021	H02AB-001	DEXAMETASONA fosfato sódico 4mg/ml sin iny, fco :	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/09/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/09/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/09/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/09/2021	H02AB-001	DEXAMETASONA fosfato sódico 4mg/ml sin iny, fco :	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/09/2021	A12BA-001	POTASIO (cloruro) 2meq/ml solucion iny, amp 10ml t	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/09/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/09/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/09/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/09/2021	J01MA-010	LEVOFLOXACINA 500 MG SLN. INY. 100 ML	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso



Listado de Dispensación

23/05/2024

Página 6 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	13/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/09/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/09/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/09/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/09/2021	J01MA-010	LEVOFLOXACINA 500 MG SLN. INY. 100 ML	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/09/2021	J01MA-010	LEVOFLOXACINA 500 MG SLN. INY. 100 ML	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/09/2021	N02AX-003	TRAMADOL 50mg/ml solución inyectable ampolla 2rr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/09/2021	N02AA-002	MORFINA 10mg/ml sin iny, 1ml Uso onco, anestesiol	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/09/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/09/2021	J01MA-010	LEVOFLOXACINA 500 MG SLN. INY. 100 ML	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/09/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2021	A12BA-001	POTASIO (cloruro) 2meq/ml solución iny, amp 10ml L	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2021	J01MA-010	LEVOFLOXACINA 500 MG SLN. INY. 100 ML	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso M	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2021	N05BA-004	DIAZEPAN 5mg/ml solución inyectable, ampolla 2ml	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/08/2021	N02AA-002	MORFINA 10mg/ml sin iny, 1ml Uso onco, anestesiol	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/08/2021	N02AA-002	MORFINA 10mg/ml sin iny, 1ml Uso onco, anestesiol	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/08/2021	J01GB-005	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/08/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso M	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/08/2021	J01MA-010	LEVOFLOXACINA 500 MG SLN. INY. 100 ML	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/08/2021	N02AX-003	TRAMADOL 50mg/ml solución inyectable ampolla 2rr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/08/2021	J01MA-010	LEVOFLOXACINA 500 MG SLN. INY. 100 ML	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/08/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/08/2021	J01GB-005	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/08/2021	N02AX-003	TRAMADOL 50mg/ml solución inyectable ampolla 2rr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/08/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso M	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso



Listado de Dispensación

23/05/2024

Página 7 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	25/08/2021	J01GB-005	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/08/2021	N05BA-004	DIAZEPAN 5mg/ml solución inyectable, ampolla 2ml	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/08/2021	B01AD-002	ALTEPLASA 50MG POLVO RECONSTITUIZADO SOLUCIO	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/08/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/08/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso b	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/08/2021	J01GB-005	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/08/2021	N02AX-003	TRAMADOL 50mg/ml solución inyectable ampolla 2rr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/08/2021	N02AX-003	TRAMADOL 50mg/ml solución inyectable ampolla 2rr	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/08/2021	J01GB-005	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/08/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/08/2021	J02AX-001	CASPOFUNGINA acetato 50mg INY. FCO 10ml uso r	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/08/2021	J01XX-005	POLIMIXINA B 500.000 UI FCO	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/08/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/08/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/08/2021	J02AX-001	CASPOFUNGINA acetato 50mg INY. FCO 10ml uso r	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/08/2021	J01XX-002	LINEZOLID 2mg/ml solución inyectable bolsa	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/08/2021	J02AX-001	CASPOFUNGINA acetato 50mg INY. FCO 10ml uso r	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/08/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/08/2021	J01XX-005	POLIMIXINA B 500.000 UI FCO	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/08/2021	J01XX-002	LINEZOLID 2mg/ml solución inyectable bolsa	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	17/08/2021	J01XX-002	LINEZOLID 2mg/ml solución inyectable bolsa	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/08/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/08/2021	J01XX-002	LINEZOLID 2mg/ml solución inyectable bolsa	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/08/2021	J01XX-005	POLIMIXINA B 500.000 UI FCO	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/08/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/08/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/08/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso



Listado de Dispensación

23/05/2024

Página 8 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	11/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/08/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	10/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/08/2021	A12BA-001	POTASIO (cloruro) 2meq/ml solución iny, amp 10ml u	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/08/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/08/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/08/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/08/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/07/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	30/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/07/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/07/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/07/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspensión oral, sr	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspensión oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/07/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspensión oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/07/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspensión oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/07/2021	R06AX-002	LORATADINA 5mg/5ml jarabe frasco 100ml	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/07/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspensión oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso





Listado de Dispensación

23/05/2024

Página 9 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	19/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	15/07/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	15/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	15/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/07/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/07/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SDLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	13/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/07/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/07/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/07/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/07/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/07/2021	J01DE-001	CEFEPIMA (clorhidrato) 1g (1000mg) inyección frasco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/07/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/07/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/07/2021	J01CF-001	DICLOXACILINA sal sódica 250mg/5ml suspensión o	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/07/2021	M01AB-003	DICLOFENACO (sódico) 25mg/ml, sin iny uso I.V e I.	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/07/2021	J01CF-003	OXACILINA (sódica) 1g polvo para inyección frasco 1	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/07/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	09/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/07/2021	J01CF-003	OXACILINA (sódica) 1g polvo para inyección frasco 1	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/07/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/07/2021	M01AE-007	IBUPROFENO 100MG/5ML SUSPENSION ORAL FR	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/07/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/07/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/07/2021	N03AG-001	VALPROATO SODICO 200mg/ml solucion oral frasc	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/07/2021	J01CF-003	OXACILINA (sódica) 1g polvo para inyección frasco 1	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/07/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/07/2021	M01AB-003	DICLOFENACO (sódico) 25mg/ml, sin iny uso I.V e I.	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/07/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso I.	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/07/2021	B05BB-001	AGUA DESTILADA ESTERIL para inyección, frasco c	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/07/2021	A12BA-001	POTASIO (cloruro) 2meq/ml solucion iny, amp 10ml L	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso





Listado de Dispensación

23/05/2024
Página 10 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	06/07/2021	J01CF-003	OXACILINA (sódica) 1g polvo para inyección frasco 1	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/07/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL. SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/07/2021	M01AB-003	DICLOFENACO (sódico) 25mg/ml sin inyección I.V e I.	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/07/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso h	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/07/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Devol.	06/07/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/07/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso h	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/07/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/07/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/07/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/07/2021	N05BA-004	DIAZEPAN 5mg/ml solución inyectable, ampolla 2ml	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/07/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/07/2021	A07CA-001	SALES PARA HIDRATACION ORAL solucion oral, so	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/07/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/06/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Devol.	18/06/2021	B02BD-003	FACTOR VIII 500-600UI 5ml, 10ml ó 20ml fco (uso h	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	17/06/2021	B02BD-003	FACTOR VIII 500-600UI 5ml, 10ml ó 20ml fco (uso h	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	31/05/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/05/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	30,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/05/2021	A02BX-001	SUCRALFATO 1g sobre Uso en UCI, gastroenterolog	30,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/05/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/05/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/05/2021	J01GB-005	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/05/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/05/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/05/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/05/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/05/2021	J01GB-005	AMIKACINA (COMO SULFATO) 500MG (250MG/ML)	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/05/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/05/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	7,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/05/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/05/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/05/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	03/05/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	02/05/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/05/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/05/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/05/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectologia	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/05/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/05/2021	N02BB-001	DIPIRONA MAGNESICA 2g/5ml solución inyectable,	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	29/04/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/04/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso

Nº Registros: 528



Alto riesgo



Estupefaciente



Multidosis



Avisos



Listado de Dispensación

23/05/2024

Página 12 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	20/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/04/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/04/2021	N03AE-001	CLONAZEPAN 2mg tab ranurada uso psiquia, neuro.	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/04/2021	B02BA-001	VITAMINA K1 (fitomenadiona) 10mg/ml sin iny amp 1	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/04/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sin iny, fco 5ml uso A	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/04/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	19/04/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	18/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	17/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	17/04/2021	N02AB-002	FENTANILO 0.05MG/ML AMPOLLA 10ML UCI, ONCI	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/04/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/04/2021	A12BA-001	POTASIO (cloruro) 2meq/ml solucion iny, amp 10ml L	12,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/04/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (1000MG/100ML) SOLU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/04/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para inyección, frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/04/2021	N01AX-003	PROPOFOL 1% 10mg/ml iny, amp 20ml uso en anes	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	16/04/2021	N02AB-002	FENTANILO 0.05MG/ML AMPOLLA 10ML UCI, ONCI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	15/04/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	15/04/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	15/04/2021	N01AX-003	PROPOFOL 1% 10mg/ml iny, amp 20ml uso en anes	6,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/04/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/03/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/03/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/03/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/03/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/02/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/02/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/01/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/01/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/01/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/01/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/01/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/01/2021	N03AX-006	LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	14/01/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	12/01/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	11/01/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	08/01/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	07/01/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	06/01/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/01/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	05/01/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	04/01/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso



Listado de Dispensación

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	28/04/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspensión oral, s	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/04/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Perriso	Sin Permiso
Salida	28/04/2021	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solu	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/04/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/04/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/04/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/04/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/04/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/04/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	26/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/04/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/04/2021	J01DH-004	MEROPENEM 1G (1.000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/04/2021	R03BB-002	IPRATROPIO (bromuro) 250mcg/ml, sln/nebulizador	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/04/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/04/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (100MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/04/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1.000MG	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	23/04/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sln iny, fco 5ml uso h	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Devof.	22/04/2021	B02BD-003	FACTOR VIII 500-600UI 5ml, 10ml ó 20ml fco (uso h	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	N02BE-001	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 120MG/5ML JAI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	B02BD-003	FACTOR VIII 500-600UI 5ml, 10ml ó 20ml fco (uso h	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	A07EA-001	BUDESONIDA 0.5mg/ml suspensión para nebulizar, s	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	C01CA-004	NOREPINEFRINA 1mg/ml sln iny, amp 4ml uso en U	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	A07FA-001	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	A02BC-009	ESOMEPRAZOL 10mg granulado suspencion oral, sr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, Infectología	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	22/04/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1.000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	B05BB-021	CLORURO DE SODIO 20 % SOLUCION INYECTABI	5,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	N02BE-006	ACETAMINOFEN 10MG/ML (100MG/100ML) SOLU	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	A02BC-010	ESOMEPRAZOL 40mg polvo para suspensión frasco	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	J01XA-001	VANCOMICINA 500mg iny fco 10ml uso, infectología	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	J01DD-003	CEFTRIAXONA (COMO SAL SÓDICA) 1G (1.000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	C01CA-004	NOREPINEFRINA 1mg/ml sln iny, amp 4ml uso en U	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	N03AB-003	DIFENILHIDANTOINA 50mg/ml sln iny, fco 5ml uso h	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	N01AX-003	PROPOFOL 1% 10mg/ml iny, amp 20ml uso en anes	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	21/04/2021	N02AB-002	FENTANILO 0.05MG/ML AMPOLLA 10ML UCI, ONCC	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/04/2021	R03CC-002	SALBUTAMOL Base 0.5%, 5mg/ml sln P/nebulizar fr	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/04/2021	R03BB-002	IPRATROPIO (bromuro) 250mcg/ml, sln/nebulizador	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/04/2021	A07EA-001	BUDESONIDA 0.5mg/ml suspensión para nebulizar, s	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	20/04/2021	H02AB-001	DEXAMETASONA fosfato sódico 4mg/ml sln iny, fco	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso





Listado de Dispensación

23/05/2024

Página 13 de 13

Paciente: ORTIZ MERCADO, KEISY DAHENY

N.H.C.: 0511202002482

Tipo Mov.	Fecha	Código	Artículo	Cantidad	Precio	Importe
Salida	30/12/2020		A07FA-001 SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	28/12/2020		B02BA-001 VITAMINA K1 (fitomenadiona) 10mg/ml sin iny amp 1	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	27/12/2020		B02BA-001 VITAMINA K1 (fitomenadiona) 10mg/ml sin iny amp 1	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		B05BB-021 CLORURO DE SODIO 20 % SOLUCION INYECTABI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		B05BB-001 AGUA DESTILADA ESTERIL para inyección, frasco c	4,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		B05BA-010 DEXTROSA 50% solución inyectable, frasco 50ml	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		M01AB-003 DICLOFENACO (sódico) 25mg/ml, sin iny uso I.V e I.	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		A12AA-002 CALCIO (gluconato) Base 10% (100mg/ml) sin iny, ar	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		A12BA-001 POTASIO (cloruro) 2meq/ml solución iny, amp 10ml L	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		H02AB-001 DEXAMETASONA fosfato sódico 4mg/ml sin iny, fco :	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		C03CA-001 FUROSEMIDA 10mg/ml solución inyectable, ampolla	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		A02BA-001 RANITIDINA (Base o clorhidrato) 25mg/ml sin iny am	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		A07FA-001 SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG POLVO SU	2,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		J01DD-003 CEFTRIAXONA (COMO SAL SODICA) 1g (1,000MG	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		N02AA-002 MORFINA 10mg/ml sin iny, 1ml Uso onco, anestesiol	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		N05CD-004 MIDAZOLAN 5mg/ml sin iny, ampolla 10ml uso UCI, j	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		G01CA-001 ADRENALINA O EPINEFRINA 1:1000 (1mg/ml) sin ir	10,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		N05CD-002 MIDAZOLAN 1mg/ml sin iny, amp 5ml uso en aneste:	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		A12BA-001 POTASIO (cloruro) 2meq/ml solución iny, amp 10ml L	3,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		A04AD-002 DIMENHIDRINATO 50mg/ml solución inyectable, amj	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		A02BA-001 RANITIDINA (Base o clorhidrato) 25mg/ml sin iny am	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	24/12/2020		B02BA-001 VITAMINA K1 (fitomenadiona) 10mg/ml sin iny amp 1	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	01/12/2020		N03AX-006 LEVETIRACETAM 100MG/ML FCO 150-300ML NEUI	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Salida	25/11/2020		J01DH-004 MEROPENEM 1G (1,000MG) INTRAHOSPITALARIC	1,000	Sin Permiso	Sin Permiso
Total:						Sin Permiso

MEMORANDO

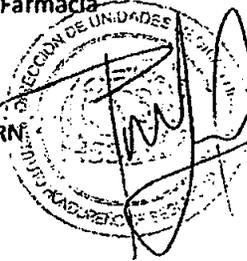
No. CFTL-15-HRN-2024

20 de Mayo de 2024

Para: Dra. Teresa Reyes / Dirección Médica Nacional
Dra. Karen Padgett / Jefe de Unidad de Servicios de Farmacia

De: Dr. Fabián Pineda / Director de Unidades Médicas
Coordinador del Comité de Farmacoterapia Local HRN

Asunto: Remisión Acta de Farmacoterapia



Reciban un cordial saludo por este medio remito Acta N. 8, de fecha 16 Mayo del presente año, del Comité de Farmacoterapia Local con los puntos tratados.

Cc. Comité de Farmacoterapia Local
Archivo/KS

San Pedro sula, Cortés
Honduras C.A.

F. Pineda

intelectual y ni verbal, la paciente continuara necesitando profilaxis para evitar nuevas hemorragias y mayores secuelas.

La paciente ha logrado estar sin sangrado con la aplicación de este medicamento por todo lo anterior lo solicita su médico tratante el Dra. Roxana Martínez (Hematóloga Pediatra IHSS/HRN).

Conclusión:

El Comité de Farmacoterapia Local aprueba la solicitud de continuación de tratamiento del medicamento y lo envía a la Dirección Médica Nacional para su autorización.

2. Se da lectura a Memorando GP-SSH-245-24, referente a Continúación de Tratamiento del Medicamento Fuera del Listado Oficial de Medicamentos RIDISPLAM con dosis de 7cc al día, utilizando un total de 3 frascos por cada mes que son de uso continuo, para la paciente Allison Ivanna Vallecillo Hernández con Numero de identidad 1604-2019-00055, con Diagnóstico Atrofia espinal congénita tipo 3, lesión neuromotora inferior, hipotonía periférica, con aumento en la dosis por talla y peso, lo indica su médico tratante Dr. Mario Velásquez (Neurólogo Pediatra).

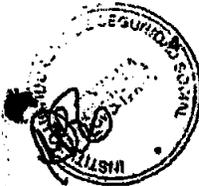
Conclusión:

El Comité de Farmacoterapia Local aprueba la solicitud de continuación de tratamiento del medicamento y lo envía a la Dirección Médica Nacional para su autorización.

3. Se presenta solicitud de Inicio de Tratamiento del Medicamento Fuera del Listado Oficial de Medicamentos USTEKINUMAB IV 130 mg y 90 mg con dosis de 130mg dosis de inducción y luego 90mg sc cada día; por 12 semanas, para el paciente Hernán Alexander Sosa Robles con numero de identidad 0413-1976-00431 con diagnóstico de Enfermedad de Crohn, Diagnosticado desde 2011 con evolución muy tórpida, con fistulas, fue sometido a colectomía total, colostomía permanente, preservación de recto, se le continuo con sulfasalasina, sin embargo este paciente continua con sangrado rectal de manera intermitente, razón por la cual se solicita el medicamento como opción más pertinente, lo solicita, su médico tratante Dra. Karla Flores/Gastroenteróloga.

Conclusión:

El Comité de Farmacoterapia Local aprueba la solicitud de inicio de tratamiento del medicamento y lo envía a la Dirección Médica Nacional para su autorización.



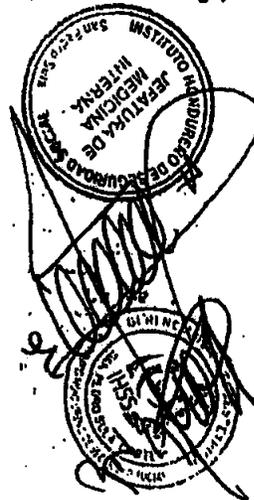
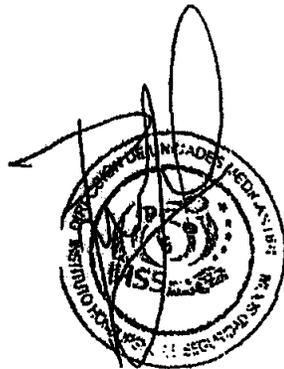
Se da lectura a Memorando No. 299-FCE-HRN-2024, No. 300-FCE-HRN-2024 Y No. 323-FCE-HRN-2024, Enviado por Dra. Ema Canales/ Químico Farmacéutico Farmacia Consulta externa referente a Notificación de sospecha de Reacción Adversa de los siguientes medicamentos:

CODIGO	DESCRIPCION	UNI	LABOTARIO Y LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
N03AX006	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución oral frasco 300ml.	FCO	LABORATORIO: HETERO LOTE: E234520	11/2025

paciente ha presentado dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago, escalofríos y ha recaído en sus ataques.

San Pedro sula, Cortés
Honduras C.A.

@IHSSHonduras



1155

HONDURAS

CODIGO	DESCRIPCION	UNI	Programación n. Mensual Autorizada 2024	Programación Mensual 2024 solicitada por ajuste
L01AA008	BENDAMUSTINA 100mg	FCO	3	10 FRASCOS

Conclusión:

El Comité de Farmacoterapia Local aprueba la solicitud de incremento al estándar del medicamento para este año 2024.

7. Se da lectura a Memorando No. 97-VH COVID-19-HRN-2024, Enviado por Dra. Melida Benitez/Químico Farmacéutico Ventanilla Hospitalaria COVID-19, Referente a inclusión a la programación del año 2024, del medicamento abajo descrito, a solicitud del Servicio de Cirugía Vascolar:

CODIGO	DESCRIPCION	UNI	Programación Mensual Autorizada 2024	Programación Mensual 2024 solicitada por ajuste
B01AC005	CILOSTAZOL 100mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	2,100	2,600

Conclusión:

El Comité de Farmacoterapia Local aprueba la solicitud de incremento al estándar del medicamento para este año 2024.

8. Se da lectura a Memorando No. 89-VH COVID-19-HRN-2024, Enviado por Dra. Melida Benitez/Químico Farmacéutico Ventanilla Hospitalaria COVID-19, Referente a Notificación de falla Terapéutica, realizado por el Dr. Mario Velásquez/Neurólogo Pediatra, del medicamento abajo detallado:

CODIGO	DESCRIPCION	UNI	LABOTARORIO Y LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
N03AX006	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución oral frasco 300ml.	FCO	LABORATORIO: HETERO LABS limited LOTE: E234520	11/2025

Conclusión:

El Comité de Farmacoterapia Local acuerda notificar esta Falla Farmacéutica a la Dirección Médica Nacional.

San Pedro sula, Cortés Honduras C.A.

@IHSSHonduras



13. Se da lectura a Memorando No. GDOE/184/2024 enviado por El Dr. Jorge Esteban Molina/Gerente Interino de Consulta Externa, donde solicita que debido al poco recurso de Sub Especialidad y a la gran demanda de pacientes, se solicita autorizar a los médicos generales abajo descritos para realizar recetas a los pacientes como seguimiento de tratamientos de uso crónicos, de los medicamentos de uso restringido y exclusivos de especialidades médicas:

- Dr. Edwin Sabillon
- Dra. Ester Cristof
- Dra. Estela Fontana
- Dra. Erika Garcia
- Dr. Nelson Cruz Marin
- Dr. Christian Torres Plutarco

De los siguientes Medicamentos con restricción:

CODIGO	DESCRIPCION	UNI
C09CA008	DIOSMINA + HESPERIDINA 1g (900MG+100MG) TAB	TAB
G04CA001	ALFUZOSINA (clorhidrato) 10mg tableta de liberación prolongada. (uso exclusivo Urología)	TAB
C09CA005	CANDESARTAN (cilexetilo) 8mg tableta ranurada (uso exclusivo en cardiología y medicina interna)	TAB
C09CA006	CANDESARTAN (cilexetilo) 32mg tableta ranurada (uso exclusivo en cardiología y medicina interna)	TAB
A10BD002	METFORMINA + SITAGLIPTINA 100050 mg tableta recubiertas respectivamente	TAB

Conclusión:

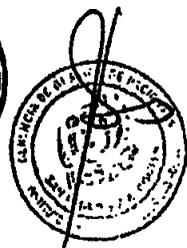
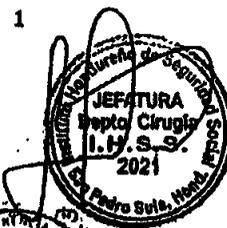
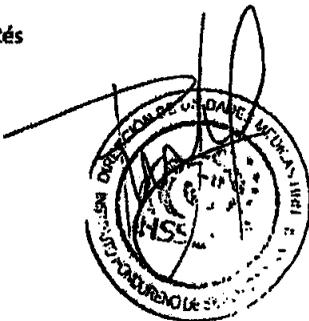
El Comité de Farmacoterapia Local aprueba y solicita a la Dirección Medica Nacional que se habilite el medicamento a los médicos solicitados.

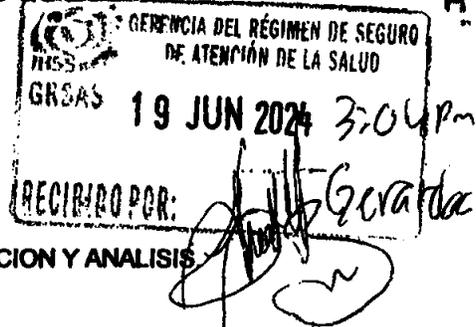


Próxima reunión según necesidad.
Se anexa asistencia.



San Pedro sula, Cortés
Honduras C.A.
@IHSS-Honduras



Martes 18 de Junio de 2024
PARA: DRA. TERESA ISABEL REYES ALMENDAREZ
DIRECTORA MÉDICA NACIONAL

DE: DRA. CLARA VICTORIA NOLASCO MARTINEZ
COORDINACION DE FARMCOVIGILANCIA INVESTIGACION Y ANALISIS
ASUNTO: DICTAMEN TECNICO PARA ADQUISICION DE MEDICAMENTO FUERA DE LOM POARA PACIENTE KEISY ORTIZ IDENTIDAD 0511-2020-02482

En atención a la solicitud de adquisición de **CONTINUACIÓN DE MEDICAMENTO FUERA DE LOM**, para tratamiento crónico de paciente atendida en Hospital Regional del Norte, solicitud remitida mediante memorando 446-JSF-HRN-2024, adjunta el acta de Comité de Farmacoterapia local No 8, remitida mediante memorando No CFL-15-HRN-2024, caso remitido mediante memorando No GP-SSH-248-2024 por la Dra. Yumana Bandy, para lo cual, según procedimiento administrativo vigente, se extiende **DICTAMEN TÉCNICO** referente a la continuación de tratamiento del medicamento prescrito al paciente descrita a continuación:

NOMBRE DEL PACIENTE	N° IDENTIDAD	DIAGNOSTICO	MEMO SOLICITUD	PRODUCTO SOLICITADO	MEDICO TRATANTE
KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO	0511-2020-02482	DEFICIENCIA CONGENITA SEVERA DE FACTOR VII (EN RIESGO LA VIDA DE LA PACIENTE)	446-JSF-HRN-2024 del 21 de Mayo de 2024	Factor VII Activado recombinante 1mg s/n inyectable con código B02BD007	Dra. Roxana Esther Martínez (Médico Solicitante de continuación)

ANTECEDENTES DEL CASO

Referente a la paciente: **KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO**, sexo femenino, derechohabiente Beneficiaria hija (padre con más de 18 cotizaciones según sistema), fecha de nacimiento 15 de noviembre de 2020, edad 3 años 6 meses, no existen otro tipo de tratamientos farmacológicos posibles a emplear en este caso para manejo de la enfermedad, según el resumen clínico para salvar la vida de la menor, se solicitó en el año 2020 su inicio de emergencia.

Paciente con historial de ingreso a la emergencia del Hospital Regional del Norte, a los 23 días de nacida según episodio No 14339203, del 8 de diciembre de 2020, edad 23 días de nacida, en esta ocasión la paciente fue evaluada por Dr. CABALLERO CARBAJAL, diagnostica trastorno de la coagulación, el médico tratante menciona que el viernes anterior, paciente regreso a transfusión y el día de la consulta, la paciente inicio sangrado en área umbilical, paciente hemodinámicamente estable evidencia de sangrado en área umbilical resto de órganos sin alteraciones antecedente paciente, nació por cesárea a las 41.5 semanas de gestación en el IHSS hospitalizada del 20 de noviembre al 12 diciembre (10 días).

Según episodio 14402645, del 22 de Diciembre de 2020, la paciente es atendida por la Dra. Diana María Ramírez Rivera, consigna en el expediente una sospecha de déficit de factor VII de coagulación, clínicamente en buen estado general, no hay datos clínicos de sangrado. Realiza exámenes y consigna en espera de resultados de cuantificación de factores dependientes de vitamina K.

Según los episodios del año 2020, Números 14327431, 143392203, 144022845, 14408594, 14492997, 14538386, entre otros registran las atenciones realizadas a la paciente por los servicios de emergencia del Hospital Regional del Norte.

Posteriormente la médico tratante Dra. Diana María Ramírez Rivera, solicita adquisición de FACTOR VII en episodio No 15138865 de fecha 20 de Mayo de 2021, la médico describe que la paciente con déficit congénito de FACTOR VII, tuvo una hemorragia cerebral 15 de abril luego de estar 1 semana sin factor porque no se pudo canalizar actualmente con el puerto que manejan los familiares, por donde aplican factor vii. Acude por medicamento

Desde hace más de 3 años, este medicamento se ha adquirido para paciente pediátrica, según el resumen clínico con fecha 7 de Mayo de 2024, emitido por el médico tratante oncóloga pediátrica Dra. Roxana Esther Martínez y la Dra. Yumana Bandy Gerente de Pediatría, mencionan que la paciente femenina conocida desde el periodo neonatal por hemorragia intracraneal, que al ser investigada resulto secundaria a deficiencia congénita de factor VII, presento

hemorragias intracraneales recurrentes durante el primer año de vida por lo que fue necesario iniciar profilaxis con aplicación de factor VII, 1mg 3 veces por semana de forma continua, la evaluación neurológica mostro que actualmente la niña presenta aumento de la base de sustentacion, lo que podría deberse a problemas en el cerebelo, atribuibles a las hemorragias sufridas, hay también estrabismo por lo que fue evaluada por el oftalmólogo, encontrando que nexos segmento anterior y medios son normales, los fondos de ojo son normales pero hay endotropia interna... no hay otras secuelas neurológicas, obviamente el uso de profilaxis (FACTOR VII), ha resultado en prevención de nuevas hemorragias, y ha mejorado la calidad de vida de la paciente.

Historial de consumo: la paciente cuenta con 123 dispensaciones en sistema de FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inyectable con código B02BD007, desde el año 2020 (cerca de su nacimiento), a la fecha, demostrando la adherencia al tratamiento y dispensación a la paciente, concluyendo que es una paciente activa, en total, el instituto ha provisto de su tratamiento profiláctico a la paciente de un total de 493 frascos, todas las dispensaciones realizadas desde la ventanilla Hospitalaria de HRN, se listan a continuación:

episodio	código	nombre	cantidad	numero	fecha
17075172	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	1359920	02/06/2022
18421682	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	3726	03/01/2023
20672181	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	4770	03/01/2024
18516535	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	2	276991	03/02/2023
16863508	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	1069883	03/05/2022
17873669	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	2	2437482	03/10/2022
16666988	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	823537	04/04/2022
17247261	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	1636751	04/07/2022
19525633	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	1806077	04/07/2023
21666614	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	1680709	05/06/2024
17679198	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	1	2197067	05/09/2022
20514056	B02BD-007	FACTDR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	3440319	05/12/2023
16099448	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	2696610	06/12/2021
18610471	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	306615	07/02/2023
21464270	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	1340147	07/05/2024
19740446	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2158452	07/08/2023
17679198	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	1	2216063	07/09/2022
17407836	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	1952776	08/08/2022
19985315	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2525792	08/09/2023
20343529	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	3137037	08/11/2023
16247234	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	76050	10/01/2022
21272677	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	1052822	10/04/2024
19224621	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	1291160	10/05/2023
17676479	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2467518	10/10/2022
20159044	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	2836837	10/10/2023
18467396	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	82440	11/01/2023
19037614	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	973757	11/04/2023
19570555	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	1873934	11/07/2023
19985315	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2543648	11/09/2023
21006070	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	741427	12/03/2024
17310838	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	1712199	12/07/2022
18632156	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	359411	13/02/2023
20913965	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	420730	13/02/2024
17122204	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	1445962	13/06/2022
16492858	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	405823	14/02/2022
16492858	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	632253	14/03/2022
19413829	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	1614094	14/06/2023
18096549	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2778432	14/11/2022
18096549	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2773332	14/11/2022
16155018	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	2775762	14/12/2021
17545360	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	2	2011796	15/08/2022
20745357	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	143840	16/01/2024
19814412	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	2261277	16/08/2023
16317057	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	141387	17/01/2022
17958515	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2530217	17/10/2022
17369278	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	1769184	18/07/2022
18467396	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	153351	19/01/2023
19624691	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	1960379	19/07/2023
17679198	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2307450	19/09/2022
18773937	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	3102506	19/12/2022
18011800	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	3588503	19/12/2023
18528971	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	467082	21/02/2022
18421682	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	445845	21/02/2023
16722336	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	5	962888	21/04/2022
18096549	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	3	2847076	21/11/2022
21571735	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solución inye	6	1509354	22/05/2024

17545033	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	2071284	22/08/2022
20434111	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	3293624	22/11/2023
16042137	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	4	2584378	23/11/2021
18518535	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	189822	24/01/2023
18941538	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	808576	24/03/2023
19318686	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	1	1448865	24/05/2023
17873669	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	2595897	24/10/2022
21385591	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	1231151	25/04/2024
19861258	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	2027703	25/07/2023
19922820	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	3010513	25/10/2023
21183156	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	909794	26/03/2024
20092953	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	2710211	26/09/2023
20831186	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	584764	27/02/2024
16189968	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	2879197	27/12/2021
18202010	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	3149308	27/12/2022
16539902	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	526357	28/02/2022
18587006	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	4	522606	28/02/2023
16722336	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	760362	28/03/2022
18154874	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1189756	28/04/2023
17675198	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	2138202	29/08/2022
20831186	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	275085	30/01/2024
18985807	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	877094	30/03/2023
19922820	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	2424278	30/08/2023
16412292	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	271452	31/01/2022
18467396	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	245280	31/01/2023
19318686	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	6	1527605	31/05/2023
19525633	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	2090299	31/07/2023
15385414	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1602099	02/08/2021
15569413	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	1889017	03/09/2021
15895895	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	2413309	03/11/2021
15666326	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	7	2156850	04/10/2021
14444619	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	459897	05/03/2021
15263323	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	1359927	05/07/2021
15267126	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1368360	05/07/2021
15267126	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1368360	05/07/2021
14801997	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	661114	07/04/2021
15267126	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1390700	08/07/2021
15895895	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	2448836	08/11/2021
14714707	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	497420	11/03/2021
14550872	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	311479	12/02/2021
15481585	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	1698432	12/08/2021
15978940	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	2485826	12/11/2021
18340494	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	3051992	12/12/2022
15840824	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1967195	13/09/2021
15812990	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	2232364	14/10/2021
14849038	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	4	716935	15/04/2021
14849038	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	722314	16/04/2021
15327448	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	1478435	19/07/2021
15523653	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1769412	20/08/2021
15666326	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	2018465	20/09/2021
14509858	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	165257	22/01/2021
14509858	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	157474	22/01/2021
14509858	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	4	157220	22/01/2021
14637888	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	371762	22/02/2021
14522712	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	183852	26/01/2021
14776696	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	600139	26/03/2021
15385414	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1536382	26/07/2021
15523653	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1814874	26/08/2021
14879009	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	810222	28/04/2021
14926406	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	817201	28/04/2021
15666326	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	2102262	28/09/2021
18245283	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	2921729	28/11/2022
18202010	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	1	2918180	28/11/2022
14926406	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	2	823742	29/04/2021
15230372	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1316437	29/09/2021
1573208	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	5	1065244	31/05/2021
1850425	B02BD-007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG solucion inye	3	2660830	31/10/2022
TOTAL			493		

Referente a la patología: la DEFICIENCIA CONGENITA SEVERA DE FACTOR VII, es un trastorno causado por la falta de la proteína factor VII (siete), que naturalmente forma parte de los elementos que conforman la sangre, al no estar

presente esta proteína, causa problemas al momento de la coagulación sanguínea, este trastorno, al ser congénito, tiene un causal hereditario, La deficiencia del factor VII se transmite de padres a hijos (hereditario) y es muy poco común. Ambos padres deben portar el gen para transmitir el trastorno a sus hijos. Normalmente al sangrar, se activa el proceso llamado "cascada de la coagulación", que involucra proteínas especiales, llamadas factores de coagulación. Al faltar uno o más factores de coagulación (factores VII, VIII, IX en mayor frecuencia), se puede tener una mayor probabilidad de sangrado excesivo, o si no están funcionando como deberían.

El factor VII es uno de estos factores de coagulación, por lo que al tener antecedentes familiares de trastornos hemorrágicos puede ser un factor de riesgo. Los síntomas pueden incluir cualquiera de los siguientes: Sangrado de las membranas mucosas, sangrado intrarticular, sangrado intramuscular, propensión a presentar hematomas, sangrado menstrual profuso, sangrado nasal que no se detiene fácilmente, sangrado del cordón umbilical tras el nacimiento.

En el caso de comprobarse mediante exámenes la deficiencia de FACTOR VII, la alternativa más viable es la administración de manera externa del mismo, por lo que la terapia, es la administración del mismo factor faltante en la sangre. Se denomina terapia profiláctica, ya que se aplica realizando la prevención al poder ocurrir algún sangrado.

Fundamento Técnico Institucional

Mediante Certificación de Acuerdo No. SOJD-IHSS-074-XII, publicada en el Diario oficial de Honduras "La Gaceta NUM. 36,373 en fecha 2 de noviembre del 2023. fue aprobado los **lineamientos para la solicitud de los medicamentos fuera del Listado Oficial de Medicamentos (LOM) para casos excepcionales**, Cuando el médico tratante valore un paciente con una condición clínica especial (excepcional) que se ha desarrollado, así como la evolución no satisfactoria de determinada patología o debido a que no responde adecuadamente a las alternativas terapéuticas disponibles en el LOM, de manera que la situación de excepcionalidad se reconoce por la condición clínica del paciente que se sale de la regla o de la generalidad y esa específica necesidad excepcional podría requerir de un medicamento diferente y no incluido en el LOM; para ello, deberá seguir los procedimientos institucionales y utilizar los formularios pertinentes para la respectiva solicitud de adquisición, de previo a la prescripción del fármaco.

DISCUSION

Debido al alto riesgo de complicaciones de salud de la paciente **KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO**, con numero de identidad **0511-2020-02482**, complicaciones que implica el diagnostico de **DEFICIENCIA CONGENITA SEVERA DE FACTOR VII**, esta paciente pediátrica, cuya patología es congénita, y de la cual, se ha encontrado que es específicamente dado a la deficiencia de **FACTOR VII**, cuyo organismo de la paciente, no puede generar dicha proteína, **VITAL** y necesaria en la cascada de la coagulación, que al no contar con ella, corre riesgo su vida, el comité local de farmacoterapia del Hospital Regional del Norte, ha solicitado, la adquisición de la terapia profiláctica de la paciente, misma que se ha evidenciado en la historia clínica electrónica la buena respuesta que ha tenido la paciente y que ha disminuido la continuación de los riesgos neurológicos y oftálmicos provocados por los sangrados intracraneales que sufrió antes de recibir la terapia, en su nacimiento.

La paciente ha sido muy adherente a la terapia, y eso se ha visto en lo descrito en el resumen clínico proporcionado por la unidad médica, responsabilizado por el médico tratante oncóloga pediátrica **Dra. Roxana Esther Martínez** y la **Dra. Yumana Bandit** Gerente de Pediatría, mencionan que la paciente ha respondido bien a la profilaxis, realizada con **FACTOR VII**, que nexos segmento anterior y medios son normales, los fondos de ojo son normales pero hay endotropia interna, concluyen dicho resumen comentando que hay otras secuelas neurológicas, obviamente el **uso de profilaxis (FACTOR VII)**, **ha resultado en prevención de nuevas hemorragias, y ha mejorado la calidad de vida de la paciente.**

Se cuenta con solicitud de continuación remitido por la Jefe del Servicio de Farmacia **Dra. Karen Soto**, mediante Memorando No. 446-JSF-HRN-2024, de fecha 21 mayo 2024, (solicitud que cuenta con todos los requisitos para continuación) contando con el Visto Bueno del **Dr. Fabián Pineda** Dirección de Unidades Médicas y el **Ing. Jesús Solano** Gerencia General, adscritos al Hospital Regional del Norte.

CONCLUSION

Dada la información aportada, encontrada durante la investigación y los datos en discusión, tomando en cuenta que este medicamento es clasificado como **VITAL** para salvaguardar la vida de la paciente y que este caso específico, se categoriza como una condición clínica especial (excepcional), por lo que ha sido aplicable a la norma en referencia a su adquisición como un medicamento Fuera de la LOM, al no haber medicamento en existencia, se requiere suplir a la paciente, ya que, al no contar con el su vida corre un riesgo eminente, por lo que, se concluye, que: **se requiere que el instituto brinde la continuación del medicamento a la paciente KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO, con numero de identidad 0511-2020-02482, complicaciones que implica el diagnostico de DEFICIENCIA CONGENITA SEVERA DE FACTOR VII, para salvaguardar su vida y evitar complicaciones, siendo una paciente pediátrica, cuya patología es congénita.**

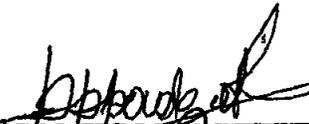
Martes 18 de Junio de 2024

RECOMENDACIÓN**Se recomienda:**

En base a lo antes expuesto se requiere agilizar el trámite de compra de la paciente **KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO** con identidad no. **0511-2020-02482**, tratada con medicamento **FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SOLUCION INYECTABLE**, con código SAP **B02BD007**, producto Fuera del Listado Oficial de Medicamentos (LOM), y debido su diagnóstico de una patología congénita que pone en riesgo la vida de la paciente menor, se recomienda lo siguiente:

1. Proveer de manera continua el medicamento, para la paciente **KEISY DAHENY ORTIZ MERCADO** con identidad no. **0511-2020-02482**, paciente que recibe terapia de **FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG S/N INYECTABLE** con código **B02BD007**, en el Hospital Regional del Norte, según la solicitud realizada por dicha unidad médica, que cuenta con todos los requisitos listados en la **NORMATIVA DE LA LOM**, para evitar poner en peligro la vida de la paciente, dado que sin este medicamento no solamente se corre en riesgo de la disminución de su calidad de vida, sino que incluso se pone en riesgo la vida misma de la paciente pediátrica.
2. Contar con stock suficiente para prevenir cualquier episodio de emergencia que se pueda tener en caso de que la paciente llegue accidentada o con un evento de sangrado por causas externas.

Atentamente



Vo. Bo. **DRA. KAREN PATRICIA PADGETT LARA.****JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA**Cc: Dra. Karen Patricia Padgett, Jefe de la Unidad de Gestión de los Servicios de Farmacia,
Cc: Archivo.



MEMORANDO No.1738-DAYD-IHSS-2024

HONDURAS
06 JUN 2024 10:5

Calvo

TEGUCIGALPA, M.D.C. 04 DE JUNIO DE 2024

**PARA: DRA. TERESA REYES
DIRECTORA MÉDICA NACIONAL**

DE: LIC. MIGUEL ÁNGEL LAÍNEZ *por Miguel Ángel Laínez*
JEFE DE ALMACÉN CENTRAL



Asunto: RESP. MEMORANDO No. 3440 -DMN-IHSS-2024

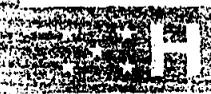
Respuesta a memorando arriba descrito, solicitud de existencia:

CODIGO	DESCRIPCION	EXISTENCIAS
B02BD007	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1MG SOLUCION INYECTABLE	NO HAY

Atentamente,

MAL/de

CC.Archivo



Vertical handwritten notes on the right margin

N°	Código	Nombre de la adquisición	Normativa	Tipo Adquisición	Modalidad	Fuente de Financiamiento	Monto Estimado (L)	Convocatoria a participar en el proceso	Recepción y apertura de Ofertas	Evaluación de las Ofertas	Notificación de resultados a oferentes	Fecha Estimada Contrato
117	45385	<u>IHSS-DMN-COMPRA DE MEDICAMENTOS AFLIBERCEPT 40MG/ML INYECTABLE LA CANTIDAD DE TRES (3) FRASCOS. P PRODUCTO FUERA DEL LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS (LOM).</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 1 cotización	Recursos Propios	49.350,00	18/06/2024	23/06/2024	24/06/2024	29/06/2024	02/07/2024
118	45386	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE 3,000 BLOCK DE CERTIFICADOS DE INCAP ACIDAD TEMPORAL PARA EL IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 3 Cotizaciones	Recursos Propios	300.000,00	18/06/2024	23/06/2024	24/06/2024	29/06/2024	02/07/2024
119	45387	<u>IHSS-SGIMSG-COMPRA DE PINTURA DE TRAFICO PARA PINTAR LOS ESTACIONAMIENTOS DE VARIAS REGIONALES Y P ERIFERICAS DEL IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 2 Cotizaciones	Recursos Propios	55.920,00	01/06/2024	11/06/2024	12/06/2024	27/06/2024	02/07/2024
120	45388	<u>IHSS-SGIMSG-COMPRA DE MATERIALES DE SOLDADURA PARA LA SUBGERENCIA DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES DEL BARRIO ABAJO, IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 3 Cotizaciones	Recursos Propios	299.220,00	18/06/2024	23/06/2024	24/06/2024	29/06/2024	02/07/2024
121	45389	<u>IHSS-SGIMSG-COMPRA DE MATERIALES PARA EL AREA DE TABLA YESO DE LA SUBGERENCIA DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES DEL BARRIO ABAJO, IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 3 Cotizaciones	Recursos Propios	298.720,00	18/06/2024	23/06/2024	24/06/2024	29/06/2024	02/07/2024
122	45390	<u>IHSS-SGIMSG-COMPRA DE MATERIALES PARA EL AREA DE CARPINTERIA DE LA SUBGERENCIA DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES DEL BARRIO ABAJO, IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 3 Cotizaciones	Recursos Propios	296.980,00	18/06/2024	23/06/2024	24/06/2024	29/06/2024	02/07/2024
123	45391	<u>IHSS-SGIMSG-COMPRA DE EQUIPO DE SEGURIDAD PARA EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN LAS AREAS DE CARPINTERIA, SOLDADURA, PINTURA, TABLA YESO, FONTANERIA, ALBAÑILERIA, AUTOMOTRIZ Y BODEGA DEL IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 3 Cotizaciones	Recursos Propios	240.910,00	18/06/2024	23/06/2024	24/06/2024	29/06/2024	02/07/2024
124	45392	<u>IHSS-SGIMSG-COMPRA DE MATERIALES PARA EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO EN EL CUARTO ELECTRICO DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION SP S, IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 3 Cotizaciones	Recursos Propios	118.494,57	18/06/2024	23/06/2024	24/06/2024	29/06/2024	02/07/2024
125	46858	<u>IHSS-DMN-ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DE MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNI INYECTABLE P. PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Licitación Privada	Recursos Propios	1.000.000,00	25/07/2024	04/08/2024	05/08/2024	15/08/2024	30/08/2024
126	46859	<u>IHSS-SGIMYSG ADQUISICION DE TARJETA ELECTRONICA PARA SER INSTALADA EN EL ASCENSOR DE LA CLINICA PERIFERICA N. 1, BARRIO ABAJO, IHSS.</u>	Nacional	Suministros de consumo	Compra Menor, mínimo 2 Cotizaciones	Recursos Propios	66.577,69	07/07/2024	17/07/2024	18/07/2024	02/08/2024	07/08/2024
127	46860	<u>IHSS-SGIMYSG-COMPRA DE CARRETILLA DE MANO (TROCCO) PARA EL CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE SAN PEDRO SULA</u>	Nacional	Bienes muebles	Compra Menor, mínimo 1 cotización	Recursos Propios	6.850,00	17/07/2024	22/07/2024	23/07/2024	28/07/2024	31/07/2024

Regresar

PACC | Proceso

Información General

Código:	46858
Nombre de la Adquisición:	IHSS-DMN-ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DE MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE
Normativa:	Nacional
Tipo de Adquisición:	Suministros de consumo
Fuente:	Recursos Propios
Monto estimado:	L. 1,000,000.00
Modalidad:	Licitación Privada

Fechas Estimadas

Convocatoria a participar:	25/07/2024
Recepción y apertura de ofertas:	04/08/2024
Evaluación de las ofertas:	05/08/2024
Notificación de resultados a oferentes:	15/08/2024
Fecha estimada firma contrato:	30/08/2024

Listado de CUBS

Buscar:

CUBS	Objeto del Gasto	Descripción	Monto (L)
51210000	35210	(Familia)Categorías de medicamentos varios	1,000,000.00

PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024

ESTADO: EN EJECUCION

INSTITUCIÓN: 601 - INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

OBJETIVO ESTRATEGICO 1	GARANTIZAR LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD A LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA ASEGURADA Y SUS BENEFICIARIOS, PARA MEJOR SU CALIDAD DE VIDA Y CONTRIBUIR AL DESARROLLO INTEGRAL DE NUESTRO PAÍS.
-------------------------------	--

RESULTADO INSTITUCIONAL:

1 AMPLIADAS LAS ATENCIONES MÉDICAS DE LA POBLACIÓN ASEGURADA DEL IHSS

OBJETIVO OPERATIVO 1	INCREMENTAR LA CANTIDAD DE CONSULTAS DE MEDICINA, MEJORANDO CON ELLO LA RELACIÓN DEL PROMEOIO DE ATENCIONES MÉDICAS POR DERECHOHABIENTE IMPLEMENTANDO NUEVAS MODALIDADES.
-----------------------------	---

PRODUCTO 1	INTERVENCIONES EN SALUD BRINDADAS A LA POBLACIÓN ASEGURADA DEL IHSS
-------------------	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-0-0 SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDIDA: 416 INTERVENCION PERIODICIDAD: 8 MENSUAL PRODUCTO: FINAL TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	295687	243100	269223	218187	270433	297057	296897	298057	295847	244390	297267	218975
APRES:	744,136,88 3.00	744,136,87 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3245200	3976973	4500622	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 3245200

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 8,929,642,591.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	295687	243100	269223	218187	270433	297057	296897	298057	295847	244390	297267	218975
APRES:	744,136,88 3.00	744,136,87 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3245200	3976973	4500622	0

TOTAL CANTIDAD UE: 3245200

TOTAL A/PRESUP. UE: 8,929,642,591.00



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTO	2	CDNSULTAS MÉDICAS BRINDADAS
-----------------	---	------------------------------------

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-1-0 **CONSULTAS MÉDICAS**

UNIDAD DE MEDIDA: 25 CONSULTA **PERIODICIDAD:** 6 MENSUAL **PRODUCTO:** INTERMEDI A **TIPO PRODUCTO:** PRIMARIO **NO ACUMULABLE:** ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	284167	232500	258333	206667	258333	284167	284167	284167	284167	232500	284167	206665
A/PRES:	403,877,65 4.00	403,877,65 0.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3100000	3500000	4000000	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 3100000

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 4,846,531,844.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURD DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	284167	232500	258333	206667	258333	284167	284167	284167	284167	232500	284167	206665
A/PRES:	403,877,65 4.00	403,877,65 0.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3100000	3500000	4000000	8

TOTAL CANTIDAD UE: 3100000

TOTAL A/PRESUP. UE: 4,846,531,844.00

PRODUCTO	3	EGRESOS HOSPITALARIOS BRINDADOS
-----------------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-2-0 **ATENCIÓN HOSPITALARIA**

UNIDAD DE MEDIDA: 36 EGRESO **PERIODICIDAD:** 6 MENSUAL **PRODUCTO:** INTERMEDI A **TIPO PRODUCTO:** PRIMARIO **NO ACUMULABLE:** ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	9000	9000	9000	9000	10000	11000	10000	12000	10000	10000	11000	10000
A/PRES:	301,572,18 3.00	301,572,18 4.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	120000	450513	473039	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 120000

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 3,618,866,197.00

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	9000	9000	9000	9000	10000	11000	19000	12000	10000	10000	11000	10000
APRES:	301,572,18 3.00	301,572,18 4.00										

TOTAL CANTIDAD UE: 120000

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	120000	450513	473039	0

TOTAL A/PRESUP. UE: 3,618,866,197.00

PRODUCTO	4	SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD OTORGADOS
----------	---	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 11-0-0-3-0 OTORGAMIENTO DE SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD COMÚN

UNIDAD DE MEDIDA: 277 SUBSIDIO PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: INTERMEDI A TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	2520	1680	1890	2520	2100	1890	2730	1890	1680	1890	2100	2310
APRES:	38,887,046. 00											

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 25200

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	25200	26460	27783	0

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 464,244,550.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

2 GERENCIA DE SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD

4 ATENCIÓN EN SALUD

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	2520	1680	1890	2520	2100	1890	2730	1890	1680	1890	2100	2310
APRES:	38,887,046. 00											

TOTAL CANTIDAD UE: 25200

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	25200	26460	27783	0

TOTAL A/PRESUP. UE: 464,244,550.00

OBJETIVO ESTRATEGICO	2	FORTALECER Y DAR SOSTENIBILIDAD AL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE (IVM); PARA BRINDAR LAS COBERTURAS DE ACUERDO A LA CONTRIBUCIÓN REALIZADA POR LOS AFILIADOS A FIN DE RETRIBUIR A TRAVÉS DE MEDIOS ECONÓMICOS DE SUBSISTENCIA COMO LO ES LA PENSIÓN O JUBILACIÓN.
----------------------	---	--

RESULTADO INSTITUCIONAL:

1 INCREMENTADO EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES DEL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE, OTORGADAS EN COMPARACIÓN AL AÑO 2023



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

OBJETIVO OPERATIVO	1	ENTREGAR OPORTUNAMENTE LOS BENEFICIOS A LOS DERECHOHABIENTES.
---------------------------	---	---

PRODUCTO	1	PENSIONES OTORGADAS A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE.
-----------------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 54-0-0-0-0 BENEFICIOS DE PREVISIÓN Y SERVICIOS SOCIALES

UNIDAD DE MEDIDA: 464 PENSION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: FINAL TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: NO ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
A/PRES:	673,497,49 2.00	673,497,49 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 0

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 8,081,969,900.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

3 GERENCIA DEL SEGURO DE PREVISIÓN SOCIAL

5 UNIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
A/PRES:	673,497,49 2.00	673,497,49 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	8

TOTAL CANTIDAD UE: 0

TOTAL A/PRESUP. UE: 8,081,969,900.00

PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024

PRODUCTO	2	PENSIONES TRAMITADAS A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
-----------------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 54-0-0-1-0 OTORGAMIENTO DE PENSIONES

UNIDAD DE MEDIDA: 484 PENSION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL **PRODUCTO:** INTERMEDI **TIPO PRODUCTO:** PRIMARIO **NO ACUMULABLE:** NO ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
APRES:	673,487,48 2.00	673,487,48 6.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 0
TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 8,081,969,900.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

3 GERENCIA DEL SEGURO DE PREVISIÓN SOCIAL

5 UNIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	63935	64371	64806	65242	65678	66114	66549	66985	67421	67857	68293	68728
APRES:	673,487,48 2.00	673,487,48 8.00										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	74394	80059	0

TOTAL CANTIDAD UE: 0
TOTAL A/PRESUP. UE: 8,081,969,900.00

OBJETIVO ESTRATEGICO	3	INTENSIFICAR LAS GESTIONES QUE REALIZA EL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES ORIENTADAS EN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN A LAS EMPRESAS AFILIADAS AL SISTEMA, CONTANDO CON PERSONAL CAPACITADO Y EFICIENTE QUE PERMITA ESTAR VIGILANTE EN LA SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO QUE EL PATRONO BRINDE A LOS EMPLEADOS, Y ASIMISMO OTORGAR LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS ENMARCADAS EN LEY ANTE CUALQUIER CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE SE PRESENTE. ADEMÁS, VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS DISPOSICIONES ENMARCADAS EN LEY A BENEFICIO DEL EMPLEADO.
-----------------------------	---	--

RESULTADO INSTITUCIONAL:

1 INCREMENTADO EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGO PROFESIONAL

OBJETIVO OPERATIVO	1	BRINDAR LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS QUE TIENEN DERECHO LAS Y LOS ASEGURADOS POR CONCEPTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL
---------------------------	---	---



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTO	1	PRESTACIONES ECONÓMICAS OTORGADAS A LOS Y LAS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES
-----------------	---	--

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 13-0-0-0 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES

UNIDAD DE MEDIDA: 416 INTERVENCION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: FINAL TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	4016	3950	3991	4040	4030	3997	4065	4005	3978	3989	4042	4041
A/PRES:	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	48144	4816	4915	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 48144

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 184,137,564.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	4016	3950	3991	4040	4030	3997	4065	4005	3978	3989	4042	4041
A/PRES:	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00	15,344,797.00

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	48144	4816	4915	0

TOTAL CANTIDAD UE: 48144

TOTAL A/PRESUP. UE: 184,137,564.00

PRODUCTO	2	PENSIONES OTORGADAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES
-----------------	---	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 13-0-0-1-0 OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR ENFERMEDAD PROFESIONAL Y/O ACCIDENTE LABORAL

UNIDAD DE MEDIDA: 464 PENSION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: INTERMEDI A TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: NO ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	3680	3684	3688	3692	3696	3700	3704	3708	3712	3716	3720	3724
A/PRES:	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00	9,681,065.00

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	3771	3818	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 0

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 116,172,776.00



REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE FINANZAS

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	3680	3684	3688	3692	3696	3700	3704	3708	3712	3716	3720	3724
APRES:	9,881,085.0 0	9,881,085.0 0	9,881,085.0 0	9,881,085.0 9	9,881,085.0 9	9,881,085.0 0	9,881,085.0 9	9,881,085.0 0	9,881,085.0 0	9,881,085.0 9	9,881,085.0 9	9,881,081.0 0

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	0	3771	3818	0

TOTAL CANTIDAD UE:
TOTAL A/PRESUP. UE:

PRODUCTO	3	SUBSIDIOS OTORGADOS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL Y ACCIDENTES DE TRABAJO A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES
-----------------	----------	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 13-0-0-2-0 OTORGAMIENTO DE SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

UNIDAD DE MEDIDA: 277 SUBSIDIO PERIODICIDAD: 8 MENSUAL PRODUCTO: INTERMEDI TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	300	200	225	300	250	225	325	225	200	225	250	275
APRES:	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 9	2,975,000.0 0	2,975,000.0 9	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3000	3150	3308	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD:
TOTAL GLOBAL A/PRESUP:

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	300	200	225	300	250	225	325	225	200	225	250	275
APRES:	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 9	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0	2,975,000.0 0

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	3000	3150	3308	0

TOTAL CANTIDAD UE:
TOTAL A/PRESUP. UE:



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE FINANZAS

**PLAN OPERATIVO ANUAL
PRODUCTOS POR UNIDADES EJECUTORAS (POA)
MODIFICACIONES
EJERCICIO: 2024**



REP:R00824643
GESTION:2024
31/01/2024 12:00:55 p.m.

PRODUCTO	4	INTERVENCIONES DE RIESGO PROFESIONAL REALIZADA A LAS EMPRESAS
----------	---	---

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: 13-0-0-3-0 PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES EN LAS EMPRESAS

UNIDAD DE MEDIDA: 416 INTERVENCION PERIODICIDAD: 6 MENSUAL PRODUCTO: INTERMEDI A TIPO PRODUCTO: PRIMARIO NO ACUMULABLE: ACUMULA

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	36	66	78	48	84	72	36	72	66	48	72	42
APRES:	2,688,732.0 0	2,688,736.0 0										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	720	756	794	0

TOTAL GLOBAL CANTIDAD: 720

TOTAL GLOBAL A/PRESUP: 32,264,788.00

PRODUCTOS POR UNIDAD EJECUTORA

GERENCIA ADMINISTRATIVA

UNIDAD EJECUTORA

4 GERENCIA DEL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

6 UNIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES

	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10	PERIODO 11	PERIODO 12
CANTIDAD	36	66	78	48	84	72	36	72	66	48	72	42
APRES:	2,688,732.0 0	2,688,736.0 0										

	2024	2025	2026	2027
PRODUCCIÓN ANUAL	720	756	794	0

TOTAL CANTIDAD UE: 720

TOTAL A/PRESUP. UE: 32,264,788.00

LICITACION PRIVADA N° LP-003-2024

"ADQUISICION DE CUARENTA Y TRES (43) FRASCOS DEL MEDICAMENTO FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE 1 MG SNL INYECTABLE PARA PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE"

