

**DOCUMENTO DE COMPRA DIRECTA**

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
(IHSS)**

**CONTRATACIÓN DIRECTA**

**No CD-004-2025**

**“IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE  
SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)”**

Fuente de Financiamiento: **Fondos propios**

Tegucigalpa, M.D.C., Marzo 2025

## INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

### CONTRATANTE

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

### TIPO DE CONTRATO

Como resultado de esta Contratación Directa, se podrá otorgar un contrato de suministro de **IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**.

### OBJETO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

Contratación Directa de IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

### IDIOMA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán presentarse en idioma español, incluso información complementaria como catálogos técnicos, 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.

### MARCO LEGAL

- Decreto Ejecutivo Número PCM -33-2024 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 36681, amparado en artículo no. 7 de fecha 05 de noviembre 2024
- [Resolución CI-IHSS-008-2024-IV](#)
- [Resolución CI-IHSS-006-2024-VII](#)
- Ley de Contratación del Estado y su respectivo Reglamento.
- Documento Base de la Contratación Directa No. 004-2025
- Ley del Seguro Social
- Proceso Amparado en el procedimiento de Contrataciones Directas del IHSS

y serán recibidas por la comisión de [evaluación](#) en fecha xx en horario de 8:00 a.m. Las ofertas físicas y digitales se entregaran en el salón de sesiones de invalidez vejez y muerte (IVM) del IHSS hasta las 10:00 a.m. La fecha máxima de recepción es el día xx a las 10:00 a.m. hora oficial de Honduras.

El oferente debe proporcionar una copia digital de su oferta en USB en PDF, adjuntas deberán estar debidamente escaneadas y firmadas por el representante legal actual de la empresa). Así mismo se procede a Registrar las ofertas en hoja de control, y se elabora el acta de apertura del proceso de contratación directa cerrando el acta de recepción de ofertas con la firma de los participantes. Asimismo, se publicará en el portal de HonduCompras y en el portal de transparencia del IHSS.

★ Los Oferentes entregarán personalmente, **sus ofertas en documento físico y en formato PDF presentado en una memoria USB**. En 3 sobres cerrados y sellados.

Tanto los sobres interiores y el sobre o paquete exterior deberán ser rotulados de la siguiente manera:

**Primer Sobre:** Contendrá el original y una copia de la Oferta Económica será rotulado “Oferta Económica”

**Segundo Sobre:** Contendrá el original y una copia de la Documentación Legal y Financiera y será rotulado: “Documentación Legal y Financiera”

**Tercer Sobre:** Contendrá el original y una copia de la Oferta Técnica y será rotulado “Documentación Técnica”

Los sobres interiores y exteriores deberán llevar las siguientes leyendas adicionales de identificación:

**PARTE CENTRAL:** Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) Bo. Abajo, Edificio Administrativo, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras.

**ESQUINA SUPERIOR:**

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

**ESQUINA INFERIOR:**

Izquierda: Oferta de la “nombre de CD-004-2025.

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

Es de carácter mandatorio que entre la fecha y hora de recepción de ofertas y fecha y hora de apertura de las mismas solo debe mediar un breve espacio de tiempo para los asuntos de logística (No más de 15 minutos). Con el propósito de realizar una evaluación objetiva de las ofertas recibidas, se solicita que presenten las mismas debidamente firmadas encuadradas o en Leitz y **foliadas en todas sus hojas por el oferente** o su representante legal dentro de tres (3) sobres sellados por separado, se requiere que la documentación se desglose y presente en la forma siguiente:

**Deberá presentar la oferta original, una copia y una USB con archivo en formato digital PDF.**

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.

## **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.

## DECLARACIÓN 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 sus 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 **Contratación Directa** se procederá a un nuevo proceso, según la Ley de Contratación del Estado.

**Nota:** Se procederá al análisis y evaluación con la presentación de, al menos, una (1) oferta como mínimo, recomendando su adjudicación siempre y cuando se cumpla con toda la documentación legal y financiera, así como con las especificaciones y condiciones técnicas solicitadas en las bases de CD-004-2025.

## VIGENCIA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de sesenta días (60) 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 oferentes, **siempre que fuere antes de la fecha prevista para su vencimiento. Si se ampliara el plazo de vigencia de la oferta, deberá también ampliarse el plazo de garantía de mantenimiento de oferta.**

## GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, por lo menos, al **dos por ciento (2%) del valor total de la oferta**, con indicación de la cláusula obligatoria.

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; en este último caso, la garantía deberá inscribirse en el registro del Banco Central de Honduras en el que figuren anotados dichos valores, quedando inmovilizados y afectos a las obligaciones garantizadas, con excepción, en este último caso, de los rendimientos que generen.

La garantía deberá tener una vigencia de noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación y apertura de las ofertas.

## PLAZO DE ADJUDICACIÓN

La adjudicación del contrato al ganador, en su caso, se dará dentro de los **treinta (30) días calendario** posterior a la fecha de presentación y apertura de las ofertas.

## ACLARACIONES

Las solicitudes de Aclaraciones, si las hubiere, deberán ser presentadas en forma escrita al comprador, **cinco (05)** días calendario previos a la apertura de ofertas.

- Atención: **Contratación Directa CD-004-2025**
- Lugar: Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, sexto piso, edificio Administrativo.
- Hora: **8:00 am hasta las 4:00 pm.**

## ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACIÓN

Las enmiendas se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras “HONDUCOMPRAS” ([www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn)) y el portal de transparencia del IHSS (<https://portalunico.iaip.gob.hn>).

El INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), a través de la máxima autoridad, 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.

## DOCUMENTOS A PRESENTAR

### DOCUMENTACIÓN LEGAL

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta:

#### Documentos Subsanables (DS)

1. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad y sus reformas debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente. **(autenticada 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 contratación directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil. **(autenticada de acuerdo al código del notariado).**
3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal (Actual de la empresa) **(autenticada de acuerdo al código del notariado).**
4. Fotocopia de RTN de la empresa y del Representante Legal actual de la Empresa. **(autenticada 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 del domicilio de la empresa y de su representante legal. **(autenticada de acuerdo al código del notariado).**
6. Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendido por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa. **(autenticada de acuerdo al código del notariado).**
7. Declaración Jurada original autenticada, sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos

- 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado. **(autenticada de acuerdo al código del notariado).**
8. Declaración Jurada original autenticada de los socios y su representante legal actual de la empresa que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo. **(autenticada de acuerdo al código del notariado).**
  9. La Declaración Jurada original de los socios y de su 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. **(autenticada de acuerdo al código del notariado).**
  10. Certificación original de Inscripción en el Registro de Oferente adjudicados y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE, vigente. Caso contrario, fotocopia de constancia de que la inscripción está en trámite, la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta. **en caso de presentar fotocopia de constancia de trámite debe estar autenticada de acuerdo al código del notariado.**
  11. Constancia original de antecedentes penales del representante legal actual de la empresa y de los socios; vigente a la fecha de presentación de la oferta.
  12. Constancia original extendida por la Procuraduría General de la República, de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).
  13. Autorización para que el IHSS pueda verificar toda (oferta económica, documentación legal, financiera y técnica) la documentación presentada con los emisores. Esta debe de extenderse en papel original membretado del oferente.

#### **NOTA.**

- Todos los documentos que se presenten en copia deberán ser debidamente autenticados de acuerdo al código del notariado. artículos 39 y 40 de Reglamento del Código de Notariado.
- Todas las declaraciones juradas deberán ser presentadas en original con auténtica de firmas de acuerdo al código del notariado.
- Todas las solvencias, certificaciones, permisos deben ser vigentes a la fecha de la presentación de las ofertas.
- 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. (**Cuando aplique**)

- **Todo documento emitido en el extranjero deberá estar apostillado.**

## **INFORMACIÓN ECONÓMICA**

### **Documentos no subsanables (DNS)**

1. Carta (Formulario de Presentación de Oferta, de la Sección IV) la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal actual de la empresa.
2. Lista de Precios (conforme al formulario de la Sección IV), firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa, La propuesta económica deberá contener la descripción de los suministros a brindar con sus **precio unitario y monto total**, sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior. Sí los suministro 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 mínimo del dos por ciento (2%) del monto total ofertado.

## **INFORMACIÓN FINANCIERA:**

- 1) Copia del Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales (Art. 33 RLCE inciso b).

Nota: Se solicitará Estados Financieros de los dos (2) últimos años fiscales; cuando la auditoria no estuviese concluida deberá presentar constancia de la firma auditora que indique que los Estados Financieros del año que antecede se encuentra en proceso de auditoría.

## **INFORMACIÓN TÉCNICA**

Cada oferta deberá incluir los siguientes documentos:

### **DOCUMENTACION TECNICA:**

#### **(Responsabilidad del Área Requirente)**

Toda la documentación presentada en la oferta debe ser traducida al idioma Español. **En caso de presentar fotocopias éstas deberán estar debidamente autenticadas.** Los aspectos técnicos que no puedan ser verificados en la documentación emitida por el fabricante, entregada en la oferta, se considerarán no cumplidos y la oferta será descalificada.

**OBLIGATORIAMENTE;** La oferta técnica deberá estar ordenada, completa y organizada toda la documentación física **por partida ofertada y debidamente autenticada.**

A manera de ejemplo se detalla:

- Portada de la partida
- Cuadro Técnico de la partida firmado y sellado (según anexo)
- Registro Sanitario Vigente de la partida
- BPM Vigente de la partida o Certificado del producto farmacéutico o CLV
- Certificado de Equivalencia Terapéutica (en el caso que aplique)
- Autorización del Fabricante Vigente (según anexo)
- Otra documentación referente a la partida

**NOTA: Cada oferente deberá presentar su documentación técnica en físico y en electrónico conforme formato en Excel (ver anexo) y en un DISPOSITIVO USB.**

**La no presentación del formato de presentación de oferta técnica de forma impresa debidamente firmada y sellada, será motivo de descalificación.**

Cada oferta deberá incluir los siguientes documentos:

1. **DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICIÓN**, debidamente autenticada del representante legal y sus socios y según formato anexo, donde el oferente se compromete a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración, si 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. Según formulario anexo.
2. Original de la **AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE** en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso, o en caso de ser copia esta deberá estar Autenticada. **Según formulario anexo.**
3. **DECLARACION JURADA**, debidamente Autenticada, firmada por el representante legal de la empresa, en la que se manifieste el compromiso incondicional a proporcionar, sin costo alguno, los servicios conexos y logística que se requiere para el lote que se oferta.

### **CONDICIONES TÉCNICAS**

Todos los medicamentos a ser adquiridos en este proceso deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cada producto se deberá ofertar expresando:
  - a. Principio Activo en forma de **BASE o SAL**, en su caso
  - b. Presentación farmacéutica
  - c. Forma Farmacéutica
  - d. Concentración
  - e. Vía de administración

- f. Especificaciones requeridas para cada producto.
2. Fotocopia legible y autenticada del **CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO** de cada producto ofertado, emitido por la Secretaría de Salud de Honduras o ARSA. No se aceptarán como válidos los certificados de Registro Sanitario que indiquen que el producto farmacéutico solicitado está en otra presentación, o forma farmacéutica. Para todos los Certificados de Registro Sanitarios de los productos ofertados, el Oferente deberá emitir una única auténtica. Si el Registro Sanitario se encuentran en trámite de renovación, corrección, modificación o ampliación deberá hacer Constar que dicho registro se encuentra en proceso, especificando número de expediente, fecha de ingreso y el estatus del trámite dicha constancia emitida por ARSA, Prospecto del medicamento y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario. No se aceptarán constancias emitidas por otra Institución. Será objeto de descalificación el ítem que presente un Registro Sanitario vencido
  3. En el caso de productos fabricados dentro del Marco de la Unión Aduanera Centroamericana, se aceptará copia del **CERTIFICADO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO**, debidamente autenticado, con el sello de reconocimiento mutuo vigente, ARSA o si estuviese en trámite deberá de presentar copia de la Solicitud de Renovación del Reconocimiento Mutuo.
  4. Copia del **CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA** debidamente autenticado, para la forma farmacéutica ofertada.
    - a. Para fabricantes nacionales: contar con la Copia de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente emitido por Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) debidamente autenticado.
    - b. 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). Debidamente autenticado.

Será objeto de descalificación el ítem que presente un Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y/o Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) vencido.

5. **Vida útil:** Los medicamentos se deberán entregar con las siguientes vigencias:
  - a. Los fármacos derivados de síntesis química deberán tener una fecha de expiración no menor de **VEINTICUATRO (24) MESES**, contados a partir de su entrega en el Departamento de Almacén Central del IHSS.
  - b. 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.
  - c. En casos excepcionales, el IHSS podrá aceptar entregas de fármacos con vigencias distintas a las anteriores, hasta un mínimo de **DOCE (12) MESES** de vida útil, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS.

En aquellos casos justificados en que se acepte productos con fechas de expiración por un periodo menor a **24**

**MESES o 18 MESES**, según lo descrito en el numeral anterior, al momento de la entrega y recepción; el Proveedor presentará una **CARTA COMPROMISO DE REPOSICIÓN O REEMPLAZO** al 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.

Así mismo se deberán reponer los medicamentos cumpliendo el procedimiento administrativo vigente establecido por el IHSS.

6. Para los productos **BIOLÓGICOS Y HEMODERIVADOS**, al momento de su entrega, deberá presentarse la **fotocopia del certificado de liberación del lote emitida por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)**.
7. 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.

Los productos hemoderivados y/o de ingeniería genética, deberán presentar estudios clínicos o farmacodinámicos desarrollados en pacientes, certificados por la autoridad competente del país de origen y/o publicaciones de revistas médicas de prestigio (Asociación Mundial de Hemofilia, Carta Medica, revista médica incluida en el Índice Medicus/MEDLINE, etc.). Estos medicamentos deben cumplir con la Ley Especial del VIH/SIDA, Capítulo I, Título IV, artículo 16, del Control Sanitario y Epidemiológico que indica que *los productos usados en el manejo de pacientes hemofílicos deberán cumplir con los requisitos internacionales de*

*pureza y seguridad estandarizados por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América.*

8. Todo producto de **ORIGEN HUMANO** deberá documentar que se le realizaron pruebas por el virus de la Hepatitis B, C, VIH, y CHAGAS, también debe cumplir con las normas de bioseguridad, establecidas en el Registro Sanitario, la normativa del Reglamento Técnico Centroamericano para medicamentos y Reglamentación del ARSA.
9. Para los productos de **INGENIERÍA GENÉTICA, BIOLÓGICOS Y HEMODERIVADOS**, deberá presentar Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) o Certificado de Libre Venta (CLV) y Certificados de Buenas Prácticas de Manufactura de los laboratorios involucrados en la fabricación, según aplique, vigente y emitido por una de las siguientes autoridades reguladoras:
  - a. Administración de Alimentos Medicamentos de Estados Unidos (FDA),
  - b. Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o Autoridades competentes de los estados miembros de la Unión Europea, Health Canada,
  - c. Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (MHLW),
  - d. Administración de Productos Terapéuticos de Australia (TGA),
  - e. Agencia Suiza de Medicamentos (Swissmedic), y
  - f. Agencia de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido (MHRA).
10. Aquellos productos ofertados con variación de criterios o aspectos relacionados a la composición, peso, concentración, volumen por unidad de presentación u otros aspectos como el etiquetado de envases o plan de entrega, no serán objeto de descalificación habiendo preferencia por aquellas ofertas que cumplan con todos los requisitos. **En caso de que la oferta con variaciones implique mayores beneficios para el IHSS, podrá ser considerada aún por encima de aquellas que no cuenten con variaciones.**
11. Los interesados deberán presentar FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO, indicando la fórmula cualicuantitativa, misma que debe expresarse por unidad de dosificación del producto. En caso de formas farmacéuticas en polvo, de uso tópico y oftálmico, deberá expresarse en porcentaje.
12. Para el medicamento, **INTERFERÓN BETA – 1a** Se considerará preferentemente para su adjudicación, aquel producto con el cual se ha logrado mantener una respuesta clínica, a fin de prevenir recaídas de los pacientes ya iniciados.
13. Con el propósito de evaluar la calidad de los medicamentos a adquirir, el IHSS considerará:
  - a. Informes de análisis de calidad emitidos por Laboratorio Oficial de Especialidades Farmacéuticas.
  - b. Alarmas de sistemas de Farmacovigilancia, emitidas por autoridades regulatorias de medicamentos, tanto nacional como las reconocidas internacionalmente para todas las partidas y las documentadas en el instituto.
  - c. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), desestimarás las ofertas de proveedores y laboratorios fabricantes que hayan presentado RECHAZO en los resultados de análisis de control de calidad por el laboratorio oficial de referencia, en más de una forma farmacéutica dentro de sus líneas de producción, en los últimos tres (3) años. Asimismo, se desestimarás toda la oferta de laboratorio fabricante o laboratorio titular con los mismos resultados en dos (2) productos o más, este criterio no aplicará cuando el parámetro del análisis de control de calidad corresponde a volumen incompleto, manteniendo la concentración requerida por unidad de volumen.
14. No se deberán observar anotaciones a mano, tachaduras, sellos irregulares que no correspondan a la impresión original de la etiqueta, cinta adhesiva sobre la etiqueta, empaque o embalaje. Asimismo se debe presentar información sobre condiciones de almacenamiento, tiempo de descarte después de abierto

el recipiente, forma de preparación, diluyentes y reconstitución, equivalencia de unidades o unidades internacionales al sistema métrico (miligramos, microgramos, gramos y otros) y además de las medidas de bioseguridad y de manipulación segura.

15. Cuando exista **FUSIÓN ENTRE LABORATORIOS FABRICANTES**, el proveedor deberá presentar toda la documentación que acredite dicha situación, debidamente autenticada.

## REQUERIMIENTOS ADICIONALES

### PRUEBAS REQUERIDAS POR CADA MEDICAMENTO

1. Para el producto **OFATUMUMAB 20mg solución inyectable jeringa precargada con 0.4 ml Vía de administración: Subcutáneo**. El interesado deberá considerar en su oferta el suministro, a requerimiento y sin costo adicional para el IHSS, de las **PRUEBAS LABORATORIALES** para definir el riesgo de Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva, de acuerdo con la siguiente proyección:

No.	Descripción de Pruebas	Cantidad Anual
1	Serología e Índice Virus JC.	23
2	Varicela zoster	23

La toma de la muestra será realizada en coordinación con el servicio de neurología, el proveedor estará a cargo de la logística de transporte de la muestra y entrega de resultados al IHSS, de acuerdo con los protocolos que se dispongan ambas partes, debiendo **presentar la DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIOS CONEXOS**, de acuerdo con el formato anexo.

**ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD:** Todos los medicamentos adquiridos serán objeto del monitoreo de ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD, en cualquier momento que el IHSS considere conveniente y el proveedor se sujetará a las siguientes condiciones:

- a. Cuando el análisis del lote remitido resultara con **RECHAZO**, el IHSS remitirá para análisis de calidad todos los lotes que mantenga en existencia a costo del proveedor y notificará a la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) los resultados de los análisis en los que se refleje que los productos no reúnen las características exigidas por textos oficiales, normas, regulaciones y disposiciones de carácter nacional o internacional con las que se haya registrado el producto. Los proveedores responsables de los productos rechazados, estarán obligados al retiro y reembolso inmediato del valor total del producto adquirido, de acuerdo con el procedimiento administrativo institucional. La contravención de esta disposición podrá dar lugar a la resolución de contrato. La disposición final de cualquier producto que resulte con **FALLA FARMACÉUTICA** será responsabilidad del proveedor, en cumplimiento a los procedimientos institucionales y a la normativa nacional.
- b. El IHSS asumirá las disposiciones que emita la ARSA en relación a análisis de calidad, retiro o suspensión de registro sanitario, aseguramiento y cuarentena de los productos farmacéuticos según sea el caso.
- c. Para las partidas que no están exentas de análisis y que el Laboratorio de Especialidades Farmacéuticas no cuente con las metodologías para realización de un análisis completo, el IHSS solicitará la realización de un análisis reducido en consenso con el Laboratorio de Especialidades Farmacéuticas.

**INSPECCIONES Y PRUEBAS:** Para garantizar la calidad de los medicamentos adjudicados no exentos de análisis, el IHSS enviará a analizar dichos productos al Laboratorio Oficial de referencia del Colegio Químico Farmacéutico de Honduras, siguiendo el procedimiento siguiente:

- La toma de muestra para el análisis de control de calidad del medicamento, se practicará al lote más representativo de cualquiera de las entregas y siguiendo los lineamientos técnicos establecidos en el Reglamento Técnico Centroamericano de Verificación de la Calidad de Productos Farmacéuticos Medicamentos para uso Humano.
- El oferente deberá reponer en el Departamento de Almacén Central, la cantidad de medicamentos que se tomen para el muestreo de calidad.
- Los análisis de control de calidad se efectuarán a costo del proveedor. Una vez que la muestra se haya enviado a análisis, el oferente deberá proceder, dentro de los siguientes quince (15) días calendario, a cancelar el pago correspondiente en el laboratorio de referencia.

### FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO

- FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO:** Los medicamentos identificados en la base como **FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO**, deben demostrar evidencia de Intercambiabilidad o Equivalencia Terapéutica, con el medicamento de referencia o comparador **emitido por las autoridades reguladoras requeridas por el IHSS según categoría**

Código SAP	Descripción de Medicamento	U.P	Riesgo Sanitario
L01EF002	ABEMACICLIB 100mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1
L01EF003	ABEMACICLIB 150mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1
B01AF003	APIXABAN 2.5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1, 2, 3
B01AF002	APIXABAN 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1, 2, 3
L01BC007	AZACITIDINA 100 mg Polvo Liofilizado, Frasco. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	1, 2, 3
C09CA006	CANDESARTAN (cilexetilo) 32mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
C09CA005	CANDESARTAN (cilexetilo) 8mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
V03AE001	CARBONATO DE SEVELAMER 800mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
L01XE010	DASATINIB 100mg tableta o capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	1, 2, 3
L01BC008	GEMCITABINA 1g polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable. Frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1, 2, 3
L01BC005	GEMCITABINA 200mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1, 2, 3
L04AC010	GUSELKUMAB 100mg/ml Solución inyectable en jeringa prellenada de 1ml. Vía de administración: SUBCUTANEA	JRP	1, 2

Código SAP	Descripción de Medicamento	U.P	Riesgo Sanitario
L01XE016	IBRUTINIB 140mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L03AB008	INTERFERÓN BETA - 1a 30microgramos/ 0.5ml (equivalente a 6 millones de UI) solución inyectable en jeringa prellenada. Vía de Administración: Intramuscular.	JRC	1, 2
L04AA005	LEFLUNOMIDA 20mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2
N03AX006	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución oral frasco 150-300ml. Vía de Administración: Oral	FCO	1, 2
A10BH001	LINAGLIPTINA 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1
L04AA019	OFATUMUMAB 20mg solución inyectable jeringa precargada con 0.4 ml Vía de administración: Subcutáneo (Uso exclusivo neurología)	JRC	1
L01XK001	OLAPARIB 150mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1,2
N05AH003	QUETIAPINA (Fumarato) 300mg tableta. Vía de Administración: Oral	TAB	1, 2, 3
N05AH004	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
L01XE011	REGORAFENIB 40mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2
L01XE007	SUNITINIB (Maleato) 12,5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L01XE005	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L01XE006	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L04AC003	TOCILIZUMAB 200mg ( 20mg/ml) Solución concentrada para infusión ampolla 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	1, 2
N06AX006	VENLAFAXINA (como clorhidrato) 150mg capsula o tableta de liberación extendida. Vía de Administración: Oral. .	CAP-TAB	1, 2, 3

Los interesados deberán presentar copia de documentación oficial de **APROBACIÓN DE EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA** o bien, **CERTIFICADO DE INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTO**, con el medicamento de referencia o comparador, emitido por alguna Autoridad Reguladora a continuación descrita requerida por el IHSS para garantizar eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos; el Certificado de Intercambiabilidad que presenten deberá estar en concordancia con el Registro Sanitario vigente con el Laboratorio Titular Y/o Laboratorio Fabricante. Si existiese diferencias deberán presentar documentación legal que respalde la relación entre el Laboratorio Titular Y/o Laboratorio Fabricante, de alguna de las autoridades enlistadas a continuación:

AUTORIDADES REGULADORAS ESTRUCTURADAS, (Categoría 1)		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	Agencia Europea de Medicamento	EMA – European Medicines Agency
2	Estados Unidos de América	USFDA – Food and Drug Administration

<b>AUTORIDADES REGULADORAS ERICTAS, (Categoría 1)</b>		
No.	País	Autoridad Reguladora
3	Canadá	HC – Health Canadá
4	Oficina de Seguridad Farmacéutica y de Alimentos de Japón	Pharmaceuticals and Medical Devices Agency PMDA
5	Suiza	Swissmedic
6	Australia	Therapeutic Goods Administration (TGA)
7	Islandia	Agencia de Medicamentos de Islandia (IMA)
8	Noruega	Agencia Noruega de Medicamentos
9	Liechtenstein	Oficina de la Salud/Departamento de Farmacia

<b>AUTORIDADES REGULADORAS DE ALTA VIGILANCIA, (Categoría 2)</b>		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	Suecia	Agencia de Productos Médicos (MPA)
2	España	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)
3	Reino Unido	Agencia Regulatoria para Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA)
4	Finlandia	Agencia Finlandesa de Medicamentos (FIMEA)
5	Francia	Agencia Nacional Francesa de Seguridad de los medicamentos y Productos de Salud (ANSM)
6	Bélgica	Agencia Federal de Medicamentos y Productos para la salud (AFMPS)
7	Austria	Agencia Austriaca para la Salud y la Seguridad Alimentaria (AGES)
8	Alemania	Ministerio Federal de Salud (BMG) Autoridad Central de los Lander para la Protección de la Salud relativa a los productos medicinales y dispositivos médicos (ZLG)
9	Dinamarca	Agencia Danesa de Medicamentos (DKMA)
10	Nueva Zelanda	Autoridad de Seguridad de Medicamentos y Dispositivos Médicos (MedSafe)
11	Holanda	Inspección de Asistencia Sanitaria (IGZ)
12	Irlanda	Autoridad Reguladora de los Productos de Salud (HPRA)
13	Italia	Agencia de Medicamentos Italiana (AIFA)

<b>AUTORIDADES REGULADORAS DE PAISES DE REFERENCIA REGIONAL, (Categoría 3)</b>		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	Argentina	ANMAT, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
2	Brasil	ANVISA, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, Ministerio da Saúde.
3	Chile	ISP, Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud.
4	Colombia	INVIMA, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
5	Cuba	CECMED, Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos. Ministerio de Salud Pública.
6	México	COFEPRIS, Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios.

### **FÁRMACOS ADJUDICACION EN BLOQUE**

Los medicamentos enlistados a continuación, se **ADJUDICARÁN A UN MISMO LABORATORIO FABRICANTE**, cuyo precio total a considerar será la mejor combinación de ofertas técnicamente válidas. Estos medicamentos tienen el mismo principio activo pero diferente concentración y necesitan ser mezclados previo a su administración en el paciente, para ajuste de dosis; esta disposición tiene como fin evitar incompatibilidades entre excipientes de diferentes fabricantes (problemas de precipitación y/o cristalización que

afectan la acción terapéutica deseada, provocan riesgos al paciente e incluso pérdidas a la Institución.

Código SAP	Descripción del Medicamento	U.P
L01EF002	ABEMACICLIB 100mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB
L01EF003	ABEMACICLIB 150mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB
B01AF003	APIXABAN 2.5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB
B01AX002	APIXABAN 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB
L01BC008	GEMCITABINA 1g polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable. frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO
L01BC005	GEMCITABINA 200mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO
L01XE007	SUNITINIB (Maleato) 12,5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP
L01XE005	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP
L01XE006	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP

NOTA:

- Los documentos firmados por el Representante Legal (actual) de la empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (de acuerdo al código del Notariado).
- **Todo documento emitido en el extranjero deber estar apostillado.**

**Se rechaza descalifica y no se continúa la evaluación técnica del insumo ofertado:**

- Omisión del formato técnico de la oferta impreso,
- Falta de firma y sello del proveedor en el formato técnico ofertado,
- La no presentación de los tiempos de entrega de forma impresa en formato técnico ofertado,
- Si al laboratorio fabricante o laboratorio titular le han sido rechazados dos o más productos en cualquier institución del país, en línea de producción, según forma farmacéutica, por lo tanto, no se considerarán todos los medicamentos ofertados de ese fabricante o titular y/o misma línea de producción, según forma farmacéutica. Este criterio No aplica cuando el parámetro del análisis de control de calidad corresponde a volumen incompleto, manteniendo la concentración requerida por unidad de volumen.

**CARACTERÍSTICAS DE ENVASES:**

- EMPAQUE/ENVASE PRIMARIO:** Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento y deberá cumplir con lo siguiente:
  - Debe ser inerte, aislar y proteger medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.
  - Las formas farmacéuticas **LIQUIDAS:** soluciones, suspensiones, jarabes y demás, deberán ser envasadas en frascos de plástico o de vidrio que ofrezcan protección contra la luz, dotados con tapa de plástico y con cierre de seguridad. Los líquidos que requieran gotero deberán presentarse en frasco gotero o con tapón gotero. Las de uso oftalmológico deben envasarse en frasco gotero plástico no reactivo con tapadera de seguridad del tipo que se desprende al abrirlo.
  - Los frascos conteniendo **POLVOS** para inyección, deben tener sello y tapón de seguridad y si acompañan el solvente deben indicarlo. Los polvos para reconstitución oral, en los frascos debe indicarse la escala de volumen a llevar para realizar el preparado e indicar el volumen de solvente a utilizar.

- iv. Las formas farmacéuticas **LIQUIDAS Y POLVOS PARA SUSPENSIÓN ORALES**, deben tener sabor agradable e incluir dosificadores para facilitar su administración, los cuales deben ser incorporados a cada frasco y podrán ser: cuchara graduada de 2.5ml a 5ml, jeringa o copita graduada en escala fraccionada de 0ml hasta 10ml.
- v. Formas farmacéuticas **SÓLIDAS**: Las tabletas orales, sublinguales, vaginales, óvulos, grageas, cápsulas, perlas y demás, deberán ser envasadas en blíster plástico/aluminio, blíster aluminio/aluminio u otro tipo de envase debidamente calificado como tiras de papel aluminio/aluminio, tiras de Plástico/aluminio. El blíster o tiras deberán tener impreso en la parte posterior (reverso) el nombre del medicamento y los datos necesarios según lo expresado en especificaciones de etiqueta, en algunos casos especiales de tratamientos específicos debidamente justificados, se puede aceptar estas presentaciones en frascos cuyo contenido máximo será hasta 120 tabletas.
- vi. En el caso de los medicamentos cuyas formas farmacéuticas son **AEROSOLE**S, es indispensable que cumplan con la Ley General del Ambiente, la cual establece que estos medicamentos deben estar libres de CFC (clorofluoruro de carbón), consignándolo en su envase.
- vii. Formas farmacéuticas **SEMISÓLIDAS**: Las pomadas, ungüentos, cremas, gel deberán ser envasados en tubo de plástico o metal con tapa de seguridad.
- viii. Las formas farmacéuticas cuya presentación sean en **TARRO**: deberán ser envasadas en recipientes de plástico o vidrio de boca ancha, con sello de aluminio adherido a la boca del tarro y que la tapadera exterior sea de plástico.
- ix. Líquidos para **USO PARENTERAL**: deberá notarse claramente la marca para poder abrir las ampollas. Las preparaciones inyectables con presentación en bolsas deberán estar constituidas por plástico resistente, no reactivo, con escala de volumen y con dispositivo que permita la conexión de catéter, así como el respectivo colgante para insertarlo fácilmente en un soporte de forma que se facilite su administración intravenosa (I.V).
- x. 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.
- xi. Los medicamentos que se especifiquen **EN BLÍSTER**, deberán utilizar películas de PVC/PVDC (Cloruro de Polivinilo con Cloruro de Polivinilideno), ámbar o transparente según el diseño y sensibilidad del principio activo. Los medicamentos que se especifiquen **en tiras de papel de aluminio**, debe entenderse que es por ambos lados. Ambos empaques (**blíster o tiras**) con características físicas que permita diferenciarse individualizado, mediante el color del blíster y/o tira, o el color de la tinta (blíster ámbar) o cualquier empaque unitario equivalente con protección a la luz.
- xii. 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) o en thermo King, 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.

En caso de saldos (complementos), debe identificar claramente la caja que lo contenga.

**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).

**LEYENDA EN ENVASE PRIMARIO:** Deberá plasmarse la leyenda “**Propiedad del IHSS**”, exceptuando de esta disposición los siguientes casos:

- a. Medicamentos que requieren red de frío y que, al manipular estos envases para rotulación, representa un riesgo en la alteración de la conservación y estabilidad de los mismos.
- b. Medicamentos de bajo volumen (hasta 3 ml).
- c. Medicamentos de presentación de empaque primario con *sello de seguridad* que puede llevar impreso el nombre o el logotipo de la empresa. Es importante destacar que no se considera válido utilizar cinta adhesiva transparente como sustituto de un sello de seguridad.

**INFORMACIÓN ADICIONAL EN ENVASE SECUNDARIO:** Además de lo dispuesto en las condiciones de etiquetado, deberá indicarse:

- a. Condiciones de almacenamiento.
- b. Contenido en unidades.
- c. Vía de administración incluyendo indicación especial sobre la forma de administración cuando aplique.
- d. Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo (cuando aplique)
- e. Tiempo de vida útil después de abierto o preparado (cuando aplique).

**ETIQUETADO EN EL ENVASE TERCIARIO:** Las condiciones del envase secundario.

NOTA:

- Los documentos firmados por el Representante Legal de la empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (Una autentica de firmas).

## EVALUACIÓN DE OFERTAS

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

### FASE I, VERIFICACIÓN LEGAL

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

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad y sus reformas debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
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 contratación directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
3.- Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal (Actual de la empresa) <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
4. Fotocopia de RTN de la empresa y del Representante Legal actual de la Empresa. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
5.- Fotocopia de Constancia de Solvencia Municipal vigente a la fecha de apertura de las ofertas, extendida por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa y de su representante legal actual. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
6.- Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendido por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
7.- Declaración Jurada original autenticada, sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
8.- Declaración Jurada original autenticada de los socios y su representante legal actual de la empresa que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		
9.- La Declaración Jurada original de los socios y de su 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. <b>(autenticada de acuerdo al código del notariado).</b>		

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
10- Certificación original de Inscripción en el Registro de Oferente adjudicados y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE, vigente. Caso contrario, fotocopia de constancia de que la inscripción está en trámite, la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta. <b>en caso de presentar fotocopia de constancia de trámite debe estar autenticada de acuerdo al código del notariado.</b>		
11-. Constancia original de antecedentes penales del representante legal actual de la empresa y de los socios; vigente a la fecha de presentación de la oferta.		
12- Constancia original extendida por la Procuraduría General de la República, de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR).		
13- Autorización para que el IHSS pueda verificar toda (oferta económica, documentación legal, financiera y técnica) la documentación presentada con los emisores. Esta debe de extenderse en papel original membretado del oferente.		

**NOTA: Todos los documentos que no sean originales deben venir debidamente autenticados conforme a lo que establece el Código del Notariado.**

## FASE II, VERIFICACIÓN ECONOMICA

### Documentos no subsanables (DNS)

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

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Carta (Formulario de Presentación de Oferta, de la Sección IV) la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal actual de la empresa.		
2. Lista de Precios (conforme al formulario de la Sección IV), firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa, La propuesta económica deberá contener la descripción de los suministros a brindar con sus <b>precio unitario y monto total</b> , sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior. Sí los suministro 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 mínimo del dos por ciento (2%) del monto total ofertado.		

### FASE III, EVALUACIÓN FINANCIERA

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
<p>1) Copia del Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales (Art. 33 RLCE inciso b).</p> <p>Nota: Se solicitará Estados Financieros de los dos (2) últimos años fiscales; cuando la auditoria no estuviese concluida deberá presentar constancia de la firma auditora que indique que los Estados Financieros del año que antecede se encuentra en proceso de auditoría.</p>		

### FASE IV, EVALUACIÓN TÉCNICA

Evaluación Técnica en Documentos:

ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES	CUMPLE	NO CUMPLE
<p><b>DOCUMENTACION TECNICA:</b></p> <p>Toda la documentación presentada en la oferta debe ser traducida al idioma Español. <b>En caso de presentar fotocopias éstas deberán estar debidamente autenticadas.</b> Los aspectos técnicos que no puedan ser verificados en la documentación emitida por el fabricante, entregada en la oferta, se considerarán no cumplidos y la oferta será descalificada.</p> <p><b>OBLIGATORIAMENTE;</b> La oferta técnica deberá estar ordenada, completa y organizada toda la documentación física <b>por partida ofertada y debidamente autenticada.</b></p> <p>A manera de ejemplo se detalla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portada de la partida</li> <li>• Cuadro Técnico de la partida firmado y sellado (según anexo)</li> <li>• Registro Sanitario Vigente de la partida</li> <li>• BPM Vigente de la partida o Certificado del producto</li> </ul>		

<p>farmacéutico o CLV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de Equivalencia Terapéutica (en el caso que aplique)</li> <li>• Autorización del Fabricante Vigente (según anexo)</li> <li>• Otra documentación referente a la partida</li> </ul> <p><b>NOTA: Cada oferente deberá presentar su documentación técnica en físico y en electrónico conforme formato en Excel (ver anexo) y en un <u>DISPOSITIVO USB.</u></b></p> <p><b><u>La no presentación del formato de presentación de oferta técnica de forma impresa debidamente firmada y sellada, será motivo de descalificación.</u></b></p>		
---	--	--

<p>Cada oferta deberá incluir los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICIÓN</b>, debidamente autenticada del representante legal y sus socios y según formato anexo, donde el oferente se compromete a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración, si 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. Según formulario anexo.</li> <li>Original de la <b>AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE</b> en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso, o en caso de ser copia esta deberá estar Autenticada. Según formulario anexo.</li> <li><b>DECLARACION JURADA</b>, debidamente Autenticada, firmada por el representante legal de la empresa, en la que se manifieste el compromiso incondicional a proporcionar, sin costo alguno, los servicios conexos y logística que se requiere para el lote que se oferta.</li> </ol>		
<p><b>CONDICIONES TÉCNICAS</b></p> <p>Todos los medicamentos a ser adquiridos en este proceso deberán cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cada producto se deberá ofertar expresando:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Principio Activo en forma de <b>BASE o SAL</b>, en su caso</li> <li>Presentación farmacéutica</li> <li>Forma Farmacéutica</li> <li>Concentración</li> <li>Vía de administración</li> <li>Especificaciones requeridas para cada producto.</li> </ol> </li> </ol>		

<p>2. Fotocopia legible y autenticada del <b>CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO</b> de cada producto ofertado, emitido por la Secretaría de Salud de Honduras o ARSA. No se aceptarán como válidos los certificados de Registro Sanitario que indiquen que el producto farmacéutico solicitado está en otra presentación, o forma farmacéutica. Para todos los Certificados de Registro Sanitarios de los productos ofertados, el Oferente deberá emitir una única auténtica. Si el Registro Sanitario se encuentran en trámite de renovación, corrección, modificación o ampliación deberá hacer Constar que dicho registro se encuentra en proceso, especificando número de expediente, fecha de ingreso y el estatus del trámite dicha constancia emitida por ARSA, Prospecto del medicamento y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario. No se aceptarán constancias emitidas por otra Institución. Será objeto de descalificación el ítem que presente un Registro Sanitario vencido.</p>		
<p>3. En el caso de productos fabricados dentro del Marco de la Unión Aduanera Centroamericana, se aceptará copia del <b>CERTIFICADO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO</b>, debidamente autenticado, con el sello de reconocimiento mutuo vigente, ARSA o si estuviese en trámite deberá de presentar copia de la Solicitud de Renovación del Reconocimiento Mutuo.</p>		
<p>4. Copia del <b>CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA</b> debidamente autenticado, para la forma farmacéutica ofertada.</p> <p>a. Para fabricantes nacionales: contar con la Copia de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente emitido por Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) debidamente autenticado.</p> <p>b. Para productos importados: Certificado vigente de Buenas</p>		

<p>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). Debidamente autenticado.</p> <p>Será objeto de descalificación el ítem que presente un Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y/o Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) vencido.</p>		
<p><b>5. Vida útil:</b> Los medicamentos se deberán entregar con las siguientes vigencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Los fármacos derivados de síntesis química deberán tener una fecha de expiración no menor de <b>VEINTICUATRO (24) MESES</b>, contados a partir de su entrega en el Departamento de Almacén Central del IHSS.</li> <li>b. Los fármacos biológicos, biotecnológicos, oncológicos y hemoderivados, deberán tener una fecha de expiración no menor a <b>DIECIOCHO (18) MESES</b>, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS.</li> <li>c. En casos excepcionales, el IHSS podrá aceptar entregas de fármacos con vigencias distintas a las anteriores, hasta un mínimo de <b>DOCE (12) MESES</b> de vida útil, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS.</li> </ul>		

<p>En aquellos casos justificados en que se acepte productos con fechas de expiración por un periodo menor a <b>24 MESES o 18 MESES</b>, según lo descrito en el numeral anterior, al momento de la entrega y recepción; el Proveedor presentará una <b>CARTA COMPROMISO DE REPOSICIÓN O REEMPLAZO</b> al 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.</p> <p>Así mismo se deberán reponer los medicamentos cumpliendo el procedimiento administrativo vigente establecido por el IHSS.</p>		
<p>6. Para los productos <b>BIOLÓGICOS Y HEMODERIVADOS</b>, al momento de su entrega, deberá presentarse la <b>fotocopia del certificado de liberación del lote emitida por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)</b>.</p>		
<p>7. Para medicamentos de origen <b>HEMODERIVADOS Y OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE ORIGEN HUMANO</b> se requiere:</p> <p>a. Describir el manejo del plasma como materia prima incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estado reglamentario del proveedor del plasma</li> <li>• La Epidemiología de los donantes</li> <li>• Las pruebas de detección realizadas a la sangre/plasma</li> <li>• Las medidas de garantía de calidad</li> <li>• La cuarentena en el país de origen</li> <li>• El tamaño del lote (pool) del plasma</li> <li>• Las pruebas del lote (pool) del plasma</li> </ul>		

- 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.

Los productos hemoderivados y/o de ingeniería genética, deberán presentar estudios clínicos o farmacodinámicos desarrollados en pacientes, certificados por la autoridad competente del país de origen y/o publicaciones de revistas médicas de prestigio (Asociación Mundial de Hemofilia, Carta Medica, revista médica incluida en el Índice Medicus/MEDLINE, etc.). Estos medicamentos deben cumplir con la Ley Especial del VIH/SIDA, Capítulo I, Título IV, artículo 16, del Control Sanitario y Epidemiológico que indica *que los productos usados en el manejo de pacientes hemofílicos deberán cumplir con los requisitos internacionales de pureza y seguridad estandarizados por la Food and Drug Administration*

<p>(FDA) de los Estados Unidos de América.</p>		
<p>8. Todo producto de <b>ORIGEN HUMANO</b> deberá documentar que se le realizaron pruebas por el virus de la Hepatitis B, C, VIH, y CHAGAS, también debe cumplir con las normas de bioseguridad, establecidas en el Registro Sanitario, la normativa del Reglamento Técnico Centroamericano para medicamentos y Reglamentación del ARSA.</p>		
<p>9. Para los productos de <b>INGENIERÍA GENÉTICA, BIOLÓGICOS Y HEMODERIVADOS</b>, deberá presentar Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) o Certificado de Libre Venta (CLV) y Certificados de Buenas Prácticas de Manufactura de los laboratorios involucrados en la fabricación, según aplique, vigente y emitido por una de las siguientes autoridades reguladoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Administración de Alimentos Medicamentos de Estados Unidos (FDA),</li> <li>b. Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o Autoridades competentes de los estados miembros de la Unión Europea, Health Canada,</li> <li>c. Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (MHLW),</li> <li>d. Administración de Productos Terapéuticos de Australia (TGA),</li> <li>e. Agencia Suiza de Medicamentos (Swissmedic), y</li> <li>f. Agencia de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido (MHRA).</li> </ul>		
<p>10. Aquellos productos ofertados con variación de criterios o aspectos relacionados a la composición, peso, concentración, volumen por unidad de presentación u otros aspectos como el etiquetado de envases o plan de entrega, no serán objeto de descalificación habiendo preferencia por aquellas ofertas que cumplan con todos los requisitos. <b>En caso de que la oferta con variaciones implique</b></p>		

<p><b>mayores beneficios para el IHSS, podrá ser considerada aún por encima de aquellas que no cuenten con variaciones.</b></p>		
<p><b>11.</b> Los interesados deberán presentar FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO, indicando la fórmula cualicuantitativa, misma que debe expresarse por unidad de dosificación del producto. En caso de formas farmacéuticas en polvo, de uso tópico y oftálmico, deberá expresarse en porcentaje.</p>		
<p><b>12.</b> Para el medicamento, <b>INTERFERÓN BETA – 1a</b> Se considerará preferentemente para su adjudicación, aquel producto con el cual se ha logrado mantener una respuesta clínica, a fin de prevenir recaídas de los pacientes ya iniciados.</p>		
<p><b>13.</b> Con el propósito de evaluar la calidad de los medicamentos a adquirir, el IHSS considerará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Informes de análisis de calidad emitidos por Laboratorio Oficial de Especialidades Farmacéuticas.</li> <li>b. Alarmas de sistemas de Farmacovigilancia, emitidas por autoridades regulatorias de medicamentos, tanto nacional como las reconocidas internacionalmente para todas las partidas y las documentadas en el instituto.</li> <li>c. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), desestimaré las ofertas de proveedores y laboratorios fabricantes que hayan presentado RECHAZO en los resultados de análisis de control de calidad por el laboratorio oficial de referencia, en más de una forma farmacéutica dentro de sus líneas de producción, en los últimos tres (3) años. Asimismo, se desestimaré toda la oferta de laboratorio fabricante o laboratorio titular con los mismos resultados en dos (2) productos o más, este criterio no aplicará cuando el parámetro del análisis de control de calidad corresponde a volumen incompleto, manteniendo la concentración requerida por unidad de volumen.</li> </ul>		

<p>14. No se deberán observar anotaciones a mano, tachaduras, sellos irregulares que no correspondan a la impresión original de la etiqueta, cinta adhesiva sobre la etiqueta, empaque o embalaje. Asimismo se debe presentar información sobre condiciones de almacenamiento, tiempo de descarte después de abierto el recipiente, forma de preparación, diluyentes y reconstitución, equivalencia de unidades o unidades internacionales al sistema métrico (miligramos, microgramos, gramos y otros) y además de las medidas de bioseguridad y de manipulación segura.</p>											
<p>15. Cuando exista <b>FUSIÓN ENTRE LABORATORIOS FABRICANTES</b>, el proveedor deberá presentar toda la documentación que acredite dicha situación, debidamente autenticada.</p>											
<p><b>REQUERIMIENTOS ADICIONALES</b></p>											
<p><b>PRUEBAS REQUERIDAS POR CADA MEDICAMENTO</b></p>											
<p>1. Para el producto <b>OFATUMUMAB 20mg solución inyectable jeringa precargada con 0.4 ml Vía de administración: Subcutáneo</b>. El interesado deberá considerar en su oferta el suministro, a requerimiento y sin costo adicional para el IHSS, de las <b>PRUEBAS LABORATORIALES</b> para definir el riesgo de Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva, de acuerdo con la siguiente proyección:</p>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Descripción de Pruebas</th> <th>Cantidad Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Serología e Índice Virus JC.</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Varicela zoster</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table>			No.	Descripción de Pruebas	Cantidad Anual	1	Serología e Índice Virus JC.	23	2	Varicela zoster	23
No.	Descripción de Pruebas	Cantidad Anual									
1	Serología e Índice Virus JC.	23									
2	Varicela zoster	23									
<p>La toma de la muestra será realizada en coordinación con el servicio de neurología, el proveedor estará a cargo de la logística de transporte de la muestra y entrega de resultados al IHSS, de acuerdo con los protocolos que se dispongan ambas partes,</p>											

<p>debiendo <b><u>presentar la DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIOS CONEXOS</u></b>, de acuerdo con el formato anexo.</p>		
<p><b>ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD:</b> Todos los medicamentos adquiridos serán objeto del monitoreo de ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD, en cualquier momento que el IHSS considere conveniente y el proveedor se sujetará a las siguientes condiciones:</p> <p>a. Cuando el análisis del lote remitido resultara con RECHAZO, el IHSS remitirá para análisis de calidad todos los lotes que mantenga en existencia a costo del proveedor y notificará a la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) los resultados de los análisis en los que se refleje que los productos no reúnen las características exigidas por textos oficiales, normas, regulaciones y disposiciones de carácter nacional o internacional con las que se haya registrado el producto. Los proveedores responsables de los productos rechazados, estarán obligados al retiro y reembolso inmediato del valor total del producto adquirido, de acuerdo con el procedimiento administrativo institucional. La contravención de esta disposición podrá dar lugar a la resolución de contrato. La disposición final de cualquier producto que resulte con FALLA FARMACÉUTICA será responsabilidad del proveedor, en cumplimiento a los procedimientos institucionales y a la normativa nacional.</p> <p>b. El IHSS asumirá las disposiciones que emita la ARSA en relación a análisis de calidad, retiro o suspensión de registro sanitario, aseguramiento y cuarentena de los productos farmacéuticos según sea el caso.</p> <p>c. Para las partidas que no están exentas de análisis y que el Laboratorio de Especialidades Farmacéuticas no cuente con las metodologías para realización de un análisis completo, el IHSS solicitará la realización de un análisis</p>		

<p>reducido en consenso con el Laboratorio de Especialidades Farmacéuticas.</p>		
<p><b>INSPECCIONES Y PRUEBAS:</b> Para garantizar la calidad de los medicamentos adjudicados no exentos de análisis, el IHSS enviará a analizar dichos productos al Laboratorio Oficial de referencia del Colegio Químico Farmacéutico de Honduras, siguiendo el procedimiento siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. La toma de muestra para el análisis de control de calidad del medicamento, se practicará al lote más representativo de cualquiera de las entregas y siguiendo los lineamientos técnicos establecidos en el Reglamento Técnico Centroamericano de Verificación de la Calidad de Productos Farmacéuticos Medicamentos para uso Humano.</li> <li>b. El oferente deberá reponer en el Departamento de Almacén Central, la cantidad de medicamentos que se tomen para el muestreo de calidad.</li> <li>c. Los análisis de control de calidad se efectuarán a costo del proveedor. Una vez que la muestra se haya enviado a análisis, el oferente deberá proceder, dentro de los siguientes quince (15) días calendario, a cancelar el pago correspondiente en el laboratorio de referencia.</li> </ol>		

## FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO

- a. **FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO:** Los medicamentos identificados en la base como **FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO**, deben demostrar evidencia de Intercambiabilidad o Equivalencia Terapéutica, con el medicamento de referencia o comparador **emitido por las autoridades reguladoras requeridas por el IHSS según categoría.**

Código SAP	Descripción de Medicamento	U.P	Riesgo Sanitario
L01EF002	ABEMACICLIB 100mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1
L01EF003	ABEMACICLIB 150mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1
B01AF003	APIXABAN 2.5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1, 2, 3
B01AF002	APIXABAN 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1, 2, 3
L01BC007	AZACITIDINA 100 mg Polvo Liofilizado, Frasco. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	1, 2, 3
C09CA006	CANDESARTAN (cilixetilo) 32mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
C09CA005	CANDESARTAN (cilixetilo) 8mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
V03AE001	CARBONATO DE SEVELAMER 800mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
L01XE010	DASATINIB 100mg tableta o capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	1, 2, 3
L01BC008	GEMCITABINA 1g polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable. Frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1, 2, 3
L01BC005	GEMCITABINA 200mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1, 2, 3
L04AC010	GUSELKUMAB 100mg/ml Solución inyectable en jeringa prellenada de 1ml. Vía de administración: SUBCUTANEA	JRP	1, 2
L01XE016	IBRUTINIB 140mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L03AB008	INTERFERÓN BETA - 1a 30microgramos/ 0.5ml (equivalente a 6 millones de UI) solución inyectable en jeringa prellenada. Vía de Administración: Intramuscular.	JRC	1, 2
L04AA005	LEFLUNOMIDA 20mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2
N03AX006	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución oral frasco 150-300ml. Vía de Administración: Oral	FCO	1, 2
A10BH001	LINAGLIPTINA 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	1
L04AA019	OFATUMUMAB 20mg solución inyectable jeringa precargada con 0.4 ml Vía de administración: Subcutáneo (Uso exclusivo neurología)	JRC	1
L01XK001	OLAPARIB 150mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2
N05AH003	QUETIAPINA (Fumarato) 300mg tableta. Vía de Administración: Oral	TAB	1, 2, 3
N05AH004	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
L01XE011	REGORAFENIB 40mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2
L01XE007	SUNITINIB (Maleato) 12,5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L01XE005	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L01XE006	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1, 2
L04AC003	TOCILIZUMAB 200mg (20mg/ml) Solución concentrada para infusión ampolla 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	1, 2
N06AX006	VENLAFAXINA (como clorhidrato) 150mg capsula o tableta de liberación extendida. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	1, 2, 3

Los interesados deberán presentar copia de documentación oficial de **APROBACIÓN DE EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA** o bien, **CERTIFICADO DE INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTO**, con el medicamento de referencia o comparador, emitido por alguna Autoridad Reguladora a continuación descrita requerida por el IHSS para garantizar eficacia, seguridad y calidad de los

medicamentos; el Certificado de Intercambiabilidad que presenten deberá estar en concordancia con el Registro Sanitario vigente con el Laboratorio Titular Y/o Laboratorio Fabricante. Si existiese diferencias deberán presentar documentación legal que respalde la relación entre el Laboratorio Titular Y/o Laboratorio Fabricante, de alguna de las autoridades enlistadas a continuación:

AUTORIDADES REGULADORAS ERICTAS, (Categoría 1)		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	<a href="#">Agencia Europea de Medicamento</a>	EMA – European Medicines Agency
2	<a href="#">Estados Unidos de América</a>	USFDA – Food and Drug Administration
3	<a href="#">Canadá</a>	HC – Health <a href="#">Canadá</a>
4	Oficina de Seguridad Farmacéutica y de Alimentos de Japón	Pharmaceuticals and Medical Devices Agency PMDA
5	<a href="#">Suiza</a>	<a href="#">Swissmedic</a>
6	<a href="#">Australia</a>	Therapeutic Goods Administration (TGA)
7	<a href="#">Islandia</a>	Agencia de Medicamentos de Islandia (IMA)
8	<a href="#">Noruega</a>	<a href="#">Agencia Noruega de Medicamentos</a>
9	Liechtenstein	Oficina de la Salud/Departamento de Farmacia

AUTORIDADES REGULADORAS DE ALTA VIGILANCIA, (Categoría 2)		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	<a href="#">Suecia</a>	Agencia de Productos Médicos (MPA)
2	<a href="#">España</a>	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)
3	<a href="#">Reino Unido</a>	Agencia Regulatoria para Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA)
4	<a href="#">Finlandia</a>	Agencia Finlandesa de Medicamentos (FIMEA)
5	<a href="#">Francia</a>	Agencia Nacional Francesa de Seguridad de los medicamentos y Productos de Salud (ANSM)
6	<a href="#">Bélgica</a>	Agencia Federal de Medicamentos y Productos para la salud (AFMPS)
7	<a href="#">Austria</a>	Agencia Austriaca para la Salud y la Seguridad Alimentaria (AGES)
8	<a href="#">Alemania</a>	Ministerio Federal de Salud (BMG) Autoridad Central de los Lander para la Protección de la Salud relativa a los productos medicinales y dispositivos médicos (ZLG)
9	<a href="#">Dinamarca</a>	Agencia Danesa de Medicamentos (DKMA)
10	<a href="#">Nueva Zelanda</a>	Autoridad de Seguridad de Medicamentos y Dispositivos Médicos ( <a href="#">MedSafe</a> )
11	<a href="#">Holanda</a>	Inspección de Asistencia Sanitaria (IGZ)
12	<a href="#">Irlanda</a>	Autoridad Reguladora de los Productos de Salud (HPRA)
13	<a href="#">Italia</a>	Agencia de Medicamentos Italiana ( <a href="#">AIFA</a> )

AUTORIDADES REGULADORAS DE PAISES DE REFERENCIA REGIONAL, (Categoría 3)		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	<a href="#">Argentina</a>	ANMAT, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
2	<a href="#">Brasil</a>	ANVISA, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, Ministerio da <a href="#">Saúde</a> .
3	<a href="#">Chile</a>	ISP, Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud.
4	<a href="#">Colombia</a>	INVIMA, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
5	<a href="#">Cuba</a>	CECMED, Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos. <a href="#">Ministerio de Salud Pública</a> .
6	<a href="#">México</a>	COFEPRIS, Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios.

## FÁRMACOS ADJUDICACION EN BLOQUE

Los medicamentos enlistados a continuación, se **ADJUDICARÁN A UN MISMO LABORATORIO FABRICANTE**, cuyo precio total a considerar será la mejor combinación de ofertas técnicamente válidas. Estos medicamentos tienen el mismo principio activo pero diferente concentración y necesitan ser mezclados previo a su administración en el paciente, para ajuste de dosis; esta disposición tiene como fin evitar incompatibilidades entre excipientes de diferentes fabricantes (problemas de precipitación y/o cristalización que afectan la acción terapéutica deseada, provocan riesgos al paciente e incluso pérdidas a la Institución.

Código SAP	Descripción del Medicamento	U.P
L01EF002	ABEMACICLIB 100mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB
L01EF003	ABEMACICLIB 150mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB
B01AF003	APIXABAN 2.5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB
B01AX002	APIXABAN 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB
L01BC008	GEMCITABINA 1g polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable. <u>frasco</u> . Vía de Administración: Intravenosa.	FCO
L01BC005	GEMCITABINA 200mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO
L01XE007	SUNITINIB (Maleato) 12,5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP
L01XE005	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP
L01XE006	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP

### NOTA:

- Los documentos firmados por el Representante Legal (actual) de la empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (de acuerdo al código del Notariado).
- **Todo documento emitido en el extranjero deber estar apostillado.**

### Se rechaza descalifica y no se continúa la evaluación técnica del insumo ofertado:

- Omisión del formato técnico de la oferta impreso
- Falta de firma y sello del proveedor en el formato técnico ofertado

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La no presentación de los tiempos de entrega de forma impresa en formato técnico ofertado</li> <li>• Si al laboratorio fabricante o laboratorio titular le han sido rechazados dos o más productos en cualquier institución del país, en línea de producción, según forma farmacéutica, por lo tanto, no se considerarán todos los medicamentos ofertados de ese fabricante o titular y/o misma línea de producción, según forma farmacéutica. Este criterio No aplica cuando el parámetro del análisis de control de calidad corresponde a volumen incompleto, manteniendo la concentración requerida por unidad de volumen.</li> </ul>		
<p><b><u>CARACTERÍSTICAS DE ENVASES:</u></b></p> <p>a. <b>EMPAQUE/ENVASE PRIMARIO:</b> Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento y deberá cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Debe ser inerte, aislar y proteger medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.</li> <li>ii. Las formas farmacéuticas <b>LIQUIDAS:</b> soluciones, suspensiones, jarabes y demás, deberán ser envasadas en frascos de plástico o de vidrio que ofrezcan protección contra la luz, dotados con tapa de plástico y con cierre de seguridad. Los líquidos que requieran gotero deberán presentarse en frasco gotero o con tapón gotero. Las de uso oftalmológico deben envasarse en frasco gotero plástico no reactivo con tapadera de seguridad del tipo que se desprende al abrirlo.</li> <li>iii. Los frascos conteniendo <b>POLVOS</b> para inyección, deben tener sello y tapón de seguridad y si acompañan el solvente deben indicarlo. Los polvos para reconstitución oral, en los frascos debe indicarse la escala de volumen a llevar para realizar el preparado e indicar el volumen de solvente a utilizar.</li> <li>iv. Las formas farmacéuticas <b>LIQUIDAS Y POLVOS PARA SUSPENSIÓN ORALES</b>, deben tener sabor agradable e incluir dosificadores para facilitar su administración, los cuales deben ser</li> </ul>		

<p>incorporados a cada frasco y podrán ser: cuchara graduada de 2.5ml a 5ml, jeringa o copita graduada en escala fraccionada de 0ml hasta 10ml.</p> <p>v. Formas farmacéuticas <b>SÓLIDAS</b>: Las tabletas orales, sublinguales, vaginales, óvulos, grageas, cápsulas, perlas y demás, deberán ser envasadas en blíster plástico/aluminio, blíster aluminio/aluminio u otro tipo de envase debidamente calificado como tiras de papel aluminio/aluminio, tiras de Plástico/aluminio. El blíster o tiras deberán tener impreso en la parte posterior (reverso) el nombre del medicamento y los datos necesarios según lo expresado en especificaciones de etiqueta, en algunos casos especiales de tratamientos específicos debidamente justificados, se puede aceptar estas presentaciones en frascos cuyo contenido máximo será hasta 120 tabletas.</p> <p>vi. En el caso de los medicamentos cuyas formas farmacéuticas son <b>AEROSOLE</b>S, es indispensable que cumplan con la Ley General del Ambiente, la cual establece que estos medicamentos deben estar libres de CFC (clorofluoruro de carbón), consignándolo en su envase.</p> <p>vii. Formas farmacéuticas <b>SEMISÓLIDAS</b>: Las pomadas, ungüentos, cremas, gel deberán ser envasados en tubo de plástico o metal con tapa de seguridad.</p> <p>viii. Las formas farmacéuticas cuya presentación sean en <b>TARRO</b>: deberán ser envasadas en recipientes de plástico o vidrio de boca ancha, con sello de aluminio adherido a la boca del tarro y que la tapadera exterior sea de plástico.</p> <p>ix. Líquidos para <b>USO PARENTERAL</b>: deberá notarse claramente la marca para poder abrir las ampollas. Las preparaciones inyectables con presentación en bolsas deberán estar constituidas por plástico resistente, no reactivo, con escala de volumen y con dispositivo que permita la conexión de catéter, así como el respectivo colgante para insertarlo fácilmente en un soporte de forma que se facilite su administración intravenosa (I.V).</p> <p>x. Los envases primarios cuyas <b>PRESENTACIONES SEAN FRASCOS</b>, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal. Cualquier otro frasco que difiera de los antes indicados, y que presente dudas respecto a</p>		
---	--	--

<p>exposición de la luz, deberá comprobarse con el respectivo estudio de estabilidad vigente para su aceptación.</p> <p>xi. Los medicamentos que se especifiquen <b>EN BLÍSTER</b>, deberán utilizar películas de PVC/PVDC (Cloruro de Polivinilo con Cloruro de Polivinilideno), ámbar o transparente según el diseño y sensibilidad del principio activo. Los medicamentos que se especifiquen <b>en tiras de papel de aluminio</b>, debe entenderse que es por ambos lados. Ambos empaques (<b>blíster o tiras</b>) con características físicas que permita diferenciarse individualizado, mediante el color del blíster y/o tira, o el color de la tinta (blíster ámbar) o cualquier empaque unitario equivalente con protección a la luz.</p> <p>xii. Para los productos que requieren <b>CADENA DE FRÍO O ALMACENAMIENTO ESPECIAL</b> 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) o en thermo King, con envase o sin envase terciario y cuaternario.</p>		
<p>b. <b>EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO:</b> Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario y deberá cumplir con lo siguiente:</p> <p>i. El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina).</p> <p>ii. El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).</p> <p>iii. Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos</p>		

<p>y las indicaciones de su manejo.</p>		
<p>c. <b>EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO:</b> 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.</p> <p>En caso de saldos (complementos), debe identificar claramente la caja que lo contenga.</p>		

**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).

--	--	--

<p><b>LEYENDA EN ENVASE PRIMARIO:</b> Deberá plasmarse la leyenda “Propiedad del IHSS”, exceptuando de esta disposición los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Medicamentos que requieren red de frío y que, al manipular estos envases para rotulación, representa un riesgo en la alteración de la conservación y estabilidad de los mismos.</li> <li>b. Medicamentos de bajo volumen (hasta 3 ml).</li> <li>c. Medicamentos de presentación de empaque primario con <i>sello de seguridad</i> que puede llevar impreso el nombre o el logotipo de la empresa. Es importante destacar que no se considera válido utilizar cinta adhesiva transparente como sustituto de un sello de seguridad.</li> </ul>		
<p><b>INFORMACIÓN ADICIONAL EN ENVASE SECUNDARIO:</b> Además de lo dispuesto en las condiciones de etiquetado, deberá indicarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Condiciones de almacenamiento.</li> <li>b. Contenido en unidades.</li> <li>c. Vía de administración incluyendo indicación especial sobre la forma de administración cuando aplique.</li> <li>d. Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo (cuando aplique)</li> <li>e. Tiempo de vida útil después de abierto o preparado (cuando aplique).</li> </ul>		
<p><b>ETIQUETADO EN EL ENVASE TERCIARIO:</b> Las condiciones del envase secundario.</p>		

## FASE IV, EVALUACIÓN ECONÓMICA

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 evaluada a la más alta evaluada.

### 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 5, párrafo segundo y 50 de la Ley de Contratación del Estado.

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 deberá aceptarlas en los tres (3) días calendario 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 (Art. 131 RLCE)

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

- 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;
- 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 (**la precalificación no aplica para este ítem**) o, en su caso, por oferentes que no hayan acreditado satisfactoriamente su solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica o profesional;
- 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 hubieran 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 fundadamente dispusiera el pliego de condiciones

Nota: No se aceptarán ofertas alternativas.

## **NEGOCIACIÓN DEL CONTRATO (CUANDO APLIQUE)**

**Artículo 171 del reglamento RLCE:**

**EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS a través de la [Comisión de Evaluación](#), podrá negociar previo a la [recomendación de adjudicación](#), en aquellos casos que amerite, como ser: plazos, porcentaje de entrega, precio, para obtener las condiciones más ventajosas para el Estado de Honduras, en el marco de la emergencia decretada en el sistema de salud.**

## **ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO**

Disponibilidad Presupuestaria:

En apego a lo establecido en el artículo 39 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, excepcionalmente podrá darse inicio a un procedimiento de contratación sin que conste la aprobación presupuestaria del gasto, pero el contrato no podrá suscribirse sin el cumplimiento de este requisito, estando en el entendido que se emitirá la Resolución de Adjudicación una vez exista la disponibilidad presupuestaria para contratar.

La adjudicación del contrato **se podrá hacer por partidas al oferente u oferentes que**, cumpliendo las condiciones de participación, incluyendo su solvencia e idoneidad para ejecutar el contrato, presente **la oferta de precio más bajo o se considere la más económica Ó ventajosa** y por ello mejor calificada, de acuerdo con criterios objetivos establecidos. La adjudicación se realizará con un mínimo de un oferente que se presente en el día de la presentación de las Ofertas.

## **NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN 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 servicios incluidos en el contrato
- c) El nombre del Oferente ganador
- d) El valor de la Adjudicación.

## **FIRMA DE CONTRATO**

Se procederá a la firma del contrato dentro de los **diez (10) días calendario** siguiente a la notificación de la

adjudicación. El oferente que resultare adjudicado deberá presentar, previo a la firma del contrato y en un término de cinco (5) días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la notificación.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS, Fundamentada en los artículos: 36 de la Ley de Contratación del Estado y artículo 30 del Reglamento Ley de Contratación del Estado, solicitara previo a la firma del Contrato la siguiente documentación: **(Deberá ser entregada en la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras Edificio Administrativo Barrio Abajo 6to).**

1- Constancia de solvencia original vigente extendida por la Procuraduría General de la Republica, en donde se haga constar que la empresa oferente y su representante legal NO tiene cuentas ni juicios pendientes con el Estado.
2- Constancia original vigente de solvencia electrónica, emitida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR) antes DEI, de la Empresa y del Representante Legal.
3- Certificación original de Inscripción en el Registro de Oferente adjudicados y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE, vigente. Caso contrario, fotocopia de constancia de que la inscripción está en trámite, la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta. <b>En caso de presentar fotocopia de constancia de trámite debe estar autenticada de acuerdo al código del notariado.</b>
4- Constancia original de solvencia por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
5- 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. <b>(cuando aplique)</b>

**Nota:** 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, la más baja y ventajosa y así sucesivamente. Lo anterior en cumplimiento a los artículos **58** de la Ley de Contratación del Estado y **136** de su Reglamento.

**CONDICIONES DE CONTRATACIÓN**  
**ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

El **Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)**, a través de la Dirección Médica Nacional, y Coordinación 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.

## PLAZO CONTRACTUAL

El contrato estará vigente por un periodo de **DOCE (12) meses** contados a partir del día siguiente a la notificación de la adjudicación. Llegado el vencimiento del contrato sin que el proveedor haya entregado la totalidad de los bienes, el IHSS podrá proceder a ejecutar la garantía de cumplimiento del contrato.

## CESACIÓN DEL CONTRATO

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

## LUGAR DE ENTREGA

Las entregas de los suministros serán en el Almacén del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), ubicado en la colonia Miramontes, quinta entrada, calle Altiplano, detrás del Supermercado La Colonia No. 1, con previa cita.

## PLAZO DE ENTREGA

### PLAZO Y CANTIDADES DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

El IHSS requiere **TRES (03) Entregas:**

<b>50%</b> <b>I ENTREGA:</b>	<b>25%</b> <b>II ENTREGA:</b>	<b>25%</b> <b>III ENTREGA:</b>
Inmediata a 30-45 días calendario posterior a la recepción de la Orden de Compra	90 días calendario posterior a la recepción de la Orden de Compra	120 días calendario posterior a la recepción de la Orden de Compra

En casos en que el oferente proponga entregas en plazos y cantidades diferentes a los requeridos, el IHSS se reserva el derecho de aceptar o rechazar las mismas en función de la necesidad del producto, la capacidad logística en almacén central de almacenamiento de los mismos y a beneficio de la institución, siempre y cuando estén dentro del rango máximo solicitado.

**Para los productos BIOLÓGICOS Y HEMODERIVADOS, al momento de su entrega, deberá presentarse la fotocopia del certificado de liberación del lote emitida por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).**

## PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN

## PROCEDIMIENTO PARA INICIO DE ENTREGA DE INSUMOS

El oferente adjudicado hará las entregas de los medicamentos de conformidad con los términos del contrato y la orden de compra emitida por el IHSS, dentro de los plazos y cantidades establecidos en esta base de Contratación Directa. Las entregas de los suministros serán en el Almacén del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), ubicado en la colonia Miramontes, quinta entrada, calle Altiplano, detrás del Supermercado La Colonia No. 1.

El oferente adjudicado, deberá comunicar por escrito y por lo menos con dos (2) días de anticipación, al Jefe del Departamento de Almacenamiento y distribución, la fecha desde la cual tiene a disposición los productos para ser entregados (VER FORMULARIO DE solicitud de fecha para entrega de medicamentos en el almacén central, ANEXOS) en observación a plazos ofertados y adjudicados, información que servirá para elaborar la calendarización de Entrega y Recepción, la cual será comunicada al oferente adjudicado.

## GARANTÍAS

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:

### GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

- **El proveedor deberá presentar la Garantía de Cumplimiento del contrato, que la misma debe ser presentada dentro del término de cinco (05) días hábiles después de la notificación de la adjudicación. (Deberá ser entregada en la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras Edificio Administrativo Barrio Abajo 6to).**
- 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 prestación total de los servicios.
- 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 insumos 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: **un (1) año** contados a partir de la finalización del contrato.

## FORMA DE PAGO

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) cancelará pagos de acuerdo con la oferta adjudicada, por los bienes debidamente recibidos y contra entrega de la documentación administrativa correspondiente. Dicho pago se efectuará en moneda de curso legal, 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:

### Documentos a presentar para la gestión del pago son los siguientes:

- 1) Factura original
- 2) Recibo por el monto a cobrar (original)
- 3) Constancia de estar sujeto al régimen de pagos a cuenta vigente (cuando aplique)
- 4) Solvencia Fiscal Vigente
- 5) Comprobante de pago de cotizaciones del IHSS
- 6) Acta de recepción definitiva de la entrega de los PRODUCTOS avalado por el personal encargado del Almacén Central.
- 7) Fotocopia del contrato.
- 8) Fotocopia de la garantía de cumplimiento vigente.
- 9) Orden Exonerada (cuando aplique)
- 10) Orden de compra SAP

## 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, en relación con el monto total del saldo del contrato al momento del incumplimiento de acuerdo a la tasa fiscal vigente de conformidad

A lo establecido en las Disposiciones Generales de Ingresos y Egresos de la República. 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 la infracción.

### SECCIÓN III - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

#### ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES TÉCNICAS IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

**Disposiciones del proceso:** el proceso se plantea por partidas, pudiendo los interesados ofertar varias o la totalidad de ellas. En el caso de las partidas 1 y 2, 14 y 15, 59 y 60, 128, 129 y 130, compuesta por dos o más medicamentos, se requiere adjudicar cada una a un mismo laboratorio fabricante, pues tienen el mismo principio activo, pero diferentes concentraciones y necesitan ser mezclados para ajuste de dosis previo a su administración al paciente. Esta disposición tiene como fin evitar incompatibilidades entre excipientes de diferentes fabricantes y problemas de precipitación y/o cristalización que afectan la acción terapéutica deseada y provocan riesgos al paciente, aceptando ofertas parciales, pero con preferencia para aquellas ofertas que cumplan con lo descrito previamente. No se aceptarán ofertas alternativas. Las partidas se detallan a continuación:

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
1	ABEMACICLIB 100mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	6,800	
	ABEMACICLIB 150mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	26,096	
2	ACETAMINOFEN 100 mg/ml solución oral frasco gotero 15 - 30 ml. Vía de administración: Oral	FGT	18,000	
3	ACICLOVIR 400mg capsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	170,000	
4	ACICLOVIR 200mg/5ml suspensión oral frasco 100-125ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	3,000	
5	ACICLOVIR 3% ungüento oftálmico tubo 5-7g con un adaptador/aplicador. Vía de Administración: Oftálmica.	TUB	1,400	
6	ÁCIDO IBANDRONICO (Ibandronato) 150 mg tabletas recubiertos. Vía de administración: Oral	TAB	11,000	
7	AGUA DESTILADA ESTÉRIL para inyección frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	27,700	
8	AMANTADINA (clorhidrato o sulfato) 100mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	78,000	
9	AMIKACINA (sulfato) 250mg/ml solución inyectable frasco o ampolla 2-4ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP-FCO	22,000	
10	AMINOACIDOS CRISTALINO al 10 % sin electrolitos, sin dextrosa, solución Inyectable frasco 500 ml. Vía de administración: Intravenosa	FCO	1,000	
11	AMITRIPTILINA (clorhidrato) 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	550,000	

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
12	AMOXICILINA (trihidrato) 400 mg + ACIDO CLAVULANICO (clavulanato de potasio) 57mg/5ml polvo para suspensión oral frasco 50 - 70ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	25,000	
13	APIXABAN 2.5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	160,000	
	APIXABAN 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	180,000	
14	ATROPINA 1% (equivalente a 10mg/ml) solución oftálmica frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	180	EXENTO
15	AZACITIDINA 100 mg Polvo Liofilizado, Frasco. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	450	EXENTO
16	AZITROMICINA (dihidrato) 600mg/15ml (200mg/5ml) polvo para reconstituir a suspensión oral frasco 15-25ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	29,800	
17	AZITROMICINA 500 mg solución inyectable o polvo estéril para reconstituir a solución inyectable, frasco. Vía de administración Intravenosa	FCO	900	
18	BENZOILO PERÓXIDO 5 % gel cutánea tubo 40-60g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	750	
19	BETAHISTINA Diclorhidrato 48 mg tabletas recubiertas de liberación prolongada. Vía de administración: Oral.	TAB	55,000	
20	BORTEZOMIB 3.5mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa, Subcutánea.	FCO	600	
21	BUPIVACAINA 5mg/ml (equivalente a 0.5%) solución inyectable sin preservantes derivados del parabeno frasco o ampolla 10-20ml. Vía de Administración: Epidural.	AMP-FCO	2,400	
22	BUPIVACAINA PESADA (5mg/ml) (equivalente a 0.5%) + DEXTROSA o glucosa 7.5-8% por ml, solución inyectable sin preservante derivado del parabeno, en frasco o ampolla Vía de Administración: raquídea o subaracnoideo.	AMP-FCO	15,100	
23	BUPRENORFINA 20 mg Parche Transdérmico. Vía de administración: Transdérmica.	PARCHE	1,100	
24	CALCIO (carbonato) que equivale a 600mg calcio elemental, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	105,000	
25	CANDESARTAN (cilexetilo) 32mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	3,100,000	
26	CANDESARTAN (cilexetilo) 8mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	141,000	
27	CARBETOCINA 100 mcg/ml solución inyectable frasco. Vía de administración: intravenosa, intramuscular.	FCO	600	
28	CARBONATO DE SEVELAMER 800mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	250,000	
29	CELECOXIB 200 mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	127,000	
30	CILOSTAZOL 100mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	39,000	
31	CIPROFLOXACINA 200 mg. Solución inyectable Vía de administración: Intravenosa.	FCO-BOL	3,400	

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
32	CIPROTERONA (como acetato) + ETINILESTRADIOL 2mg + 0.035mg respectivamente tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	250,000	
33	CLARITROMICINA 500mg tableta o capsula. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	190,000	
34	CLINDAMICINA (sal fosfato) 2% crema vaginal con aplicador tubo 35-40g. Vía de Administración: Vaginal.	TUB	33,000	
35	CLORDIAZEPOXIDO+CLIDINIO (bromuro) 5mg + 2.5mg respectivamente tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	50,000	
36	CLOTRIMAZOL 1%, crema tópica tubo 20-30g. Vía de Administración: Tópica	TUB	140,000	
37	COLECALCIFEROL (Vitamina D3) 10,000 UI capsula o tableta. Vía de administración: Oral.	TAB-CAP	79,000	
38	DASATINIB 100mg tableta o capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	9,000	
39	DESMOPRESINA (acetato) 0.1mg/ml solución nasal frasco gotero 6 ml o 120 mcg tableta sublingual. Vía de Administración: Nasal o Sublingual.	FGT-TAB	9,000	
40	DEXMEDETOMIDINA 100 mcg/ml solución inyectable frasco-ampolla de 2 ml. Vía de administración: Intravenosa	AMP-FCO	6,000	
41	DEXTROSA 50% solución inyectable bolsa o frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO-BOL	13,000	
42	DICLOFENACO (sódico) 25mg/ml (75mg/3ml), solución inyectable ampolla 3ml. Vía de administración: Intravenosa, intramuscular.	AMP	500,000	
43	DIENOGEST 2mg + ETINILESTRADIOL 0.02-0.03mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	22,000	
44	DIGOXINA 0.25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	45,000	
45	DIGOXINA 0.25mg/ml (0.5mg/2ml) solución inyectable ampolla 2ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	900	EXENTO
46	DIMENHIDRINATO 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	510,000	
47	DORZOLAMIDA (2 %) 20 mg/ml + TIMOLOL (0.05%) 5mg/ml. Solución oftálmica frasco gotero 5-6ml. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	6,000	
48	DULOXETINA 30mg cápsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	95,000	
49	ENOXAPARINA (sódica) 60mg/0.6ml (6,000UI) Solución inyectable, jeringa prellenada. Vía de Administración: Subcutánea.	JRC	16,000	
50	ESTRADIOL 1mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	3,500	EXENTO
51	ETONOGESTREL Implante 68 mg. Vía de administración: Subcutánea	IMPLANTE	150	
52	FENOBARBITAL 20 mg / 5 ml solución oral frasco 120 ml. Vía de administración: Oral	FCO	130	EXENTO
53	FLUCONAZOL 150mg cápsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	40,000	

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
54	FORMOTEROL (fumarato) + BUDESONIDA 4.5/ 80mcg respectivamente, suspensión para inhalación, frasco. Vía de Administración: Inhalatoria.	FCO	8,000	
55	FORMULA POLIMÉRICA, NORMOPROTEICA LIBRE DE LACTOSA, polvo, 400 -454g lata. Vía de Administración: Oral.	LAT	6,000	
56	FUSIDATO (sódico) 2% Sobre de 10 gasas impregnadas 10 x 10cm. Vía de Administración: Tópica.	GASA	20,000	
57	GEMCITABINA 1g polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable. Frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1,300	
	GEMCITABINA 200mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1,200	
58	GENTAMICINA (como sulfato) Base 40mg/ml solución inyectable frasco o ampolla. 2ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP-FCO	20,000	
59	HIDROCORTISONA (succinato sódico) 500mg polvo estéril para reconstitución a solución inyectable frasco 4ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	45,000	
60	HIDROXICLOROQUINA (Sulfato) 400mg equivalente a 310mg de Hidroxicloroquina base, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	200,000	
61	HIDROXICOBALAMINA (Vitamina B12) solución inyectable 1mg/ml. Ampolla. Vía de administración: Intramuscular.	AMP	5,000	
62	HIDROXIZINA (Clorhidrato) 10mg/5ml solución oral frasco 200ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	400	
63	HIDROXIZINA (Clorhidrato) Base 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	9,000	
64	HIERRO (sulfato) 300mg (equivalente a 60mg de hierro elemental) Tableta con capa entérica o gragea. Vía de administración: Oral.	TAB - GRAGEA	4,500,000	
65	HIERRO AMINOQUELADO 8.55 mg / ml con o sin ácido fólico suspensión oral frasco gotero Vía de administración: Oral.	FGT	41,000	
66	HIERRO SACAROSA 20mg/ml solución inyectable ampolla 5ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	25,000	
67	IBRUTINIB 140mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	22,000	EXENTO
68	INSULINA INTERMEDIA HUMANA de origen ADN recombinante (NPH) 100UI/ml suspensión inyectable frasco. 10ml. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	68,400	
69	ITRACONAZOL 100mg capsula con microgránulos. Vía de Administración: Oral.	CAP	6,500	
70	IVABRADINA (clorhidrato) 5mg comprimido recubierto. Vía de Administración: Oral.	TAB	130,000	
71	KETANSERINA 2% gel, tubo 70-80g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	1,100	
72	LACOSAMIDA 200mg tableta Vía de Administración: Oral.	TAB	15,800	
73	LACTULOSA 10g/15ml solución Oral frasco 200-240ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	14,500	
74	LEFLUNOMIDA 20mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	150,000	

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
75	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución oral frasco 150-300ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	8,200	
76	LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	280,000	
77	LIDOCAÍNA (clorhidrato) 5 % solución tópica oral frasco de polietileno con bomba dosificadora para spray frasco 30ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	1,400	
78	LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 1:200000 solución inyectable, sin preservante derivados del parabeno frasco 50ml. Vía de Administración: Intramuscular, Infiltración, Intratecal.	FCO	1,700	
79	LINAGLIPTINA 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	130,000	
80	LINEZOLID 600mg. Tableta recubierta Vía de administración: Oral.	TAB	2,000	
81	LITIO (carbonato) 300mg tableta o capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	35,000	
82	MEDROXIPROGESTERONA (acetato) 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	5,000	
83	MEGESTROL (acetato) 40mg/ml suspensión oral frasco 240ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	600	
84	MESALAZINA tabletas 500mg comprimidos gastrointestinales - tabletas de liberación prolongada. Vía de administración: Oral.	TAB	80,000	
85	METFORMINA (clorhidrato) 1000mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	9,800,000	
86	METILCELULOSA 0.3-0.5% (equivalente a 3- 5mg/ml) solución oftálmica frasco gotero 10-15ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	16,000	
87	METILERGOMETRINA O ERGONOVINA (maleato) 0.2mg/ml solución inyectable ampolla 1ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	1,400	
88	METILPREDNISOLONA (acetato) 40mg/ml suspensión inyectable frasco 1ml. Vía de administración: intramuscular e intra articular.	FCO	6,000	
89	METILPREDNISOLONA (como succinato sódico) 40mg polvo para reconstitución a solución inyectable frasco 5ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	7,000	
90	METIMAZOL 5mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	200,000	
91	METOCLOPRAMIDA 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	400,000	
92	METOCLOPRAMIDA 5mg/ml solución inyectable ampolla o frasco 2ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP-FCO	130,000	
93	METOTREXATO 500 mg polvo estéril para reconstituir a solución inyectable o solución inyectable frasco. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular, Intratecal.	FCO	400	
94	METOTREXATO 2.5mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	185,000	
95	METRONIDAZOL 0.75% gel vaginal tubo 40g incluyendo 7 aplicadores. Vía de Administración: Vaginal.	TUB	30,000	

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
96	MIDAZOLAM (clorhidrato) 1mg/ml solución inyectable ampolla 5ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	14,300	
97	MISOPROSTOL 200mcg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	15,000	
98	MOMETASONA (Furoato monohidratado) equivalente a 50 µg/disparo furoato de mometasona, spray nasal, frasco. Vía de administración: Nasal.	FCO	120,000	
99	MONTELUKAST (como sal sódica) 4mg tabletas masticables. Vía de Administración: Oral.	TAB	32,000	
100	NAFAZOLINA 0.1% Solución oftálmica al 0.1% (equivalente a 1mg/ml) de nafazolina frasco gotero 10-15ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	24,000	
101	NALOXONA (clorhidrato) 0.4mg/ml. solución inyectable ampolla 1ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular, Subcutánea.	AMP	900	
102	NIFEDIPINA 20mg capsula o tableta y/o liberación prolongada. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	1,000,000	
103	NIMODIPINA 30mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	90,000	
104	NORETISTERONA (enantato) + ESTRADIOL (valerato) 50mg + 5mg Solución inyectable ampolla de 1mL o jeringa prellenada de 1ml. Vía de Administración: Intramuscular.	JRC-AMP	700	
105	OFATUMUMAB 20mg solución inyectable jeringa precargada con 0.4 ml Vía de administración: Subcutáneo.	JRC	400	
106	OXACILINA (sódica) 1g polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	100,000	
107	OXITETRACICLINA (clorhidrato) equivalente a 5mg/g de Oxitetraciclina base + POLIMIXINA B (sulfato) 10,000UI/g tubo 5g con un adaptador/aplicador. Vía de Administración: Oftálmica.	TUB	15,500	
108	PALIPERIDONA (como palmitato) 100 mg Suspensión inyectable de liberación extendida en jeringa precargada. Vía de administración: Intramuscular.	JRC	250	
109	PENICILINA G CRISTALINA 1,000.000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	4,000	
110	PENICILINA G PROCAINICA CON PENICILINA G SODICA 4,000.000 UI Polvo estéril para reconstituir a suspensión inyectable. Vía de administración: Intramuscular.	FCO	1,000	
111	PENTOXIFILINA 400mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	300,000	
112	PERMETRINA 5% crema tópica tubo 60g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	6,000	
113	PREDNISOLONA (acetato) 1% gotas oftálmicas frasco gotero 5ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	1,000	
114	PROGESTERONA MICRONIZADA 100mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	80,000	

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
115	PROPILENGLICOL 3 mg + POLIETILENGLICOL 4 mg gel frasco gotero 10 ml Vía de administración oftálmica.	FGT	6,000	
116	PROPOFOL 2% (20mg/ml) emulsión inyectable frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	6,800	
117	QUETIAPINA (Fumarato) 300mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	107,000	
118	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	100,000	
119	REGORAFENIB 40mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	13,440	EXENTO
120	RIVASTIGMINA 9,5mg parche Transdermico de 10 cm2. Vía de Administración: Transdermico.	PAR	24,000	
121	SERTRALINA 100 mg tableta ranurada. Vía de administración: Oral.	TAB	100,000	
122	SODIO (cloruro) 0.9% solución inyectable isotónica bolsa 3000ml. Vía de Administración: Intravenosa.	BOL	7,500	
123	SODIO (cloruro) 20% solución inyectable ampolla 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	900	
124	SUCCINILCOLINA (cloruro) 50mg/ml solución inyectable o polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable ampolla o frasco 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP-FCO	1,000	
125	SUNITINIB (Maleato) 12,5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,400	EXENTO
	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,900	EXENTO
	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,900	EXENTO
126	TETRACAINA 0.5% (0.5mg/ml) gotas oftálmicas frasco gotero 10ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	200	EXENTO
127	TIMOLOL (maleato) 0.5% (equivalente a 5mg/ml) solución oftálmica frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	2,700	
128	TOBRAMICINA 0.3% Solución oftálmica al 0.3% (equivalente a 3mg/ml) de Tobramicina frasco gotero de 10-15ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	30,000	
129	TOCILIZUMAB 200mg (20mg/ml) Solución concentrada para infusión frasco o ampolla 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO-AMP	4,100	
130	TOLTERODINA (tartrato) 2 mg tableta Vía de Administración: Oral.	TAB	39,000	
131	TRAMADOL (clorhidrato) 100mg cápsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	57,000	
132	TRASTUZUMAB 600mg solución inyectable frasco 5ml. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	1,700	
133	VALPROATO (sódico) 500mg (100mg/ml) solución inyectable ampolla 5ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	800	
134	VENLAFAXINA (como clorhidrato) 150mg capsula o tableta de liberación extendida. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	31,000	
135	VERAPAMILO (clorhidrato) 240mg tableta de liberación extendida. Vía de Administración: Oral.	TAB	176,000	

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Análisis de Calidad
136	VITAMINA B1 (TIAMINA) (clorhidrato) 100mg tableta. Vía de administración Oral.	TAB	2,000,000	
137	VITAMINA B6 (piridoxina clorhidrato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	150,000	
138	VORICONAZOL 200mg Tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	500	
139	VORTIOXETINA 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	100,000	
140	ZINC (sulfato heptahidratado) Base 1mg/ml solución inyectable frasco. 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	900	
141	ZINC (sulfato) 2mg/ml Solución oral frasco. resistente a la luz de 100ml-120ml.	FCO	22,000	
142	DAROLUTAMIDA 300mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	2,520	
143	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	144	EXENTO
144	FAMPRIDINA 10mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	2,016	
145	FINGOLIMOD (clorhidrato) 0.5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,344	EXENTO
146	GUSELKUMAB 100mg/ml Solución inyectable en jeringa prellenada de 1ml. Vía de administración: Subcutánea.	JRP	6	EXENTO
147	INTERFERÓN BETA - 1a 30microgramos/ 0.5ml (equivalente a 6 millones de UI) solución inyectable en jeringa prellenada. Vía de Administración: Intramuscular.	JRC	1,200	EXENTO
148	LENVATINIB 4mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	180	
149	OLAPARIB 150mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	672	
150	TOFACITINIB 11mg tableta de liberacion prolongada.Vía de administración: Oral	TAB	360	
151	AFLIBERCEPT 40mg/ml (2mg/0.05ml) Solución Inyectable, frasco vía de administración Intravitrea	FCO	3	EXENTO

**NOTA:** Los medicamentos señalados en el listado quedan exentos 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.

Para aquellos productos exentos de análisis de calidad y a fin de garantizar la calidad de los medicamentos adjudicados, el IHSS enviara a análisis dichos productos al Laboratorio Oficial De Especialidades Farmacéuticas del Colegio Químico Farmacéutico de Honduras, de aquellos productos nuevos de los cuales no se tenga experiencia clínica en la institución a consideración del IHSS.

★ **FORMULA POLIMÉRICA, NORMOPROTEICA LIBRE DE LACTOSA, polvo, 400-454g Lata (Uso exclusivo por Nutrición Hospitalaria, UCIA, UCIP gastroenterología adulto y pediátricos y para los Servicios Médicos de Oncología, Endocrinología, Infectología refieran a los pacientes para evaluación nutricional para valorar su prescripción).**

COMPOSICIÓN MEDIA	Por cada 100g de polvo
Proteínas	14g - 17g
Grasas	14g -16g
Hidrato de Carbono	55g - 62g
con vitaminas y minerales	
Presentación: polvo, lata de 400 -454g	

### PRESENTACIÓN DE MUESTRAS

Los oferentes deberán presentar una (1) sola muestra por partida con la cual respalde técnicamente su oferta, sin costo para el IHSS. Se exceptúa la presentación de muestras para los productos de alto costo.

Los requisitos mínimos que deben cumplir las muestras para ser aceptadas como tales son:

1. Envase original del producto ofertado y señalado. El nombre del Oferente, número de partida, código del medicamento, nombre genérico, nombre comercial, forma farmacéutica, concentración, tipo de envase y empaque y demás especificaciones técnicas. Deberán ser colocados en bolsas transparentes, cerrados y rotulados, con el código, el número de la partida, nombre de la partida y el nombre del oferente; las muestras no deberán presentarse vencidas. El oferente deberá identificar y rotular aquellas muestras que requieran refrigeración u otro tipo especial de almacenamiento.
2. Para productos de ingeniería genética, biológicos, biotecnológicos, hemoderivados, oncológicos que se comercialicen en el mercado nacional, se requiere de ser posible presentar muestra y/o literatura TÉCNICO CIENTÍFICA, NO DE MERCADEO Y PROMOCIÓN, en idioma español que amplíe su información, la que no deberá observar anotaciones a mano, tachaduras, sellos irregulares que no correspondan a la impresión original de la etiqueta, cinta adhesiva sobre la etiqueta, empaque o embalaje. Asimismo, para este tipo de medicamentos se debe presentar información sobre condiciones de almacenamiento, tiempo de descarte después de abierto el recipiente, forma de preparación, diluyentes y reconstitución, equivalencia de unidades o unidades internacionales al sistema métrico (miligramos, microgramos, gramos, etc.) y además de las medidas de bioseguridad y de manipulación segura.
3. La muestra servirá para practicar el análisis técnico del producto, por lo tanto, al existir discrepancia en la información de ésta y la que aparezca en el cuadro de especificaciones técnicas, se podrá considerar que la oferta es ambigua y no será analizada la muestra de la partida que corresponda, y por lo tanto dicha partida no será considerada.
4. Las muestras que corresponden a las partidas que se adjudiquen quedaran en poder de la Dirección Médica Nacional del Instituto Hondureño de Seguridad Social con el objeto de que sean verificadas en lo referente a presentación, nombre genérico, nombre comercial, concentración en relación a peso/volumen, volumen/volumen, peso/peso, cantidad contenida en el envase tanto para preparados sólidos y líquidos, tipo de empaque, condiciones de almacenamiento, envase y demás especificaciones exigidas.
5. No se consideraran como parte de la evaluación técnica las muestras que sean presentadas sin estar incluidas en el listado de precios de productos o suministros y en el cuadro de especificaciones técnicas.
6. Las Muestras de medicamentos son sin costo para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
7. **Muestras se deberán presentar con la oferta el día de Recepción y Apertura de Ofertas.**

## SECCION 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.**
- Formato **DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIOS CONEXOS.**
- 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 PRESENTACIÓN OFERTA “CD-004-2025” ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS”.**
- **CUADRO DETALLE PRESENTACION DE MUESTRAS.**
- Formato de contrato
- Aviso de licitación

## LISTA DE PRECIOS

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 en cada una de las páginas por el representante legal del ofertante.

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

### LISTA DE PRECIOS

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
1	ABEMACICLIB 100mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	6,800	L.	L.
	ABEMACICLIB 150mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral	TAB	26,096	L.	L.
2	ACETAMINOFEN 100 mg/ml solución oral frasco gotero 15 - 30 ml. Vía de administración: Oral	FGT	18,000	L.	L.
3	ACICLOVIR 400mg capsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	170,000	L.	L.
4	ACICLOVIR 200mg/5ml suspensión oral frasco 100-125ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	3,000	L.	L.
5	ACICLOVIR 3% ungüento oftálmico tubo 5-7g con un adaptador/aplicador. Vía de Administración: Oftálmica.	TUB	1,400	L.	L.
6	ÁCIDO IBANDRONICO (Ibandronato) 150 mg tabletas recubiertos. Vía de administración: Oral	TAB	11,000	L.	L.
7	AGUA DESTILADA ESTÉRIL para inyección frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	27,700	L.	L.
8	AMANTADINA (clorhidrato o sulfato) 100mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	78,000	L.	L.
9	AMIKACINA (sulfato) 250mg/ml solución inyectable frasco o ampolla 2-4ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP-FCO	22,000	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
10	AMINOACIDOS CRISTALINO al 10 % sin electrolitos, sin dextrosa, solución Inyectable frasco 500 ml. Vía de administración: Intravenosa	FCO	1,000	L.	L.
11	AMITRIPTILINA (clorhidrato) 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	550,000	L.	L.
12	AMOXICILINA (trihidrato) 400 mg + ACIDO CLAVULANICO (clavulanato de potasio) 57mg/5ml polvo para suspensión oral frasco 50 - 70ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	25,000	L.	L.
13	APIXABAN 2.5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	160,000	L.	L.
	APIXABAN 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	180,000	L.	L.
14	ATROPINA 1% (equivalente a 10mg/ml) solución oftálmica frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	180	L.	L.
15	AZACITIDINA 100 mg Polvo Liofilizado, Frasco. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	450	L.	L.
16	AZITROMICINA (dihidrato) 600mg/15ml (200mg/5ml) polvo para reconstituir a suspensión oral frasco 15-25ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	29,800	L.	L.
17	AZITROMICINA 500 mg solución inyectable o polvo estéril para reconstituir a solución inyectable, frasco. Vía de administración Intravenosa	FCO	900	L.	L.
18	BENZOILO PERÓXIDO 5 % gel cutánea tubo 40-60g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	750	L.	L.
19	BETAHISTINA Diclorhidrato 48 mg tabletas recubiertas de liberación prolongada. Vía de administración: Oral.	TAB	55,000	L.	L.
20	BORTEZOMIB 3.5mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa, Subcutánea.	FCO	600	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
21	BUPIVACAINA 5mg/ml (equivalente a 0.5%) solución inyectable sin preservantes derivados del parabeno frasco o ampolla 10-20ml. Vía de Administración: Epidural.	AMP-FCO	2,400	L.	L.
22	BUPIVACAINA PESADA (5mg/ml) (equivalente a 0.5%) + DEXTROSA o glucosa 7.5-8% por ml, solución inyectable sin preservante derivado del parabeno, en frasco o ampolla Vía de Administración: raquídea o subaracnoideo.	AMP-FCO	15,100	L.	L.
23	BUPRENORFINA 20 mg Parche Transdérmico. Vía de administración: Transdérmica.	PARCHE	1,100	L.	L.
24	CALCIO (carbonato) que equivale a 600mg calcio elemental, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	105,000	L.	L.
25	CANDESARTAN (cilexetilo) 32mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	3,100,000	L.	L.
26	CANDESARTAN (cilexetilo) 8mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	141,000	L.	L.
27	CARBETOCINA 100 mcg/ml solución inyectable frasco. Vía de administración: intravenosa, intramuscular.	FCO	600	L.	L.
28	CARBONATO DE SEVELAMER 800mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	250,000	L.	L.
29	CELECOXIB 200 mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	127,000	L.	L.
30	CILOSTAZOL 100mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	39,000	L.	L.
31	CIPROFLOXACINA 200 mg. Solución inyectable Vía de administración: Intravenosa.	FCO-BOL	3,400	L.	L.
32	CIPROTERONA (como acetato) + ETINILESTRADIOL 2mg + 0.035mg respectivamente tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	250,000	L.	L.
33	CLARITROMICINA 500mg tableta o capsula. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	190,000	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
34	CLINDAMICINA (sal fosfato) 2% crema vaginal con aplicador tubo 35-40g. Vía de Administración: Vaginal.	TUB	33,000	L.	L.
35	CLORDIAZEPOXIDO+CLIDINIO (bromuro) 5mg + 2.5mg respectivamente tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	50,000	L.	L.
36	CLOTRIMAZOL 1%, crema tópica tubo 20-30g. Vía de Administración: Tópica	TUB	140,000	L.	L.
37	COLECALCIFEROL (Vitamina D3) 10,000 UI capsula o tableta. Vía de administración: Oral.	TAB-CAP	79,000	L.	L.
38	DASATINIB 100mg tableta o capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	9,000	L.	L.
39	DESMOPRESINA (acetato) 0.1mg/ml solución nasal frasco gotero 6 ml o 120 mcg tableta sublingual. Vía de Administración: Nasal o Sublingual.	FGT-TAB	9,000	L.	L.
40	DEXMEDETOMIDINA 100 mcg/ml solución inyectable frasco-ampolla de 2 ml. Vía de administración: Intravenosa	AMP-FCO	6,000	L.	L.
41	DEXTROSA 50% solución inyectable bolsa o frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO-BOL	13,000	L.	L.
42	DICLOFENACO (sódico) 25mg/ml (75mg/3ml), solución inyectable ampolla 3ml. Vía de administración: Intravenosa, intramuscular.	AMP	500,000	L.	L.
43	DIENOGEST 2mg + ETINILESTRADIOL 0.02-0.03mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	22,000	L.	L.
44	DIGOXINA 0.25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	45,000	L.	L.
45	DIGOXINA 0.25mg/ml (0.5mg/2ml) solución inyectable ampolla 2ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	900	L.	L.
46	DIMENHIDRINATO 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	510,000	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
47	DORZOLAMIDA (2 %) 20 mg/ml + TIMOLOL (0.05%) 5mg/ml. Solución oftálmica frasco gotero 5-6ml. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	6,000	L.	L.
48	DULOXETINA 30mg cápsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	95,000	L.	L.
49	ENOXAPARINA (sódica) 60mg/0.6ml (6,000UI) Solución inyectable, jeringa prellenada. Vía de Administración: Subcutánea.	JRC	16,000	L.	L.
50	ESTRADIOL 1mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	3,500	L.	L.
51	ETONOGESTREL Implante 68 mg. Vía de administración: Subcutánea	IMPLANTE	150	L.	L.
52	FENOBARBITAL 20 mg / 5 ml solución oral frasco 120 ml. Vía de administración: Oral	FCO	130	L.	L.
53	FLUCONAZOL 150mg cápsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	40,000	L.	L.
54	FORMOTEROL (fumarato) + BUDESONIDA 4.5/ 80mcg respectivamente, suspensión para inhalación, frasco. Vía de Administración: Inhalatoria.	FCO	8,000	L.	L.
55	FORMULA POLIMÉRICA, NORMOPROTEICA LIBRE DE LACTOSA, polvo, 400 -454g lata. Vía de Administración: Oral.	LAT	6,000	L.	L.
56	FUSIDATO (sódico) 2% Sobre de 10 gasas impregnadas 10 x 10cm. Vía de Administración: Tópica.	GASA	20,000	L.	L.
57	GEMCITABINA 1g polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable. Frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1,300	L.	L.
	GEMCITABINA 200mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1,200	L.	L.
58	GENTAMICINA (como sulfato) Base 40mg/ml solución inyectable frasco o ampolla. 2ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP-FCO	20,000	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
59	HIDROCORTISONA (succinato sódico) 500mg polvo estéril para reconstitución a solución inyectable frasco 4ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	45,000	L.	L.
60	HIDROXICLOROQUINA (Sulfato) 400mg equivalente a 310mg de Hidroxicloroquina base, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	200,000	L.	L.
61	HIDROXICOBALAMINA (Vitamina B12) solución inyectable 1mg/ml. Ampolla. Vía de administración: Intramuscular.	AMP	5,000	L.	L.
62	HIDROXIZINA (Clorhidrato) 10mg/5ml solución oral frasco 200ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	400	L.	L.
63	HIDROXIZINA (Clorhidrato) Base 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	9,000	L.	L.
64	HIERRO (sulfato) 300mg (equivalente a 60mg de hierro elemental) Tableta con capa entérica o gragea. Vía de administración: Oral.	TAB -GRAGEA	4,500,000	L.	L.
65	HIERRO AMINOQUELADO 8.55 mg / ml con o sin ácido fólico suspensión oral frasco gotero Vía de administración: Oral.	FGT	41,000	L.	L.
66	HIERRO SACAROSA 20mg/ml solución inyectable ampolla 5ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	25,000	L.	L.
67	IBRUTINIB 140mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	22,000	L.	L.
68	INSULINA INTERMEDIA HUMANA de origen ADN recombinante (NPH) 100UI/ml suspensión inyectable frasco. 10ml. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	68,400	L.	L.
69	ITRACONAZOL 100mg capsula con microgránulos. Vía de Administración: Oral.	CAP	6,500	L.	L.
70	IVABRADINA (clorhidrato) 5mg comprimido recubierto. Vía de Administración: Oral.	TAB	130,000	L.	L.
71	KETANSERINA 2% gel, tubo 70-80g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	1,100	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
72	LACOSAMIDA 200mg tableta Vía de Administración: Oral.	TAB	15,800	L.	L.
73	LACTULOSA 10g/15ml solución Oral frasco 200-240ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	14,500	L.	L.
74	LEFLUNOMIDA 20mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	150,000	L.	L.
75	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución oral frasco 150-300ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	8,200	L.	L.
76	LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	280,000	L.	L.
77	LIDOCAÍNA (clorhidrato) 5 % solución tópica oral frasco de polietileno con bomba dosificadora para spray frasco 30ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	1,400	L.	L.
78	LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 1:200000 solución inyectable, sin preservante derivados del parabeno frasco 50ml. Vía de Administración: Intramuscular, Infiltración, Intratecal.	FCO	1,700	L.	L.
79	LINAGLIPTINA 5 mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	130,000	L.	L.
80	LINEZOLID 600mg. Tableta recubierta Vía de administración: Oral.	TAB	2,000	L.	L.
81	LITIO (carbonato) 300mg tableta o capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	35,000	L.	L.
82	MEDROXIPROGESTERONA (acetato) 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	5,000	L.	L.
83	MEGESTROL (acetato) 40mg/ml suspensión oral frasco 240ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	600	L.	L.
84	MESALAZINA tabletas 500mg comprimidos gastrointestinales - tabletas de liberación prolongada. Vía de administración: Oral.	TAB	80,000	L.	L.
85	METFORMINA (clorhidrato) 1000mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	9,800,000	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
86	METILCELULOSA 0.3-0.5% (equivalente a 3- 5mg/ml) solución oftálmica frasco gotero 10-15ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	16,000	L.	L.
87	METILERGOMETRINA O ERGONOVINA (maleato) 0.2mg/ml solución inyectable ampolla 1ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	1,400	L.	L.
88	METILPREDNISOLONA (acetato) 40mg/ml suspensión inyectable frasco 1ml. Vía de administración: intramuscular e intra articular.	FCO	6,000	L.	L.
89	METILPREDNISOLONA (como succinato sódico) 40mg polvo para reconstitución a solución inyectable frasco 5ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	7,000	L.	L.
90	METIMAZOL 5mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	200,000	L.	L.
91	METOCLOPRAMIDA 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	400,000	L.	L.
92	METOCLOPRAMIDA 5mg/ml solución inyectable ampolla o frasco 2ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP-FCO	130,000	L.	L.
93	METOTREXATO 500 mg polvo estéril para reconstituir a solución inyectable o solución inyectable frasco. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular, Intratecal.	FCO	400	L.	L.
94	METOTREXATO 2.5mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	185,000	L.	L.
95	METRONIDAZOL 0.75% gel vaginal tubo 40g incluyendo 7 aplicadores. Vía de Administración: Vaginal.	TUB	30,000	L.	L.
96	MIDAZOLAM (clorhidrato) 1mg/ml solución inyectable ampolla 5ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	14,300	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
97	MISOPROSTOL 200mcg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	15,000	L.	L.
98	MOMETASONA (Furoato monohidratado) equivalente a 50 µg/disparo furoato de mometasona, spray nasal, frasco. Vía de administración: Nasal.	FCO	120,000	L.	L.
99	MONTELUKAST (como sal sódica) 4mg tabletas masticables. Vía de Administración: Oral.	TAB	32,000	L.	L.
100	NAFAZOLINA 0.1% Solución oftálmica al 0.1% (equivalente a 1mg/ml) de nafazolina frasco gotero 10-15ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	24,000	L.	L.
101	NALOXONA (clorhidrato) 0.4mg/ml. solución inyectable ampolla 1ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular, Subcutánea.	AMP	900	L.	L.
102	NIFEDIPINA 20mg capsula o tableta y/o liberación prolongada. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	1,000,000	L.	L.
103	NIMODIPINA 30mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	90,000	L.	L.
104	NORETISTERONA (enantato) + ESTRADIOL (valerato) 50mg + 5mg Solución inyectable ampolla de 1mL o jeringa prellenada de 1ml. Vía de Administración: Intramuscular.	JRC-AMP	700	L.	L.
105	OFATUMUMAB 20mg solución inyectable jeringa precargada con 0.4 ml Vía de administración: Subcutáneo.	JRC	400	L.	L.
106	OXACILINA (sódica) 1g polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	100,000	L.	L.
107	OXITETRACICLINA (clorhidrato) equivalente a 5mg/g de Oxitetraciclina base + POLIMIXINA B (sulfato) 10,000UI/g tubo 5g con un adaptador/aplicador. Vía de Administración: Oftálmica.	TUB	15,500	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
108	PALIPERIDONA (como palmitato) 100 mg Suspensión inyectable de liberación extendida en jeringa precargada. Vía de administración: Intramuscular.	JRC	250	L.	L.
109	PENICILINA G CRISTALINA 1,000.000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	4,000	L.	L.
110	PENICILINA G PROCAINICA CON PENICILINA G SODICA 4,000.000 UI Polvo estéril para reconstituir a suspensión inyectable. Vía de administración: Intramuscular.	FCO	1,000	L.	L.
111	PENTOXIFILINA 400mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	300,000	L.	L.
112	PERMETRINA 5% crema tópica tubo 60g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	6,000	L.	L.
113	PREDNISOLONA (acetato) 1% gotas oftálmicas frasco gotero 5ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	1,000	L.	L.
114	PROGESTERONA MICRONIZADA 100mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	80,000	L.	L.
115	PROPILENGLICOL 3 mg + POLIETILENGLICOL 4 mg gel frasco gotero 10 ml Vía de administración oftálmica.	FGT	6,000	L.	L.
116	PROPOFOL 2% (20mg/ml) emulsión inyectable frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	6,800	L.	L.
117	QUETIAPINA (Fumarato) 300mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	107,000	L.	L.
118	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	100,000	L.	L.
119	REGORAFENIB 40mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	13,440	L.	L.
120	RIVASTIGMINA 9,5mg parche Transdermico de 10 cm2. Vía de Administración: Transdermico.	PAR	24,000	L.	L.
121	SERTRALINA 100 mg tableta ranurada. Vía de administración: Oral.	TAB	100,000	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
122	SODIO (cloruro) 0.9% solución inyectable isotónica bolsa 3000ml. Vía de Administración: Intravenosa.	BOL	7,500	L.	L.
123	SODIO (cloruro) 20% solución inyectable ampolla 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	900	L.	L.
124	SUCCINILCOLINA (cloruro) 50mg/ml solución inyectable o polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable ampolla o frasco 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP-FCO	1,000	L.	L.
125	SUNITINIB (Maleato) 12,5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,400	L.	L.
	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,900	L.	L.
	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,900	L.	L.
126	TETRACAINA 0.5% (0.5mg/ml) gotas oftálmicas frasco gotero 10ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	200	L.	L.
127	TIMOLOL (maleato) 0.5% (equivalente a 5mg/ml) solución oftálmica frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	2,700	L.	L.
128	TOBRAMICINA 0.3% Solución oftálmica al 0.3% (equivalente a 3mg/ml) de Tobramicina frasco gotero de 10-15ml. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	30,000	L.	L.
129	TOCILIZUMAB 200mg (20mg/ml) Solución concentrada para infusión frasco o ampolla 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO-AMP	4,100	L.	L.
130	TOLTERODINA (tartrato) 2 mg tableta Vía de Administración: Oral.	TAB	39,000	L.	L.
131	TRAMADOL (clorhidrato) 100mg cápsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	57,000	L.	L.
132	TRASTUZUMAB 600mg solución inyectable frasco 5ml. Vía de Administración: Subcutánea.	FCO	1,700	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
133	VALPROATO (sódico) 500mg (100mg/ml) solución inyectable ampolla 5ml. Vía de Administración: Intravenosa.	AMP	800	L.	L.
134	VENLAFAXINA (como clorhidrato) 150mg capsula o tableta de liberación extendida. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	31,000	L.	L.
135	VERAPAMILO (clorhidrato) 240mg tableta de liberación extendida. Vía de Administración: Oral.	TAB	176,000	L.	L.
136	VITAMINA B1 (TIAMINA) (clorhidrato) 100mg tableta. Vía de administración Oral.	TAB	2,000,000	L.	L.
137	VITAMINA B6 (piridoxina clorhidrato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	150,000	L.	L.
138	VORICONAZOL 200mg Tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	500	L.	L.
139	VORTIOXETINA 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	100,000	L.	L.
140	ZINC (sulfato heptahidratado) Base 1mg/ml solución inyectable frasco. 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	900	L.	L.
141	ZINC (sulfato) 2mg/ml Solución oral frasco. resistente a la luz de 100ml-120ml.	FCO	22,000	L.	L.
142	DAROLUTAMIDA 300mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	2,520	L.	L.
143	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	144	L.	L.
144	FAMPRIDINA 10mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	2,016	L.	L.
145	FINGOLIMOD (clorhidrato) 0.5mg capsula. Vía de Administración: Oral.	CAP	1,344	L.	L.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Monto total
146	GUSELKUMAB 100mg/ml Solución inyectable en jeringa prellenada de 1ml. Vía de administración: Subcutánea.	JRP	6	L.	L.
147	INTERFERÓN BETA - 1a 30microgramos/ 0.5ml (equivalente a 6 millones de UI) solución inyectable en jeringa prellenada. Vía de Administración: Intramuscular.	JRC	1,200	L.	L.
148	LENAVATINIB 4mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	180	L.	L.
149	OLAPARIB 150mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	672	L.	L.
150	TOFACITINIB 11mg tableta de liberación prolongada. Vía de administración: Oral	TAB	360	L.	L.
151	AFLIBERCEPT 40mg/ml (2mg/0.05ml) Solución Inyectable, frasco vía de administración Intravitrea	FCO	3	L.	L.

**El proceso se plantea por partidas, pudiendo los interesados ofertar varias o la totalidad de ellas.**

**Las partidas que no sean ofertadas, no deberán reflejarse en la lista de precios.**

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

**Sí los suministro pagan Impuesto Sobre Venta equivalente a 15% debe de indicarlo mediante una nota marginal.**

## 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 substitutiones.]*

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

CONTRATACIÓN DIRECTA-004-2025

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

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- (a) Hemos examinado y no hallamos objeción alguna a los documentos de Contratación Directa, incluso sus Enmiendas Nos. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];*
- (b) Ofrecemos proveer los siguientes Servicios de conformidad con los Documentos de Contratación Directa y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Requerimientos: *[indicar una descripción breve de los suministros];*
- (c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras, indicando las diferentes cifras en las monedas respectivas];*

(d) Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

**Descuentos.** Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables: *[detallar cada descuento ofrecido y el artículo específico en la Lista de Bienes al que aplica el descuento].*

**Metodología y Aplicación de los Descuentos.** Los descuentos se aplicarán de acuerdo a la siguiente metodología: *[Detallar la metodología que se aplicará a los descuentos];*

- (e) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la 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;
- (f) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la Cláusula CC-07;
- (g) La nacionalidad del oferente es: *[indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es un Consorcio]*

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

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

Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta Contratación Directa o ejecución del Contrato:

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

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

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

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

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

### Formulario de Información sobre el Oferente

*[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos.]*

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

CD No.004-2025.: *[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 jurídicode cada miembro del Consorcio]</i>
3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intentaconstituirse 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 laDirección 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 facsímile: <i>[indicar los números de teléfono y facsímile 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: *[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]*

Estatutos de la Sociedad de la empresa

Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio.

Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales

## 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]*

CD No.004-2025.: *[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: *[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]*

↑ Estatutos de la Sociedad de la empresa

↑ Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales.

## Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidades

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. \_\_\_\_\_ actuando en mi condición de representante legal de \_\_\_\_\_ (Indicar el Nombre de la Empresa Oferente / En caso de Consorcio indicar al Consorcio y a las empresas que lo integran) \_\_\_\_\_, por la presente **HAGO DECLARACIÓN JURADA:** Que ni mi persona ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de las prohibiciones o inhabilidades a que se refieren los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado, que a continuación se transcriben:

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

- 1) Haber sido condenados mediante sentencia firme por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe pública, cohecho, enriquecimiento ilícito, negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas, malversación de caudales públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores o representantes se encuentran en situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de las mismas;
- 2) DEROGADO;
- 3) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;
- 4) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la República;
- 5) Haber dado lugar, por causa de la que hubiere sido declarado culpable, a la resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración o a la suspensión temporal en el Registro de Proveedores y Contratistas en tanto dure la sanción. En el primer caso, la prohibición de contratar tendrá una duración de dos (2) años, excepto en aquellos casos en que haya sido objeto de resolución en sus contratos en dos ocasiones, en cuyo caso la prohibición de contratar será definitiva;
- 6) Ser cónyuge, persona vinculada por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de cualquiera de los funcionarios o empleados bajo cuya responsabilidad esté la precalificación de las empresas, la evaluación de las propuestas, la adjudicación o la firma del contrato;
- 7) Tratarse de sociedades mercantiles en cuyo capital social participen funcionarios o empleados públicos que tuvieren influencia por razón de sus cargos o participaren directa o indirectamente en cualquier etapa de los procedimientos de selección de contratistas. Esta prohibición se aplica también a las compañías que cuenten con socios que sean cónyuges, personas vinculadas por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de los funcionarios o empleados a que se refiere el numeral anterior, o aquellas en las que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de relación o de parentesco; y,
- 8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción.

ARTÍCULO 16.- Funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la República y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de

Estado, los Directores Generales o Funcionarios de igual rango de las Secretarías de Estado, los Diputados al Congreso Nacional, los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, los magistrados del Consejo Nacional Electoral, el Procurador y Subprocurador General de la República, los magistrados del Tribunal Superior de Cuentas, el Comisionado Nacional de Protección de los Derechos Humanos, el Fiscal General de la República y el Fiscal Adjunto, los mandos superiores de las Fuerzas Armadas, los Gerentes y Subgerentes o funcionarios de similares rangos de las instituciones descentralizadas del Estado, los Alcaldes y Regidores Municipales en el ámbito de la contratación de cada Municipalidad y los demás funcionarios o empleados públicos que por razón de sus cargos intervienen directa o indirectamente en los procedimientos de contratación.”

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

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

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

## Declaración Jurada Ley Especial Contra el Lavado de Activos

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ con tarjeta de identidad/pasaporte N° \_\_\_\_ actuando en mi condición de Representante Legal de la empresa \_\_\_\_\_ por la presente hago: **DECLARACIÓN JURADA** que ni mi persona, ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos de la Ley Contra el Lavado de Activos, que a continuación se detallan. **ARTÍCULO 36, 37, 38, 39,40 y 41.- 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, 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 Testaferrato 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. **ARTÍCULO 38, DELITO DE ASOCIACIÓN ILÍCITA.** Quienes se asocien o confabulen para cometer el delito de lavado de activos o testa ferrato deben ser sancionados por ese solo hecho, con reclusión de seis (6) a diez (10) años. **ARTÍCULO 39.- DELITO DE ENCUBRIMIENTO.** Al autor del delito de encubrimiento de lavado de activos, se le debe sancionar con la pena señalada en el Artículo 38 de esta Ley, rebajada en un tercio (1/3). **ARTÍCULO 40.- DELITO DE LAVADO DE ACTIVO EJECUTADO POR EMPLEADO O FUNCIONARIO PÚBLICO.** El Empleado o Funcionario Público que valiéndose de su cargo participe, facilite o se beneficie en el desarrollo de los delitos de lavado de activos, encubrimiento del delito de lavado de activos o en la asociación para la ejecución de lavado de activos, debe ser sancionado con una pena igual a la establecida en el Artículo 38 de esta Ley, aumentada en un cuarto (1/4) y la inhabilitación absoluta definitiva en el ejercicio de cualquier cargo público, como penas principales. La pena indicada en este Artículo también se debe aplicar a los representantes legales de las personas jurídicas que hayan participado en la comisión de este delito. **ARTÍCULO 41. DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS OMISIVO.** El Sujeto Obligado que por la omisión en el cumplimiento de las obligaciones de la Debida Diligencia y prevención de lavado de activos facilitare la realización de esta conducta, se le debe sancionar con reclusión de dos (2) a cinco (5) años, a menos que la conducta desplegada se encuentre sancionada con una pena mayor.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán, a los días del mes de del 2025.

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

## 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 bajo

los principios de la buena fe, la transparencia y la competencia leal cuando participen en procesos de CONTRTACIONES DIRECTAS, concesiones, ventas, subastas de obras o concursos.

6.- Declaro que mi representada no se encuentra en ninguna lista negra o en la denominada lista Clinton (o cualquier otra que la reemplace, modifique o complemente) ni que haber sido agregado 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 hayao este participando. Promoviendo de esa manera practicas éticas y de buena gobernanza en los procesos de contratación.

En fe de lo cual firmo la presenta en la ciudad \_\_\_\_\_ municipio de \_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_, días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

#### FIRMA Y SELLO

(en caso de persona Natural solo Firma)

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

**FORMULARIO DE GARANTIA 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 Contratación Directa para la Ejecución del Proyecto: “\_\_\_\_\_” ubicado en \_\_\_\_\_.

**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

## FORMULARIO DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO N°:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE EMISION:** \_\_\_\_\_

**GARANTIZADO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION Y TELEFONO:** \_\_\_\_\_

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar que el 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 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**

**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 **suministros**, 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]

## DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIOS CONEXOS

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 proporcionar a requerimiento del IHSS y sin costo alguno, los servicios conexos y logística que se requiere para el producto solicitado

Y para los efectos de ley, firmo y extendo 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.004-2025)

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 o en transporte Thermo king 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: \_\_\_\_\_



FORMATO DE PRESENTACIÓN OFERTA A xxxxxxxx "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS"

N° PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCION TECNICA SOLICITADA	UNIDAD DE PRESENTACION	CANTDAD SOLICITADA
COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE

ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADO

DROGUERÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FABRICANTE (PAIS DE ORIGEN)	PRINCIPIO ACTIVO OFERTADA	CONCENTRACIÓN (MG, GRAMO, LITROS, ML, MCG, ETC.)	VÍA ADM.	UBICACIÓN N° folio (s)
COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE

CONDICIONES TECNICAS OFERTADAS

REGISTRO SANITARIO	PERÍODO EXPIRACIÓN (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES	PLAN DE ENTREGA OFERTADO	CUANDO APLIQUE INDICAR INNOVADOR O GENERICO (CERTIFICADO EQUIVALENCIA TERAPEUTICA)	CERTIFICADO DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO / CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA /	AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE / N° FOLIO	DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICIÓN / N° FOLIO	CANTIDAD OFERTADA	CONDICIONES TÉCNICAS ESPECIALES DEL PRODUCTO (ETIQUETADO / Y HEPARINA, VAPORIZADORES, DOSIFICADORES ETC) / N° FOLIO	OBSERVACIÓN
NUMERO RS FECHA QUE VENCE N° RS ANTERIOR	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE Y Describa la dirección del enlace o link de la localización exacta del documento.	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE
COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	

Nombre del Oferente:

Firma del Oferente:

## CONTRATO N°xxx-2025 " IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)"

Nosotros CARLA MARINA PAREDES, mayor de edad, casada, medico epidemióloga, con Documento Nacional de Identificación (DNI) N° 0506-1966-01347 y de este domicilio, nombrada mediante acuerdo ejecutivo No 223-2024 de fecha 07 de noviembre de 2024 como presidenta de la comisión interventora 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 N.STSS-003-2024 de fecha 05 de enero del 2024, Resolución IHSS N°. xxx-xxx de fecha xx de xx de 20xx, de la Junta Directiva del IHSS, conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo N.xx-20xxde fecha xx de xx de 20xx; publicado el xx de xxx de 20xx en la Gaceta, Diario Oficial de la Repúblicas, 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 hondureño, mayor de edad, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y de este domicilio con dirección en, con número de celular \_\_\_\_\_, y correo electrónico, 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 \_\_\_\_\_, ante los oficios del notario \_\_\_\_\_; inscrito bajo el tomo \_\_\_\_\_, numero \_\_\_\_\_ del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil de \_\_\_\_\_; RTN No\_ en adelante denominado “EL CONTRATISTA”, hemos convenido en celebrar, el presente CONTRATO, para **IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**..... el cual se registrá de acuerdo a las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO;** manifiesta “EL INSTITUTO” que la Jun INTERVENTORA MEDIANTE PCM N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) \_\_\_\_\_ aceptó la recomendación de la comisión evaluadora del proceso Contratación Directa N° CD----- para la adjudicación de lo siguiente: (describir los insumos)\_\_\_\_\_. **SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO;** el de los servicios prestados “EL CONTRATISTA”, identificados en la cláusula anterior, asciende a la suma estimada de **LEMPIRAS EXACTOS (L \_\_\_\_\_)**, se efectuará en moneda de curso legal, 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, Recibo por el monto a cobrar (original), Constancia de estar sujeto al régimen de pagos a cuenta vigente (cuando aplique), Solvencia Fiscal Vigente, Comprobante de pago de cotizaciones del IHSS, Acta de recepción definitiva de la entrega de los PRODUCTOS avalado por el personal encargado del Almacén Central, Fotocopia del contrato, Fotocopia de la garantía de cumplimiento vigente, Orden Exonerada (cuando aplique), Orden de compra SAP. Si el Comprador no recibe dichos documentos en la oportunidad indicada, todos los gastos consecuentes correrán por cuenta del Proveedor.: **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
- \* servicios contratados, correrán a cuenta de “EL CONTRATISTA” sin ninguna responsabilidad pecuniaria para

el “INSTITUTO”. **QUINTA: PRESTACION DEL SERVICIO:** EL CONTRATISTA realizará la prestación del servicio de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas en el documento base de CD-004-2025, que será supervisado por personal del IHSS.- **SEXTA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO;** Diez días hábiles después de la notificación del aviso de adjudicado, 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 prestación de los servicios. 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. . - **SEPTIMA: 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 PUDIERA HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.” A las garantías no deberán adicionarles cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria. **OCTAVA: 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; **NOVENA: CESION DEL CONTRATO O SUB-CONTRATACION;** Los derechos derivados de este contrato no podrán ser cedidos a terceros. **DECIMA: CLAUSULA DE SANCION POR INCUMPLIMIENTO;** Cuando el contratista incurriere en mora en el incumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso, de conformidad lo establecido en las vigentes Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República. **DECIMO PRIMERA: 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 prestación de los servicios 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 SEGUNDA: 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 TERCERA: 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 XXXXXXXXXXXX que contiene el Presupuesto de Ingresos de La Administración Pública para el año 2025, publicado el XX de XX de XX, en la Gaceta Diario Oficial de la República. **DECIMO CUARTA: 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 QUINTA: VIGENCIA DEL CONTRATO;** El contrato tendrá una vigencia de DOCE (12) meses contados a partir del día siguiente a la notificación de la adjudicación. **DECIMO SEXTA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DE ESTE CONTRATO;** forman parte de este CONTRATO: Los documentos de licitación constituidos por Invitación, documento base de Contratación Directa N° CD-004-2025 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 SEPTIMA: 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 N°04-2025 que contiene las Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República vigente y de las Instituciones Descentralizadas, para el año, se transcribe el Artículo del mismo que textualmente indica: “En todo contrato financiado con fondos externos, la suspensión o cancelación del préstamo o donación puede dar lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que el pago correspondiente a las obras o servicios ya ejecutados a la fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato. Igual sucederá en caso de recorte presupuestario de fondos nacionales que se efectúe por razón de la situación económica y financiera del país, la estimación de la percepción de ingresos menor a los gastos proyectados y en caso de necesidades imprevistas o de emergencia. Lo dispuesto en este Artículo debe estipularse obligatoriamente en todos los contratos que se celebren en el sector público. En cumplimiento del numeral Primero del Acuerdo SE-037-2013 publicado el 23 de agosto de 2013, en el Diario Oficial La Gaceta, se establece **DECIMO OCTAVA: “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 (LYAIP) 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, entendiéndose 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: entendiéndose 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 irregular cometido por nuestros empleados o trabajadores, socios o asociados, del cual se tenga un indicio razonable y que pudiese ser constitutivo de responsabilidad civil y/o penal. Lo anterior se extiende a los subcontratistas con los cuales el Contratista o Consultor contrate, así como a los socios, asociados, ejecutivos y trabajadores de aquellos. El incumplimiento de cualquiera de los enunciados de esta cláusula dará lugar: a) De parte del Contratista o Consultor: i. A la inhabilitación para contratar con el Estado, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieren deducirsele; ii) A la aplicación al trabajador ejecutivo representante, socio, asociado o apoderado que haya incumplido esta cláusula de las sanciones o medidas disciplinarias derivados del régimen laboral y, en su caso entablar las acciones legales que correspondan. B. De parte del Contratante: i. A la eliminación definitiva del Contratista o Consultor y a los subcontratistas responsables o que pudiendo hacerlo no denunciaron la irregularidad de su Registro de Proveedores y Contratistas que al efecto 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.” **DECIMO NOVENA: 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. En fe de lo cual y para constancia, ambas partes suscribimos este contrato, en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los ----- días del mes de ----- del año dos mil-----.

**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

**Oficio No.--CI-IHSS-2025**  
Tegucigalpa M.D.C,

Su Oficina

**Ref. CD-004-2025“IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)**

Estimados Señores:

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) ha iniciado el proceso de **CONTRATACIÓN DIRECTA No. CD-004-2025**. Para lo cual está invitando a su representada a participar en este proceso. El financiamiento para la realización del presente proceso proviene de fondos propios del IHSS.

El proceso se efectuará conforme a los procedimientos de Contratación Directa (CD-004-2025) establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento y procedimiento del IHSS.

Los documentos del proceso podrán ser examinados en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, “HonduCompras” ([www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn)), en el Portal de Transparencia del IHSS ([www.portalunico.iaip.gob.hn](http://www.portalunico.iaip.gob.hn)), se recibirán interpretaciones, aclaraciones u omisiones si las hubiere, deberán ser presentadas en forma escrita, al Comprador (05) días calendarios previos a la apertura de ofertas. Las ofertas físicas y digitales se entregaran en el salón de sesiones de invalidez vejez y muerte (IVM) del IHSS y serán recibidas por la comisión de **evaluación** en fecha xx en horario de 8:00 a.m. hasta las 10:00 a.m. La fecha máxima de recepción es el día xx a las 10:00 a.m. hora oficial de Honduras.

Así mismo se procede a Registrar las ofertas en hoja de control, y se elabora el acta de apertura del proceso de contratación directa cerrando el acta de recepción de ofertas con la firma de los participantes., se publicará en el portal de HonduCompras y en el portal de transparencia del IHSS.

Todas las ofertas deberán estar acompañadas de una Garantía de Mantenimiento de oferta por el 2% del monto de la oferta.

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, Marzo 2025

**DRA.CARLA MARINA PAREDES**  
**COMISIONADA PRESIDENTA JUNTA INTERVENTORA**  
**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**