INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

CONTRATACION DIRECTA

No. CD-009-2022

“ADQUISICIÒN DE MEDICAMENTOS (PRODUCTOS FARMACEUTICOS) PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

Fuente de Financiamiento:

Fondos propios del IHSS

Tegucigalpa , noviembre, 2022

SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES 4
IO-01 CONTRATANTE 4
IO-02 TIPO DE CONTRATO 4
IO-03 OBJETO DE CONTRATACION 4
IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS 4
IO-05 MARCO LEGAL..... 4
IO-06 PRESENTACIÓN DE OFERTAS 4
IO-07 CONSORCIO 5
IO-08 VIGENCIA DE LAS OFERTAS 5
IO-09 PRECIO DE LA OFERTA 6
IO-10 MONEDA DE LA OFERTA 6
IO-11 CARTA PROPUESTA Y CUADRO DESCRIPTIVO DE PRODUCTOS Y PRECIOS 6
IO-12 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE CONTRATACIÓN 6
IO-13 ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE CONTRATACIÓN 6
IO-14 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA 7
IO-15 PLAZO DE ADJUDICACION 7
IO-16 DOCUMENTOS A PRESENTAR 7
IO-17 EVALUACION DE OFERTAS 10
IO-18 ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES 13
IO-19 ADJUDICACION DEL CONTRATO 16
IO-20 NOTIFICACION DE ADJUDICACION DEL CONTRATO 16
IO-21 FIRMA DE CONTRATO 16
SECCION II - CONDICIONES DE CONTRATACION 18
CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO 18
CC-02 PLAZO CONTRACTUAL 18
CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO 18
CC-04 LUGAR DE ENTREGA DEL SUMINISTRO 18
CC-05 PLAZO Y CANTIDADES DE ENTREGA DEL SUMINISTRO 18
CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCION 19
CC-07 GARANTÍAS 19
CC-08 FORMA DE PAGO 20
CC-09 MULTAS 20
SECCION III - ESPECIFICACIONES TECNICAS 21
SECCION IV – FORMULARIOS Y FORMATOS 29

SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

IO-01 CONTRATANTE

El **Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS),** tiene por objeto la Adquisición de **medicamentos** mediante el proceso de Contratación Directa No. CD-009-2022

IO-02 TIPO DE CONTRATO

Como resultado de esta contratación se podrá otorgar un contrato de adquisición de medicamentos entre el IHSS y el o los ofertantes ganadores.

IO-03 OBJETO DE CONTRATACION

Adquisición de 178 partidas de Medicamentos para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), para el resto del año 2022

IO-04 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.

IO-05 MARCO LEGAL

- Decreto Ejecutivo Numero PCM-07-2022 publicado en el Diario Oficial La Gaceta, bajo No. 35912 de fecha 02 de mayo del 2022.
- Decreto Ejecutivo Numero PCM 016-2022 publicado en el Diario Oficial la Gaceta, bajo N° 35946 de fecha 10 de junio de 2022
- Ley de Contratación del Estado y su respectivo Reglamento.
- Documento Base de la Contratación Directa No. xx-2022
- Contrato de Suministros.
- Ley de Seguridad Social
- Disposiciones Generales del Presupuesto vigentes

.

IO-06 PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Los Oferentes podrán presentar sus ofertas personalmente en:
En el tercer piso del Régimen de Seguridad de Previsión Social (RSPS) Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C.

La presentación de ofertas será: el día x de x del año 2022

La hora límite de presentación de ofertas será: **desde las 8:00 hasta las 10:00 hora oficial de Honduras, del día martes 29 de noviembre 2022**

Agregar más información sobre dicha presentación

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, C.A.
Esquina Superior:
•Izquierda: Nombre del oferente y su dirección completa
Esquina Inferior:
Izquierda:

Oferta de Contratación Directa No. CD-009-2022 "Adquisición de Medicamentos para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Deberá presentar Una Oferta Original, una copia y el formato digital.

La apertura de las ofertas tendrá lugar en:

Dirección: Tercer Piso del Régimen de Seguridad de Previsión Social (RSPS) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

Fecha día; martes 29 de noviembre de 2022

Hora: 10:15am (Hora Oficial de la República de Honduras)

Nota: Para efectos de control y seguridad de los oferentes, la totalidad de los documentos deberán presentarse foliados, en caso de que no lo estén, estos serán foliados por el representante de la empresa oferente, en presencia de las personas que asistan durante el acto de apertura y se dará a conocer el número de folios útiles de que consta la oferta.

Una copia del acta de apertura de ofertas será publicada en el Honducompras" (www.honducompras.gob.hn), y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn).

Se les recomienda a los oferentes presentarse al acto de recepción y apertura de ofertas con un mínimo de 30 minutos de anticipación a la misma.

IO-07 CONSORCIO

Cada Oferente presentará una sola Oferta, ya sea individualmente o como miembro de un Consorcio. Si el Proveedor es un Consorcio, todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunada y solidariamente responsables frente al Comprador por el cumplimiento de las disposiciones del Contrato y deberán designar a una de ellas para que actúe como representante con autoridad para comprometer al Consorcio. La composición o constitución del Consorcio no podrá ser alterada sin el previo consentimiento del Comprador.

IO-08 VIGENCIA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de ciento veinte días calendario (120) contados a partir de la fecha de presentación.

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

IO-09 PRECIO DE LA OFERTA

El precio de los medicamentos debe ofertarse en Términos incoterms: DDP – Delivered Duty Paid / Entregada Derechos Pagados. El PROVEEDOR debe tomar en cuenta todos los aranceles e impuestos que ameriten para la entrega efectiva de los medicamentos ofertados; el Precio Unitario detallado en el Formulario suministrado en el listado de precios, debe ser EL PRECIO UNITARIO NETO EN LEMPIRAS.

El Precio Unitario Ofertado no podrá exceder de dos (02) decimales en su formato

IO-10 MONEDA DE LA OFERTA

El Precio de la Oferta debe presentarse en Lempiras (L). Los pagos de los Contratos y/o Órdenes de Compra se realizarán en Lempiras (L); la moneda de curso legal en Honduras.

IO-11 CARTA PROPUESTA Y CUADRO DESCRIPTIVO DE PRODUCTOS Y PRECIOS

El Oferente presentará su Carta Propuesta debidamente firmada y sellada, utilizando el formulario suministrado en los anexos, este formulario deberá ser debidamente llenado sin alterar su forma y no se

aceptarán sustitutos. Todos los espacios en blanco deberán ser llenados con la información solicitada. El Oferente presentará, para cada partida que compone su oferta, el Cuadro Descriptivo de productos y precios.

Esta Contratación Directa se podrá adjudicar con el mínimo de oferentes que se presenten; siempre y cuando cumplan con toda la documentación legal, técnica y especificaciones y condiciones técnicas solicitadas en las Bases de Contratación Directa No. CD-009-2022

IO-12 ACLARACIONES DE LOS DOCUMENTOS DE LA CONTRATACION DIRECTA

Todo aquel que haya obtenido de manera oficial los documentos de contratación directa y que requiera alguna aclaración sobre los mismos deberá comunicarse con la Subgerencia de Suministros Materiales y Compra por escrito.
El ente contratante responderá por escrito todas las solicitudes de aclaración, enviando copia a todos los que hayan obtenido los pliegos de condiciones, describiendo y resolviendo sus interrogantes planteadas. Las respuestas a solicitudes de aclaración se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "Honducompras" (www.honducompras.gob.hn), y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn) y El plazo máximo para solicitar las aclaraciones **será hasta 5 días calendarios antes de la fecha límite para la presentación de ofertas,** toda solicitud de aclaración recibida después de la fecha límite no se tomará en cuenta

IO-13 ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE LICITACIÒN PÙBLICA

El IHSS podrá en cualquier momento antes del vencimiento del plazo para la presentación de ofertas, enmendar los documentos mediante la emisión de una enmienda. Toda enmienda emitida formara parte integral de los documentos y deberá ser comunicada por escrito en físico o correo electrónico a todos los que hayan obtenido los pliegos de condiciones. Las enmiendas se publicarán además en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "HONDUCOMPRAS" (www.honducompras.gob.hn) y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn).

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

IO-14 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, por el 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.

La garantía deberá tener una vigencia mínima de ciento veinte (120) días

La Garantía de Mantenimiento del 2% de la Oferta, podrá ser:
Garantía bancaria, (b) fianza emitida por una institución debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; c) Cheque certificado; d) Bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público

IO-15 PLAZO DE ADJUDICACION

La adjudicación del o los contratos al oferente ganador, se dará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de presentación de las ofertas.

IO-16 DOCUMENTOS A PRESENTAR

Cada oferta deberá incluir los siguientes documentos:

16.1 DOCUMENTACIÓN LEGAL

Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos con su oferta
Documentos subsanables

1. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad, y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
2. Fotocopia legible del poder del Representante Legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representar a la empresa en el proceso de contratación directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil
3. Fotocopia del Permiso de Operación vigente de la Municipalidad correspondiente.
4. Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal.
5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal.
6. Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, “la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta……
7. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos15 y

16 de la Ley de Contratación del Estado.

8. La Declaración Jurada en la que indique que tanto él como su representada y los socios de esta, no están comprendidos en las inhabilidades, prohibiciones, ni situaciones irregulares a que se refiere la Ley Especial Contra el Lavado de Activos y demás legislación que rige la materia.

9. Declaración Jurada de la empresa y su representante legal que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo.

10. Constancia del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), encontrarse al día en el pago de sus cotizaciones o contribuciones a dicho Instituto, de conformidad con lo previsto en el artículo 65 párrafo segundo, literal b) reformado de la Ley del Seguro Social.

11. Certificación de la ONCAE, de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, (documento de carácter obligatorio para la firma del Contrato).

Documentos no subsanables

1. Formulario de Presentación de Oferta la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado y sellado por el Representante Legal
2. Lista de Precios, firmado y sellado por el Representante Legal de la Empresa.
3. Garantía de Mantenimiento de Oferta original.
4. Formato presentación de oferta técnica
5. Tiempo de Entrega

NOTA:

- Todos los documentos que no sean originales deberán ser autenticados (Una autentica de copias). Los documentos firmados por el Representante Legal de la Empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (Una autentica de firmas). Artículos 39 y 40 de Reglamento del Código de Notariado.

16.2 INFORMACIÓN FINANCIERA

- Presentar Constancia en original emitida por un Banco mediante la cual se acredite que cuenta con una línea de crédito o saldo en sus cuentas(s) por al menos del 10% del valor de su oferta y/o línea de crédito del proveedor del 10% del monto ofertado.
- Balance General y Estado de Resultados debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comercicantes individuales.

16.3 INFORMACIÓN TÉCNICA

1. Declaración jurada del Oferente debidamente Autenticada por Notario Público, donde la empresa oferente se compromete a reponer sin costo alguno cualquier medicamento que antes de su fecha de expiración le sobrevinieren fallas imputables al suplidor por desperfectos

físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. **Según formulario anexo.**

2. Copia de la Certificación Emitida por la Secretaría de Estado en el Despacho de Desarrollo Económico donde se acrediten la Representación de Distribuidor o Agente del fabricante o del producto ofertado o Constancia de estar en trámite la certificación u Original de la Autorización del Laboratorio Fabricante o en caso de ser copia esta deberá estar Autenticada (**ver anexo).**

3. 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 encuentren 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 o copias autenticadas de la documentación soporte de la Solicitud realizada, con el sello de recibido o copia de correo institucional del ARSA, dicha constancia deberá venir acompañada de la Fórmula Cuali-Cuantitativa firmada y sellada por el profesional responsable, 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. **En caso de adjudicarse y encontrarse en proceso de renovación, deberá presentar el Registro Sanitario para la firma de contrato.**
4. 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, de la SESAL o ARSA o si estuviese en trámite deberá de presentar copia de la Solicitud de Renovación del Reconocimiento Mutuo.

5. Copia del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura debidamente autenticado, para la forma farmacéutica ofertada.
   5.1 Para fabricantes nacionales: contar con la Copia de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente emitido por el Departamento de Regulación Sanitaria de la Secretaria de Salud de Honduras y / o Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) debidamente autenticado.
   5.2 Para productos importados: Fotocopia del Certificado vigente, de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS) o 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. Emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado. 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.

6. 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.

Toda la documentación presentada en la oferta debe ser traducida al idioma Español.
En caso de presentar fotocopias están deberán estar debidamente autenticadas.

16.4 INFORMACIÓN ECONÓMICA

- Formulario de la oferta, este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma.
- Formulario de Lista de Precios: Es el detalle individual de la partida cotizada en la oferta, debidamente firmado y sellado. La omisión de cualquier dato referente a precio unitario por partida, monto y número de la compra, así como cualquier otro aspecto sustancial que impida o límite de manera significativa el análisis, comparación u evaluación de las ofertas, será motivo de descalificación de esta segúnsea el caso. Si "El Oferente" No presenta el formato "Lista de Precios" se entenderá que no presento la oferta.
- Garantía de Mantenimiento de Oferta, por el dos por ciento (2%) del monto de la oferta, con indicación de la cláusula obligatoria.

El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta la entrega de los bienes ofertados al IHSS en el lugar y fechas especificados en estas bases.

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 por partida.

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

IO-17 EVALUACION DE OFERTAS

El IHSS examinará todas las ofertas para confirmar que todos los documentos y la documentación técnica solicitada en las IO han sido suministrados y determinará si cada documento entregado está completo.

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 su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.		
2. Fotocopia legible del poder del Representante Legal, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representar a la empresa en el proceso de contratación directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil		
3. Fotocopia del Permiso de Operación vigente de la Municipalidad correspondiente		
4. Fotocopia de RTN de la Sociedad Mercantil y del Representante Legal.		
5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal.		
6. Certificación o Fotocopia de la Constancia de estar en trámite la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE de acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, "la solicitud de inscripción deberá realizarse a más tardar el día calendario anterior a la fecha prevista para la presentación de la oferta……		
7. Declaración Jurada sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado		
8. La Declaración Jurada en la que indique que tanto él como su representada y los socios de ésta, no están comprendidos en las inhabilidades, prohibiciones, ni situaciones irregulares a que se refiere la Ley Especial Contra el Lavado de Activos y demás legislación que rige la materia.		
9. Declaración Jurada de la empresa y su representante legal que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo.		

FASE II, EVALUACIÓN FINANCIERA

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Presentar Constancia en original emitida por un Banco mediante la cual se acredite que cuenta con una línea de crédito o saldo en sus cuentas(s) por al menos del 10% del valor de su oferta y/o línea de crédito del proveedor del 10% del monto ofertado.		
Balance General y Estado de Resultados debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comercicantes individuales		
Copia autenticada del Estado de Resultado del último ejercicio fiscal inmediato anterior, sellado y timbrado por el contador general		

SE III, EVALUACIÓN TÉCNICA

Evaluación Técnica en Documentos:

ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Declaración jurada del Oferente debidamente Autenticada por Notario Público, donde la empresa oferente se compromete a reponer sin costo alguno cualquier medicamento que antes de su fecha de expiración le sobrevinieren fallas imputables al suplidor por desperfectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. **Según formulario anexo.**		
2. Copia de la Certificación Emitida por la Secretaría de Estado en el Despacho de Desarrollo Económico donde se acrediten la Representación de Distribuidor o Agente del fabricante o del producto ofertado o Constancia de estar en trámite la certificación u Original de la Autorización del Laboratorio Fabricante o en caso de ser copia esta deberá estar Autenticada		
3. 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 autentica. Si el Registro Sanitario se encuentren 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 o copias autenticadas de la documentación soporte de la Solicitud realizada, con el sello o copia de correo institucional de recibido del ARSA, dicha constancia deberá venir acompañada de la Fórmula Cuali-Cuantitativa firmada y sellada por el profesional responsable, Prospecto del medicamento y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario. No se aceptarán		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES	CUMPLE	NO CUMPLE
constancias emitidas por otra Institución. Será objeto de descalificación el ítem que presente un Registro Sanitario vencido. En caso de adjudicarse y encontrarse en proceso de renovación, deberá presentar el Registro Sanitario para la firma de contrato.		
4. En el caso de productos fabricados dentro del Marco de la Unión Aduanera Centroamericana, se aceptará copia del Certificado de Producto Farmacéutico, vigente debidamente autenticada, con el sello de reconocimiento mutuo vigente, de la SESAL o ARSA o si estuviese en trámite deberá de presentar copia de la Solicitud de Renovación del Reconocimiento Mutuo.		
5 Copia del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura. Autenticada para la forma farmacéutica ofertada.		
5,1 Para fabricantes nacionales: contar con la Copia de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente emitido por el Departamento de Regulación Sanitaria de la Secretaria de Salud de Honduras y / o Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) debidamente autenticado.		
5,2 Para productos importados: Fotocopia del Certificado vigente, de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS) o 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 debidamente Autenticada. Emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado		

Toda la documentación presentada en la oferta debe ser traducida **al IDIOMA ESPAÑOL.**

En caso de presentar fotocopias están 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.

IO-18 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.

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 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 a partir de 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 será subsanable.

Motivos de Descalificación de oferta

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) No estar firmadas por el oferente o su representante legal el formato de presentación de oferta técnica.
d) 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;
e) Haberse presentado por compañías o personas inhabilitadas para contratar con el Estado, de acuerdo con los artículos 15 y 16 de la Ley;
f) 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;
g) Haberse presentado por oferentes no precalificados (cuando aplique) o en su caso, por oferentes que no hayan acreditado satisfactoriamente su solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica o profesional;
h) Establecer condicionamientos que no fueren requeridos;
i) Establecer cláusulas diferentes a las previstas en la Ley, en el presente Reglamento o en el pliego de condiciones;
j) Haberse presentado por oferentes que hubieren ofrecido pagos u otros beneficios indebidos a funcionarios o empleados para influir en la adjudicación del contrato;
k) Incurrir en otras causales de inadmisibilidad previstas en las leyes o que expresa y fundamente dispusiera el pliego de condiciones
l) la presentación de ofertas alternativas
m) La no presentación de los tiempos de entrega de forma impresa
n) La no presentación del formato de presentación de oferta técnica de forma impresa

FASE IV. EVALUACIÓN TÉCNICA FÍSICA:

CATÁLOGOS

Deberá acompañar literatura TÉCNICO CIENTÍFICA, NO DE MERCADEO Y PROMOCIÓN, en idioma español que amplié su información, para productos biológicos, oncológicos, de trasplante renal, que sean nuevos en el mercado nacional, (menos de 3 años de comercialización y uso en el territorio nacional) 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. Deberán ser colocados en bolsas transparentes, cerrados y rotulados, con el código, el nombre de la partida y el nombre del oferente.

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 amplié 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).

Solamente las ofertas que superen éstas fases pasarán a la siguiente Fase, las ofertas que no la superen serán descalificadas.

FASE V, EVALUACIÓN ECONÓMICA

El IHSS confirmará que los siguientes documentos e información han sido proporcionados con la oferta. Si cualquiera de estos documentos o información faltara, la oferta será rechazada.

ASPECTO EVALUABLE EN DOCUMENTOS OFICIALES	CUMPLE	NO CUMPLE
Formulario de la oferta, este formulario deberá ser llenado en letras y números con el precio total ofertado, solicitándose no alterar su forma.		
•Formulario de Lista de Precios: Es el detalle individual de la partida cotizada en la oferta, debidamente firmado y sellado. La omisión de cualquier dato referente a precio unitario por partida, monto y número de la compra, así como cualquier otro aspecto sustancial que impida o límite de manera significativa el análisis, comparación u evaluación de las ofertas, será motivo de descalificación de esta según sea el caso. Si "El Oferente" No presenta el formato "Lista de Precios" se entenderá que no presento la oferta		
Garantía de Mantenimiento de Oferta, por el dos por ciento (2%) del monto de la oferta, con indicación de la cláusula obligatoria.		

IO-19 ADJUDICACION DEL CONTRATO

El contrato se adjudicará por partida al ofertante que haya presentado el precio más bajo y/o que de acuerdo a los intereses del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) haya cumplido sustancialmente con la documentación legal, especificaciones y condiciones técnica solicitada.

Derecho de Aceptar o Rechazar Cualquier Oferta

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se reserva el derecho de aceptar o rechazar parcial o totalmente cualquier oferta, con anterioridad a la adjudicación del Contrato, sin que por ello adquiera responsabilidad alguna ante los Oferentes.

IO-20 NOTIFICACION DE ADJUDICACION DEL CONTRATO

La resolución que emita el órgano responsable de la contratación adjudicando el contrato, será notificada a los oferentes y publicada, 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.

Si la adjudicación no se notifica dentro del plazo de la vigencia de las ofertas, los proponentes podrán retirar sus ofertas sin responsabilidad de su parte.

IO-21 FIRMA DE CONTRATO

El otorgamiento del contrato, se hará en un plazo máximo de diez días hábiles, desde que la adjudicación quede en firme.

Diez días hábiles después de la notificación de adjudicación como paso previo a la firma del contrato, el oferente adjudicado deberá presentar los siguientes documentos según El Artículo 30 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado:

1. Constancia original de la Procuraduría General de la República, de no tener juicios pendientes con el Estado de Honduras.
2. Constancia de Solvencia Electrónica, extendida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR) a excepción de empresas que tengan menos de un año de constituidas.

NOTA: Todos los documentos que no sean originales deberán ser autenticados (Una autentica de copias). Los documentos firmados por el Representante Legal de la Empresa que se anexe a la oferta deberán estar autenticados (Una autentica de firmas). Artículos 39 y 40 de Reglamento del Código de Notariado.

Si el oferente no acepta la adjudicación, no firma el contrato o no presenta la documentación detallada dentro del plazo establecido, por el o causas que le fueren imputables a él, perderá todoslos 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.

CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

El IHSS nombrará un Administrador del Contrato, 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 (cuando aplique).
d. Documentar cualquier incumplimiento del Contratista

CC-02 PLAZO CONTRACTUAL

El contrato estará vigente desde su otorgamiento hasta la entrega final de los medicamentos adjudicados

CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO

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

CC-04 LUGAR DE ENTREGA DEL SUMINISTRO

Los suministros a adquirirse sobre la base de esta Contratación Directa tienen que ser entregados en Almacén Central del IHSS; colonia Miramontes, Tegucigalpa, en perfecto estado a satisfacción del IHSS, con la vigencia solicitada y de acuerdo a las cantidades establecidas en la orden de compra.

El Jefe del Departamento de Almacenamiento y Distribución será la persona facultada, para evaluar la recepción de los suministros que se adquieran y certificar que la entrega es conforme a lo requerido en estas bases, a lo establecido en la orden de compra y contrato y a los intereses del IHSS. Se evaluará para su recepción las condiciones de temperatura con la que han sido transportados durante la entrega, como refrigerantes, hieleras, etc.

CC-05 PLAZO Y CANTIDADES DE ENTREGA DEL SUMINISTRO

El IHSS requiere **CUATRO (04) Entregas**:

Entregas	Porcentaje de entrega del total de Bienes	Plazo: días calendarios posterior a la recepción de la orden de compra
1era Entrega	25%	Inmediato hasta 30 días calendarios después de recepción de la orden de compra
2da Entrega	25%	Hasta 60 días calendarios después de recepción de la orden de compra
3era Entrega	25%	Hasta 90 días calendarios después de recepción de la orden de compra
4ta Entrega	25%	Hasta 120 días calendarios después de recepción de la orden de compra

Para medicamentos de estricto Control el IHSS requiere **DOS (02) Entregas**:

Entregas	Porcentaje de entrega del total de Bienes	Plazo: días calendarios posterior a la recepción de la orden de compra
1era Entrega	50%	Inmediato hasta 60 días calendarios después de recepción de la orden de compra
2da Entrega	50%	Hasta 120 días calendarios después de recepción de la orden de compra

En casos en que el oferente proponga entregas en plazos diferentes a los requeridos, el IHSS se reserva el derecho de aceptar o rechazar las mismas en función de la necesidad del producto y la capacidad logística en almacén central de almacenamiento de los mismos.

C-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCION

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 estas bases de contratación directa. Las entregas de los suministros serán bajo la modalidad DAP- Tegucigalpa, 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

CC-07 GARANTÍAS

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

a) GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

- Plazo de presentación: 10 días hábiles posteriores a la firma del contrato.
- Valor: La garantía de cumplimiento del contrato deberá ser equivalente al quince por ciento (15%) de monto contractual.

- Vigencia: La garantía de cumplimiento estará vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la entrega total del suministro.
- 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 de conformidad a ley.

b) GARANTIA DE CALIDAD

- Plazo de presentación: hasta 10 días calendario después de la fecha del acta de la recepción provisional final de los productos.
- Valor: La garantía de calidad sustituirá parcialmente la garantía de cumplimiento del contrato cuyo monto será equivalente al cinco por ciento (5%) de monto de los productos recepcionados.
- La garantía de Calidad deberá ser presentada en la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras
- Vigencia: La Garantía de Calidad estará vigente 1 año contado a partir de la fecha del acta de recepción provisional final

CC-08 FORMA DE PAGO

Los pagos serán de acuerdo a las entregas según la Orden de Compra y Contrato, se hará en moneda de curso legal en Honduras (Lempiras).

El INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, a través de la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, efectuará los trámites de pago conforme a los procedimientos establecidos por el INSTITUTO.

El INSTITUTO recibirá para cada trámite de pago los documentos siguientes:

1. Original de la orden de compra cuando la entrega sea del 100%
2. Copia de Orden de Compra (cuando se trate de entregas parciales)
3. Copia de contrato.
4. Factura comercial original a nombre del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS),
5. Acta de recepción provisional original de Almacén Central del IHSS (hoja de ingreso), debidamente firmada y sellada por el Jefe de ese departamento.
6. Copia de Garantía de Cumplimiento
7. Copia de garantía de calidad según las entregas.
8. Constancias de pagos a cuentas
9. Constancias de Solvencia Fiscal

CC-09 MULTAS

Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de atraso en relación con el monto total del saldo del contrato de conformidad a lo establecido en las disposiciones generales de ingresos y egresos de la república de Honduras. Así mismo de los art. 72,98 de la ley de contratación del estado; art. 17, 115, 120, 189, 226, del reglamento de la misma ley y el art. 29 inciso no. 6 de la ley de conciliación y arbitraje .

➢ CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES TECNICAS:

CONDICIONES

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

A manera de ejemplo se detalla:

1. Portada de la partida
2. Cuadro Técnico de la partida (según anexo)
3. Registro Sanitario Vigente de la partida
4. BPM Vigente de la partida o Certificado del producto farmacéutico o CLV
5. Certificado de Equivalencia Terapéutica (en el caso que aplique)
6. Autorización del Fabricante Vigente (según anexo)
7. 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 electrónico.

ESPECIFICACIONES TECNICAS:

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

1. EL OFERENTE debe garantizar que los productos ofrecidos serán producidos con materia prima de calidad; para los fármacos derivados de síntesis química su fecha de expiración será no menor de **VEINTE Y CUATRO (24) MESES** al momento de la entrega en el almacén de la institución; para los fármacos biológicos, biotecnológicos, oncológicos y hemoderivados su fecha de expiración será no menor a **DIECIOCHO (18) MESES**, al momento de la entrega en el almacén de la institución.

2. Cuando el proveedor entregue medicamento con vigencia menor a 24 MESES O 18 MESES, cuando aplique, El IHSS, aceptará al menos **DOCE (12) MESES** de vida útil, como mínimo al momento de la entrega en el Almacén del IHSS, por lo tanto, no se aceptarán medicamentos con fechas de vencimiento menor a dicho período, durante el proceso y posterior a la adjudicación.

3. 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 un **CARTA COMPROMISO DE REPOSICIÓN O REEMPLAZO** al Almacén Central con copia a la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS, para asegurar la reposición

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

de los productos que expiren o estén próximos a vencerse, reemplazándolos con períodos de expiración de 24 MESES o 18 MESES, según corresponda, período contado a partir de la fecha de recepción, en caso de reponer medicamentos con vencimiento menor a lo solicitado deberá entregar carta de compromiso o reemplazo. Así mismo se deberán reponer los medicamentos cumpliendo el procedimiento administrativo vigente establecido por el IHSS.

4. El IHSS podrá solicitar que, a los medicamentos recibidos en el Almacén Central de medicamentos, se les efectúe un análisis de control de calidad a su entera discreción, en el Laboratorios Oficial de referencia, tomando muestreos técnicos al azar, del lote más representativo en cualquiera de las entregas y en cualquier momento que lo consideren conveniente, en caso de ser necesario.

Para garantizar la calidad de los medicamentos adjudicados, el IHSS enviara a analizar dichos productos al Laboratorio Oficial de Análisis del Colegio Químico Farmacéutico de Honduras.
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.

Los costos de los análisis de control de calidad se efectuarán por cuenta del oferente.
Una vez que la muestra se haya enviado a análisis, el oferente deberá proceder en un lapso de 15 días cancelar el pago del análisis correspondiente en el laboratorio de referencia.
El oferente deberá reponer al Almacén Central, la cantidad de medicamentos que se tomen para el muestreo de calidad.

5. En cumplimiento a la normativa nacional, será comunicado al ARSA los resultados de los análisis en los que se refleje que los productos no reúnan las características exigidas por textos oficiales, normas, regulaciones y disposiciones de carácter nacional o internacional con las que se haya registrado el producto. Las empresas adjudicadas responsables de los productos rechazados, están obligados al cambio inmediato del producto. La contravención de esta disposición podrá dar lugar a causal de rescisión de contrato. Cualquier sobreprecio que se pague como resultado del incumplimiento del suplidor, será bajo la responsabilidad de este.

6. Quedan exentos de análisis de control de calidad los medicamentos biológicos, biotecnológicos, oncológicos, hemoderivados y medicamentos de alto costo. En este caso el proveedor adjudicado deberá presentar obligatoriamente al regente de almacén central en el 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

7. Productos que no hayan sido exonerados de análisis, deberán presentar Constancia de Solvencia de pago de análisis de control de calidad de medicamentos extendida por el Laboratorio de Especialidades Farmacéuticas del Colegio Químico Farmacéutico de Honduras donde acredite no tener ninguna clase de incumplimiento en lo relativo al pago de análisis de medicamentos enviados por el IHSS adquiridos en procesos de compra correspondientes al año 2022 realizados por UNOPS. **Dicha solvencia no deberá ser en ningún caso anterior a 20 días calendario a la fecha de apertura de los sobres de las ofertas**.

8. Cuando exista fusión entre laboratorios fabricantes el proveedor deberá presentar documentación que acredite la misma debidamente autenticado.

9. 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.

10. Para los productos que requieren **CADENA DE FRÍO O ALMACENAMIENTO ESPECIAL** a una temperatura determinada (por el fabricante): deberán adjuntar la información sobre almacenamiento especial e indicarse en la oferta y a su vez será descrita en la orden de compra, debe mantenerse y comprobarse mediante dispositivos electrónicos empleados durante su almacenamiento y transporte del producto hasta su entrega en el lugar designado por el IHSS.

11. Las ofertas deberán corresponder exactamente al principio activo expresando como concentración **BASE Y SAL**, si ésta se especifica, forma farmacéutica, concentración, envase primario y especificaciones de calidad requeridas para cada producto.

12. En el caso de los medicamentos cuyas formas farmacéuticas son **AEROSOLES** es indispensable que cumplan con la Ley General del Ambiente la cual establece que estos medicamentos deben, estar libres de CFC (cIorofluoruro de carbono).

13. Para el producto **INSULINA DETEMIR** se requiere que el oferente adjudicado incluya al momento de la entrega en Almacén Central las agujas que se utilizaran por la dosis indicada, **(mínimo 10 agujas por pluma o frasco).**

14. Para el producto **DASATINIB** se requiere presentar nota del oferente adjudicado, en donde se compromete a proporcionar las pruebas laboratoriales diagnósticas y de seguimiento especiales (BCR ABL cromosoma filadelfia) para los pacientes que lo requieran para el uso de este producto.

15. Para los medicamentos, **TACROLIMUS y MICOFENOLATO INTERFERON BETA 1 a, OCRELIZUMAB, NATALIZUMAB** utilizados en pacientes renales y

pacientes con esclerosis múltiple, a fin de mantener y garantizar la acción terapéutica deseada y evitar riesgos, se tomará en consideración para su adjudicación el producto con el cual se ha logrado mantener la respuesta clínica y prevenir recaídas de los pacientes ya iniciados.

16. El oferente a quien se adjudique el Medicamento **SEVOFLURANO** deberá tener en funcionamiento en todas las unidades médicas de la institución los vaporizadores compatibles con el producto ofertado garantizando que no existen incompatibilidades físicas ni químicas con el mismo.
La oferta deberá estar acompañada con un programa de mantenimiento preventivo, correctivo, sustitución de equipo, frecuencia de calibración, garantía de calibración por parte de la empresa responsable.
Asumir los costos del programa preventivo, correctivo o sustitución de los vaporizadores y del programa de capacitación corren a cuenta del oferente que resulte adjudicado

17. Para los productos oncológicos **ALECTINIB, ANASTROZOL, AZACITIDINA, GEFITINIB, LENALIDOMIDA, OBINUTUZUMAB, OLAPARIB, PEMBROLIZUMAB, PERTUZUMAB, TRASTUZUMAB EMTANSINE** deberá presentar en su oferta nota en donde se compromete a proporcionar las pruebas laboratoriales diagnósticas y de seguimiento especiales para los pacientes que lo requieran para el uso de estos fármacos.

18. Para el producto **NATALIZUMAB** deberá presentar en su oferta nota en donde se compromete a proporcionar las pruebas laboratoriales para el diagnóstico de encefalitis o meningitis.

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

19.1 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

19.2 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

19.3 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

19.4 Presentar evidencias de comercialización en el país de origen.
Deberá presentar Certificado de Libre Venta (CVL/CLV) que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar producto hemoderivados/o de Ingeniería Genética, que el producto está registrado por esas agencias y autorizado para uso humano. Dicho documento debe esta autenticado por el Consulado de Honduras más cercano del País donde haya sido emitido o con su respectiva apostilla. En caso de querer conservar el original podrá presentarse dicho documento en fotocopia certificada por notario.

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 Índex Medicus/MEDLINE, etc.).

Estos medicamentos deben de cumplir con la Ley Especial del VIH/SIDA, Capítulo **I,** Titulo IV, Articulo 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).

20. Para los productos **BIOLÓGICOS Y HEMODERIVADOS** al ser adquiridos deberá presentarse la fotocopia del certificado de liberación del lote emitida por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).

21. 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.

22. Las formas farmacéuticas **LIQUIDAS Y POLVOS PARA SUSPENSIÓN ORALES** deben tener sabor agradable; además se deben incluir alguno de los siguientes dosificadores: Cuchara graduada de 2.5ml a 5ml, jeringa o copita graduada en escala fraccionada de 0ml, hasta 10 mililitros, para facilitar su administración, los cuales deben ser incorporados a cada frasco.

23. 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 emitido por una de las siguientes Autoridades Reguladoras: Administración de Alimentos Medicamentos de Estados Unidos (FDA), Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o Autoridades competentes de los estados miembros de la Unión Europea, Health Canadá, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (MHLW), Administración de Productos Terapéuticos de Australia (TGA), Agencia Suiza de Medicamentos (Swissmedic), Agencia de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido (MHRA). vigente (Cuando Aplique).

24. En casos de 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, pasan a ser una opción menos favorable en comparación a otras ofertas presentadas que no poseen esta variación; en estos casos el Comité de evaluación, en coordinación con el asociado o unidad técnica solicitante, tendrá la facultad de valorar aceptación o trasladar la recomendación de adjudicación a la siguiente oferta que cumpla sustancialmente, según orden de prelación.

25. Para verificar la composición cualicuantitativa se requiere se presente ficha técnica del producto indicando la formula cualicuantitativa, misma que debe expresarse por unidad de dosificación del producto, en caso de formas farmacéuticas en polvo, de uso tópico, y oftálmico en porcentaje.

26. Formas farmacéuticas **SÓLIDAS**: Las tabletas orales, sublinguales, vaginales, óvulos, grageas, Capsulas, perlas, etc. 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.

27. Formas farmacéuticas **SEMISÓLIDAS**: Las pomadas, ungüentos, cremas, gel deberán ser envasados en tubo de plástico o metal con tapa de seguridad de manera que al enroscar la tapa se perfore el sello hermético del tubo.

28. 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.

29. Las formas farmacéuticas **LIQUIDAS**: Las soluciones, suspensiones, jarabes, etc.; 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

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

oftalmológico deben envasarse en frasco gotero plástico no reactivo con tapadera de seguridad del tipo que se desprende al abrirlo.

30. 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.

31. Líquidos para **USO PARENTERAL**: las ampollas deberán tener bien clara la marca para poder abrirla. 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).

32. Anestésicos de **USO ODONTOLÓGICO**: deberán ser envasados en cartucho o tubito de vidrio y/o plástico no reactivo los cuales deberán ser colocados en un envase secundario de metal o plástico y deben contar con un sello de seguridad.

33. En el caso de los medicamentos **ENDOCRINOLÓGICOS, ONCOLÓGICOS, BIOLÓGICOS** y **AGENTES MONOCLONALES** que tienen el mismo principio activo y diferente concentración, y que necesitan ser mezclados para ajuste de dosis previo a su administración al paciente; al momento de adjudicarlos, el IHSS, con el fin de 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 perdidas a la Institución) se reserva el derecho de adjudicarlos a un mismo laboratorio fabricante. Se consideraran principios activos que no se encuentren en la lista de bienes de este pliego de condiciones, que fueron adquiridos por el IHSS previamente, con existencias en Almacén Central.

34. En el caso de medicamentos que no son innovadores, 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 acorde al cuadro abajo descrito:

34.1 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 clasificadas y definidas por la OPS / OMS, según sistema estandarizado de evaluación del desempeño de las funciones de regulación sanitaria, aplicados para garantizar eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos; alguna de las enlistadas a continuación:

AUTORIDADES REGULADORAS ESTRICTAS, (Categoria1)

No.	País	Autoridad Reguladora
1	Agencia Europea de Medicamento	EMA – European Medicines Agency
2	Estados Unidos de América	USFDA – Food and Drug Administration
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

AUTORIDADES REGULADORAS DE ALTA VIGILANCIA, (Categoria2)

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 (AlFA)

AUTORIDADES REGULADORAS DE PAISES DE REFERENCIA REGIONAL, (Categoría 3)

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.

34.2 Se tomará en consideración al momento de la evaluación reportes y antecedentes de falla terapéutica, reacción adversa y falla farmacéutica por resultados de análisis de control de calidad que hayan resultado rechazados por el laboratorio oficial de referencia del colegio Químico Farmacéuticas.

34.3 Se considerará las 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.

LISTA DE MEDICAMENTOS DE RIESGO SANITARIO Y REQUERIMIENTO A PRESENTAR SEGÚN CATEGORIA DE AUTORIDAD REGULADORA			
Código SAP	***Descripción de Medicamento***	***U.P***	***AUTORIDADES REGULATORIAS CATEGORIA 1, 2, 3***
L01XE019	ALECTINIB (Clorhidrato) 150mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2
L02BG001	ANASTROZOL 1mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2
L01BC007	AZACITIDINA 100mg polvo liofilizado, frasco. Vía de administración: Subcutánea.	FCO	1, 2, 3
L01XX002	BORTEZOMIB 3.5mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de administración: Intravenosa, Subcutánea.	FCO	1, 2, 3
L01XE010	DASATINIB 100mg tableta. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2, 3
L04AA002	EVEROLIMUS 5mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2
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
L04AB006	GOLIMUMAB 50mg/0.5ml solución inyectable en Jeringa precargada. Vía de administración: Subcutánea.	JRP	1, 2
L01XE016	IBRUTINIB 140mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2
L04AB005	INFLIXIMAB 100mg polvo para concentrado para solución para	FCO	1, 2

LISTA DE MEDICAMENTOS DE RIESGO SANITARIO Y REQUERIMIENTO A PRESENTAR SEGÚN CATEGORIA DE AUTORIDAD REGULADORA			
Código SAP	***Descripción de Medicamento***	***U.P***	***AUTORIDADES REGULATORIAS CATEGORIA 1, 2, 3***
	perfusion frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa.		
A10AE001	INSULINA DETEMIR (ADN RECOMBINANTE) 100U/ml, dispositivo prellenado con 3ml de solución. Vía de administración: Subcutánea.	JRP	1, 2
L03AB008	INTERFERÓN BETA - 1a 30microgramos/ 0.5ml (equivalente a 6 millones de UI) solución inyectable en jeringa prellenada. Vía de administración: Intramuscular.	JRP	1, 2
N03AX010	LACOSAMIDA 200mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
L04AX008	LENALIDOMIDA 10mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2
L04AX007	LENALIDOMIDA 25mg capsula recubierta. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2
N03AX006	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución Oral frasco 150-300ml. Vía de administración: Oral.	FCO	1, 2
A10BD002	METFORMINA + SITAGLIPTINA 1000-50 mg tableta recubierta respectivamente. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
L04AA007	MICOFENOLATO (mofetilo) 500mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2
L04AA011	NATALIZUMAB 300mg (20mg/ml) concentrado para solución para Infusión frasco 15ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	1, 2
L01XC014	OBINUTUZUMAB 1000 mg/40ml. Concentrado para perfusión, Vía de administración: Intravenosa.	FCO	1, 2
L04AA016	OCRELIZUMAB 300mg concentrado para solución para perfusion frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	1, 2
L01XK001	OLAPARIB 150mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2
L01CD004	PACLITAXEL 6mg/ml (equivalente a 150mg/25ml) solución inyectable frasco 25ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	1, 2, 3
L01CD009	PACLITAXEL unido a proteína de albúmina 5mg/ml polvo para suspensión inyectable 100mg frasco. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	1, 2, 3
L01XC018	PEMBROLIZUMAB 100mg solución estéril para infusión frasco de 4ml, Vía de administración: Intravenosa.	FCO	1, 2
N05AH003	QUETIAPINA (Fumarato) 300mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
N05AH004	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta de liberación prolongada. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
L01XE011	REGORAFENIB 40mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2
C02KX004	RIOCIGUAT 1.5mg tableta. Vía de Administracion: Oral.	TAB	1, 2
M09AX001	RISDIPLAM 0.75mg/ml polvo para reconstituir a solución oral frasco de 80ml. Vía de administración: Oral.	FCO	1, 2
N05AX002	RISPERIDONA 3mg tableta recubierta ranurada. Vía de administración: Oral.	TAB	1, 2
L04AC006	SECUKINUMAB 150mg polvo para reconstituir a solución inyectable frasco. Via de administracion: Intravenosa, Subcutánea.	FCO	1, 2
N01AB002	SEVOFLURANO 100 % v/v solución inhalante frasco. 250 ml. Vía de administración: Inhalatoria. Incluir vaporizador	FCO	1, 2
L01XE007	SUNITINIB (Maleato) 12.5.mg capsula. Vía de administración:	CAP	1, 2

LISTA DE MEDICAMENTOS DE RIESGO SANITARIO Y REQUERIMIENTO A PRESENTAR SEGÚN CATEGORIA DE AUTORIDAD REGULADORA			
Código SAP	***Descripción de Medicamento***	***U.P***	***AUTORIDADES REGULATORIAS CATEGORIA 1, 2, 3***
	Oral.		
L01XE005	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2
L01XE006	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2
L04AD001	TACROLIMUS (Sal Monohidrato) 1mg cápsula de liberacion prolongada. Vía de administración: Oral.	CAP	1, 2
L04AA018	TOFACITINIB 11mg tableta de liberacion prolongada. Vía de administración: Oral	TAB	1, 2
L01XC011	TRASTUZUMAB EMTANSINA 100mg (20mg/ml) polvo para concentrado para solución para perfusion frasco 5ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	1, 2

Lista de Medicamentos en Bloque

Medicamentos que tienen el mismo principio activo y diferente concentración, y que necesitan ser mezclados para ajuste de dosis previo a su administración al paciente, con el fin de 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).

Los medicamentos bajo las condiciones antes descritas se enlistan a continuación, los cuales se adjudicará por bloque a un mismo laboratorio fabricante, cuyo precio total a considerar será la mejor combinación de ofertas técnicamente válidas.

LISTADO DE MEDICAMENTOS POR BLOQUE		
CÓDIGO SAP	**MEDICAMENTO Y DESCRIPCIÓN**	**U.P.**
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
L04AX008	LENALIDOMIDA 10mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP
L04AX007	LENALIDOMIDA 25mg capsula recubierta. Vía de administración: Oral.	CAP
L01XE007	SUNITINIB (Maleato) 12.5.mg 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

INSPECCIONES Y PRUEBAS:

Comprobante de Calidad

1. Para garantizar la calidad de los medicamentos adjudicados, el IHSS enviará a analizar dichos productos al Laboratorio Oficial de Análisis del Colegio Químico Farmacéutico de Honduras.

   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. Los costos de los análisis de control de calidad se efectuaran por cuenta del oferente.

2. Si los productos no cumplen con las especificaciones estipuladas, el proveedor tomará las medidas inmediatas para solucionar la deficiencia y tendrá que reemplazar los productos defectuosos a satisfacción del comprador en un plazo máximo de treinta días (30) calendario después de haber sido notificado por la Jefe del Almacén del IHSS.

3. Serán considerados para la evaluación los Resultados de Rechazo de medicamentos por problemas de calidad en el IHSS y SESAL.
   - **3.1** No es necesario presenten documentación, el Comité de Evaluación, hará uso de reportes de resultados de rechazo de medicamentos por problemas de calidad, por parte de la SESAL e IHSS.

   - **3.2** Reportes emitidos por Laboratorio Oficial de Análisis de calidad del Colegio Químico Farmacéutico de Honduras, Rechazados al NO CUMPLIR con algún parámetro del análisis, ya sea de la SESAL como del IHSS
   - **3.3** Se rechaza descalifica y no se continua la evaluación técnica del insumo 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, no se considerarán todos los medicamentos ofertados de ese 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.

- **<u>DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS:</u>**

El Instituto podrá hacer devoluciones o reclamos de los medicamentos cuando se comprueben fallas como resultado de análisis organolépticos practicados desde el ingreso y mientras se encuentre en las instalaciones del IHSS. En este caso no se le aceptara al proveedor el medicamento que no cumpla con las especificaciones requeridas.

- **<u>CONDICIONES DE ETIQUETADO:</u>**

Condiciones generales

1. ETIQUETADO EN EL ENVASE PRIMARIO

a) Etiquetado en el envase primario: Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento.
b) Tanto el Envase Primario como el Secundario deberán incluir la siguiente leyenda: "Propiedad del IHSS".
   Esta leyenda se dispensa en el envase primario de medicamentos que requieren de 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, el empaque secundario si requerirá incluir la leyenda: "Propiedad del IHSS".
c) Se dispensa la leyenda en el envase primario, no así en el empaque secundario, en las siguientes situaciones:
   i. 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.
   ii. Medicamentos de bajo volumen (hasta 3 ml).
   iii. Medicamentos de presentación de empaque primario con Sello de seguridad.

- **Todo medicamento deberá tener etiqueta en español 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. /ml., mEq/dosis, etc.).
e) Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
f) Número de lote
g) Fecha de expiración (impresa en etiqueta original, no se aceptarán fotocopias adheridas) claramente especificada, no en código.)
h) Vía de Administración (indispensable).
i) Número de registro sanitario (si no tuviera empaque secundario).
j) Etiquetado: **"Propiedad del IHSS".**

- La información deberá ser grabada directamente en el envase primario o impresa 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, por tanto el etiquetado, no deberá presentarse conteniendo 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.

- La información deberá ser grabada directamente en el envase primario 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, por tanto el etiquetado, no deberá presentarse conteniendo 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.

Etiquetado para 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). La información mínima que deberá llevar el Etiquetado del envase o empaque primario del producto es la siguiente:

- Igual al anterior en los incisos. A, b, c, d, e, f, g, h, i, j. **Además:**
  k) Condiciones de almacenamiento (cuando no tiene envase o empaque secundario).
  l) Agítese antes de usar (solo para emulsiones y suspensiones).
  m) Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo, cuando aplique (Cuando no tiene envase empaque secundario).
  n) Tiempo de vida útil después de abierto o preparado cuando aplique.
  o) 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)

❖ **ETIQUETADO EN EL ENVASE SECUNDARIO:**

Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario. Todo empaque deberá tener en español 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) Concentración de principios activos de la forma farmacéutica (%, mg, g, mEq, mg/mg/ml, Al/ml, mEq/dosis, etc.).

d) Forma farmacéutica (tabletas, ungüento, óvulos, cápsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, 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 del producto claramente especificada, claramente especificada, no en código
i) Condiciones de almacenamiento.
j) Contenido en unidades.
k) Vía de Administración incluyendo indicación especial sobre la forma de administración cuando aplique.
l) Número del Registro Sanitario.
m) Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo (cuando aplique)
n) Tiempo de vida útil después de abierto o preparado (cuando aplique).
o) Etiquetado: "Propiedad del IHSS".

❖ **ETIQUETADO EN EL ENVASE TERCIARIO:**

Se entiende como envase terciario, el recipiente exterior donde viene el envase secundario. Todo empaque deberá tener en español 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) Concentración de principios activos de la forma farmacéutica (%, mg, g, mEq, mg/mg/ml, Al/ml, mEq/dosis, etc.).
d) Forma farmacéutica (tabletas, ungüento, óvulos, cápsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, 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 del producto claramente especificada, no en código
i) Condiciones de almacenamiento.
j) Contenido de unidades.
k) Vía de Administración incluyendo indicación especial sobre la forma de administración cuando aplique.

l) Número de Registro Sanitario
m) Forma de Preparación o referencia para leer en el instructivo (cuando aplique)
n) Tiempo de vida útil después de abierto o preparado (cuando aplique)
o) Etiquetado: "Propiedad del IHSS"

➢ **<u>CARACTERISTICAS DE ENVASES:</u>**

EMPAQUE / ENVASE PRIMARIO:

- Debe ser inerte, debe aislar y proteger a medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.

- En el caso de los medicamentos que requieran **Envase Primario protegido de la luz**, se debe entender que este fabricado en un material que no permita el paso de la luz o este empacado en una caja individual; en el caso de ampollas y viales transparentes, que requieran protección a la luz, se aceptarán en empaques, máximo de 25 ampollas o viales, por caja (empaque secundario).

- **Las formas farmacéuticas liquidas: Las soluciones, suspensiones, jarabes, etc**.; 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.

- Los envases primarios cuyas presentaciones sean frascos, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal y en el caso de los secundarios (cajas, blíster o frasco), deberán tener los sellos de alta seguridad ya descritos de la etiqueta principal.

- **Formas farmacéuticas Semisólidas:** pomadas, ungüentos, cremas, gel deberán ser envasados en tubo de plástico o metal, sin deformaciones, ya que estas dan lugar a rupturas o grietas del envase; con **tapa de seguridad de manera que al enroscar la tapa se perfore el sello hermético del tubo.**

- **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.

- **Líquidos para uso Parenteral:** las ampollas deberán tener bien clara la marca para poder abrirla. 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).

- **Anestésicos de uso Odontológico:** deberán ser envasados en cartucho o tubito de vidrio y/o plástico no reactivo los cuales deberán ser colocados en un envase secundario de metal o plástico y deben contar con un sello de seguridad.

- **Formas farmacéuticas sólidas**: Las tabletas Orales, sublinguales, vaginales, óvulos, grageas, capsulas, perlas, etc. 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 etiquetado.

- En algunos casos especiales de tratamientos específicos técnicamente justificados se puede aceptar estas presentaciones en frascos cuyo contenido máximo será hasta 120 tabletas.

- Los medicamentos que se especifiquen **en blíster,** Utilizando 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 en las tiras, el **papel aluminio 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).

- Las cantidades que se especifiquen en tiras o blíster, no deberán ser mayores de treinta (30) tabletas, grageas o capsulas por empaque, con un máximo de 1,000 unidades por caja.

- Toda forma farmacéutica líquida que requiera presentación en **frasco gotero**, deberá tener tapón gotero ajustable al frasco de una sola pieza con gotero. Los **productos oftalmológicos** deberán ser envasados en frasco de plástico con sello de plástico adherido, el cual se desprende al abrirlo.

- 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.

- Se podrá aceptar un margen superior a lo establecido en las presentaciones líquidas, Orales, siempre y cuando se indique el correspondiente volumen en la etiqueta.

- Los productos que necesiten **refrigeración o condiciones especiales** de almacenamiento, deberán consignar esta información en los conocimientos de embarque o guías aéreas y en los empaques que los contengan de manera sobresaliente, comunicándose este hecho a los encargados de la recepción. De no ser así el IHSS no se responsabiliza de su deterioro.

- **EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO**

  - 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.
  - En el caso de ampollas y viales transparentes, en los que se requiera protección a la luz, se aceptarán en empaques secundarios, máximo de 25 ampollas o viales, por caja. (empaque secundario).

- **EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO**

  Es responsabilidad del Proveedor la definición de la estiba y de las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto.

  - Caja 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, sin riesgo de daño, sellado con cinta de embalaje u otros recursos necesarios que garanticen la integridad del contenido, conservación, transporte y almacenamiento.
  - Especificar el número de cajas que contiene el empaque terciario.
  - Especificar la cantidad de cajas que se pueden estibar por tarima.
  - El tamaño del empaque debe ser congruente con el contenido.
  - En caso de saldos (complementos) debe identificar claramente la caja que lo contenga.

ESPECIFICACION DE FORMULAS, VITAMINAS Y ELECTROLITOS:

ESPECIFICACIONES DE FORMULAS		
V06BA001	**PROTEÍNAS polvo Lata. Vía de Administración: Oral.**	
	COMPOSICIÓN MEDIA	**Por 1 medida 5 - 6 g**
	Rango de:	
	Proteínas	4g - 6g
	Grasas	0g- 1g
	Carbohidratos	0g - 1g
	con vitaminas y minerales	
	Latas de 250-300g	
V06CB019	**FORMULA DE SOYA polvo, 400-454g. Lata. Vía de Administración: oral**	
	COMPOSICIÓN MEDIA	**Por cada 100g de polvo**
	Proteínas	12g – 15g
	(aislado de proteína de soya)	
	Grasas	25g – 28g
	Hidratos de Carbono	47g - 56g
	con vitaminas y minerales	
	Presentación: Polvo, latas de 400 a 454g	
V06CB014	**FORMULA PARA PREMATURO polvo 370-400 g Lata. Vía de Administración: oral.**	
	COMPOSICIÓN MEDIA	**Por cada 100g de polvo**
	Proteínas	13g – 16g
	Grasas	23g- 29g
	Hidrato de Carbono	50g – 54g
	con vitaminas y minerales	
	Presentación: polvo, lata de 370 a 400g	

V06DB001	**FORMULA ELEMENTAL, BAJA EN RESIDUO** polvo, sobre 76g Vía de Administración: Oral.	
	COMPOSICIÓN MEDIA	**Por cada sobre**
	Proteínas	20% - 21%
	Grasas	13% - 14%
	Hidrato de Carbono	65% - 66%
	con vitaminas y minerales	
	Presentación: sobre 76g	

VITAMINAS

A11AA004	**VITAMINAS HIDROSOLUBLES + VITAMINAS LIPOSOLUBLES PARA NUTRICIÓN PARENTERAL EN ADULTOS. Polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco con o sin diluyente (agua estéril para inyección).**	
	Ácido Fólico	400 mcg
	Vitamina A (Retinol)	3300 UI (1mg)
	Vitamina B1 (Tiamina Clorhidrato)	3 a 4mg
	Vitamina B2 (5-fosfato sódico de Riboflavina)	3.6 mg
	Vitamina B3 (Niacinamida)	40 mg
	Vitamina B5 (Dexpantenol)	15 mg
	Vitamina B6 (Piridoxina Clorhidrato)	4 a 5 mg
	Vitamina B12 (Cianocobalamina)	5 mcg
	Vitamina C (Ácido Ascórbico)	100 mg
	Vitamina D (Ergocalciferol o Colecalciferol)	200 UI F.E.U (5mcg)
	Vitamina E (DL-Alfa Tocoferil Acetato)	10 UI F.E.U. (10 mg)
	Vitamina H (Biotina)	60 mcg

A11AA005	**VITAMINAS HIDROSOLUBLES + VITAMINAS LIPOSOLUBLES PARA NUTRICIÓN PARENTERAL EN NIÑOS. Polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable en frasco con o sin diluyente (agua estéril para inyección).**	
	Ácido fólico	140mcg,
	Vitamina A (Retinol)	2000 a 2300 unidades (0,6 a 0,7 mg)
	Vitamina B1 (Tiamina Clorhidrato)	1.2 mg
	Vitamina B2 (5-fosfato sódico de Riboflavina)	1.4 mg
	Vitamina B3 (Niacinamida)	17 mg
	Vitamina B5 (Dexpantenol)	5 mg
	Vitamina B6 (Piridoxina Clorhidrato)	1mg
	Vitamina B12 (Cianocobalamina)	1 mcg
	Vitamina C (Ácido Ascórbico)	80 mg
	Vitamina D (ergocalciferol o colecalciferol)	200 a 400 unidades F.E.U. (5 a 10 mcg)
	Vitamina E (dl-alfa tocoferil acetato)	7 unidades F.E.U. (7 mg)
	Vitamina H (Biotina)	20 mcg
	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	200 mcg

SECCION IV – FORMULARIOS Y FORMATOS

Índice de Formularios y Formatos

Formulario de Lista de Precios	1
Formulario de Información sobre el Oferente	1
Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio	1
Formulario de Presentación de la Oferta	1
Formulario de Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidad	1
Formulario de Declaración Jurada de Integridad	1
Formato de Contrato	1
Formato de Garantía de Mantenimiento de la oferta	1
Formato de Garantía de Cumplimiento	1
Formato de Garantía de Calidad	1
Aviso de Invitación	
Cuadro detalle presentación de muestras	
Formulario Declaración Jurada reposición	
Formulario de Autorización del Fabricante	
Formato de presentación oferta técnica	1

LISTA DE PRECIOS

NOTA: CADA OFERENTE DEBERA PRESENTAR SU OFERTA ECONOMICA EN FORMATO EN EXCELL EN UN DISPOSITIVO ELECTRONICO.

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
1	L01BB001	6-MERCAPTOPURINA 50mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**7,800**		
2	N02BE004	ACETAMINOFÉN (PARACETAMOL) 125-300mg supositorio. Vía de administración: Rectal.	SUP	**4,700**		
3	S01EC001	ACETAZOLAMIDA 250mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**480**		
4	M04AA002	ACICLOVIR 400mg capsula o tableta ranurada. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	**220,000**		
5	J05AB003	ACICLOVIR 200mg/5ml suspensión Oral frasco 100-125ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**2,500**		
6	S01AD001	ACICLOVIR 3% (equivalente a 30mg/ml) ungüento oftálmico tubo 5g con un adaptador/aplicador. Vía de administración: Oftálmica.	TUB	**600**		
7	B02AA001	ÁCIDO TRANEXAMICO 500mg/5ml solución inyectable ampolla. Vía de administración: Intravenosa.	AMP	**4,300**		
8	C01EB001	ADENOSINA 3mg/ml solución inyectable ampolla 2-4ml. Vía de administración: Intravenosa.	AMP	**144**		
9	B05BB003	AGUA DESTILADA ESTÉRIL para inyección frasco 50ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**10,000**		
10	P02CA005	ALBENDAZOL 200mg/5ml suspensión Oral frasco. Vía de administración: Oral.	FCO	**14,000**		
11	L01XE019	ALECTINIB (Clorhidrato) 150mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**13,440**		
12	B01AD002	ALTEPLASA 50mg polvo para reconstituir a solución inyectable, frasco. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**48**		
13	D08AB001	ALUMINIO (acetato) Fórmula de polvo 2-3g para solución, sobre. Vía de administración: Tópica.	SOB	**5,400**		
14	N04BB001	AMANTADINA (clorhidrato o sulfato) 100mg tableta o capsula. Vía de administración: Oral.	TAB-CAP	**32,400**		
15	J01GB001	AMIKACINA (sulfato) 250mg/ml solución inyectable frasco 2-4ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	**48,000**		

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
16	R03DA001	AMINOFILINA 250mg (25mg/ml) solución inyectable ampolla 10ml. Vía de Administración Intravenosa.	AMP	**1,700**		
17	N06AA001 ©	AMITRIPTILINA (clorhidrato) 25mg tableta ranurada. Vía de administración: Oral.	TAB	**500,000**		
18	J01CR005	AMOXICILINA (trihidrato) 400 mg + ACIDO CLAVULANICO (clavulanato de potasio) 57mg/5ml polvo para suspensión Oral frasco 50-70ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**48,000**		
19	J01CA001	AMOXICILINA (trihidrato) 250mg/5ml. Polvo para reconstituir a suspensión Oral frasco 100-120ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**19,000**		
20	L02BG001	ANASTROZOL 1mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**39,900**		
21	A03BA001	ATROPINA (sulfato) 1mg/ml solución inyectable, ampolla 1ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	**4,700**		
22	S01FA001	ATROPINA 1% (equivalente a 10mg/ml) solución Oftálmica frasco gotero. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	**144**		
23	L01BC007	AZACITIDINA 100mg polvo liofilizado, frasco. Vía de administración: Subcutánea.	FCO	**140**		
24	J01FA003	AZITROMICINA (dihidrato) 600mg/15ml (200mg/5ml) polvo para reconstituir a suspensión Oral frasco 15-25ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**10,000**		
25	R03BA001	BECLOMETASONA (dipropionato) 100mcg/disparo, solución aerosol para inhalación Oral frasco. 200 dosis Libre de CFC. Vía de administración: Inhalatoria.	FCO	**21,000**		
26	D10AE001	BENZOILO PERÓXIDO 5% gel cutánea tubo 40g. Vía de administración: Tópica.	TUB	**1,200**		
27	L01DC001	BLEOMICINA (sulfato) 15UI polvo liofilizado para reconstituir a solución Inyectable, frasco o ampolla de 5-10ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular, Subcutánea.	FCO-AMP	**176**		
28	L01XX002	BORTEZOMIB 3.5mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de administración: Intravenosa, Subcutánea.	FCO	**600**		
29	N01BB001	BUPIVACAINA 5mg/ml (equivalente a 0.5%) solución inyectable sin preservantes derivados del parabeno frasco 10-20ml. Vía de administración: EPIDURAL.	FCO-AMP	**3,600**		
30	N01BB002	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	FCO-AMP	**15,000**		

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
		ampolla. Vía de administración: Raquídea o Subaracnoidea.				
31	A12AA003	CALCIO (carbonato) que equivale a 600mg calcio elemental, tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**30,000**		
32	D05AX005	CALCIPOTRIOL (monohidrato) 50mcg + Betametasona (dipropionato) 0.5mg gel tópico frasco 30g. (antiseborreico, antisoriatico para piel cabelluda). Vía de administración: Tópica.	FCO	**2,500**		
33	D05AX003	CALCIPOTRIOL (monohidrato) 50mcg + Betametasona (dipropionato) 0.5mg ungüento tópico tubo 30g. Vía de administración: Tópica.	TUB	**4,200**		
34	A07BA001	CARBON ACTIVADO 50g polvo para reconstituir a solución Oral frasco. Vía de administración: Oral.	FCO	**120**		
35	J01DB001	CEFADROXILO (como monohidrato) 125mg 250mg/5ml polvo para suspensión oral frasco 60-100ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**6,000**		
36	B01AC005	CILOSTAZOL 100mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**37,000**		
37	S03AA005	CIPROFLOXACINA 0.3% otico frasco gotero (Como clorhidrato). Vía de administración: Ótica.	FGT	**1,400**		
38	G03HB001	CIPROTERONA (como acetato) + ETINILESTRADIOL 2mg + 0.035mg respectivamente tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**60,000**		
39	N06BC001	CITRATO DE CAFEÍNA 20mg/ml (equivalente a 10mg cafeína base/ml) solución inyectable ampolla. Vía de administración: Intravenosa.	AMP	**360**		
40	J01FA004	CLARITROMICINA 250mg/5ml polvo para reconstituir a suspensión Oral frasco con capacidad para reconstituir a 50-60ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**6,000**		
41	J01FA005	CLARITROMICINA 500mg tableta o capsula. Vía de administración: Oral.	TAB-CAP	**100,000**		
42	J01FF001	CLINDAMICINA (clorhidrato) 300mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**280,000**		
43	J01FF003	CLINDAMICINA (cloruro palmitato) polvo para suspensión Oral 75mg/5ml frasco 100-120ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**900**		
44	G01AA001	CLINDAMICINA (sal fosfato) 2% crema vaginal con aplicador tubo 35-40g. Vía de administración: Vaginal.	TUB	**15,000**		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
45	N05BA002 ©	CLORDIAZEPOXIDO+CLIDINIO (bromuro) 5mg + 2.5mg respectivamente tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**26,000**		
46	R06AB001	CLORFENIRAMINA (maleato) 2mg/5ml solución Oral frasco 120ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**34,500**		
47	N02AA001 ©	CODEINA (FOSFATO) + ACETAMINOFEN 30 mg + 500 mg respectivamente, capsula o tableta. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	**29,000**		
48	G03XA001	DANAZOL 200mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**6,000**		
49	L01XE010	DASATINIB 100mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**1,800**		
50	H01BA001	DESMOPRESINA (acetato) 0.1mg/ml solución nasal frasco gotero 6ml. Vía de administración: Nasal	FGT	**24**		
51	M01AE001	DEXKETOPROFENO (trometamol) 50mg (25mg/ml) solución inyectable ampolla 2ml. Vía de administración: Intramuscular, Intravenosa.	AMP	**150,000**		
52	B05BA010	DEXTROSA 50% solución inyectable bolsa o frasco 50ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**9,800**		
53	S01BC002	DICLOFENACO (sódico) 0.1% solución Oftálmica frasco gotero 5-10ml. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	**3,400**		
54	J01CF001	DICLOXACILINA (sódica) 250mg/5ml polvo para suspensión Oral frasco 80ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**6,000**		
55	R06AA002	DIFENHIDRAMINA (clorhidrato) 12.5mg/5ml (2.5mg/ml) solución Oral frasco 100-120ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**20,000**		
56	C01AA002	DIGOXINA 0.25mg tableta ranurada. Vía de administración: Oral.	TAB	**20,000**		
57	C01AA003	DIGOXINA 0.25mg/ml (0.5mg/2ml) solución inyectable ampolla 2ml. Vía de administración: Intravenosa	AMP	**600**		
58	A04AD002	DIMENHIDRINATO 50mg/ml solución inyectable frasco o ampolla de 1ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO-AMP	**34,000**		
59	L04AA002	EVEROLIMUS 5mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**540**		
60	B02BD007	FACTOR VII activado recombinante 1mg (que equivale a 50kui/ Vial) polvo y solvente para solución inyectable eptacog alfa. Vehículo CBP 1ml. Frasco ámpula con diluyente contiene 2.1ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**144**		
61	N07XX002	FAMPRIDINA 10mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**2,016**		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
62	N03AB003	FENITOINA (sódica) 50mg/ml solución inyectable frasco o ampolla de 2-5ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular. Sinónimo: Difenilhidantoina sódica	FCO-AMP	**13,000**		
63	J02AC001	FLUCONAZOL 150mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**48,000**		
64	L01BC009	FLUOROURACILO 500mg (50mg/ml) solución inyectable frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**900**		
65	N06AB005	FLUOXETINA (clorhidrato) 20mg cápsula ó tableta. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	**1,100,000**		
66	V06CB019	FORMULA DE SOYA polvo, 400-454g lata. Vía de administración: Oral.	LAT	**11,208**		
67	V06DB001	FORMULA ELEMENTAL, BAJA EN RESIDUO polvo, sobre 76g. Vía de administración: Oral.	SOB	**3,360**		
68	V06CB014	FORMULA PARA PREMATURO polvo 370-400g lata. Vía de administración: Enteral.	LAT	**528**		
69	C03CA001	FUROSEMIDA 10mg/ml solución inyectable frasco o ampolla de 2ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO-AMP	**85,000**		
70	D09AA001	FUSIDATO (sódico) 2% Sobre de 10 gasas impregnadas 10 x 10cm. Vía de administración: Tópica.	GSA	**45,000**		
71	L01BC008	GEMCITABINA 1g polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**600**		
72	L01BC005	GEMCITABINA 200mg polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**720**		
73	J01GB006	GENTAMICINA (como sulfato) Base 40mg/ml solución inyectable frasco o ampolla 2ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO-AMP	**20,000**		
74	L04AB006	GOLIMUMAB 50mg/0.5ml solución inyectable en Jeringa precargada. Vía de administración: Subcutánea.	JRP	**36**		
75	H02AB003	HIDROCORTISONA (succinato sódico) 500mg polvo estéril para reconstitución a solución inyectable frasco 4ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	**41,000**		
76	S03CA001	HIDROCORTISONA 10mg + NEOMICINA (sulfato) 3.5mg + POLIMIXINA B 10,000U, suspensión Ótica, frasco gotero 10-15ml. Vía de administración: Ótica.	FGT	**15,000**		
77	S01XA004	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 2mg/10g gel tubo 10g. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	**2,500**		

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
78	B03AD001	HIERRO AMINOQUELADO 30mg hierro elemental + 250mcg de ácido fólico /5ml solución Oral frasco 120-150ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**35,000**		
79	L01XE016	IBRUTINIB 140mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**12,960**		
80	M01AE007	IBUPROFENO 100mg/5ml suspensión Oral frasco 100-120ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**39,600**		
81	N06AA002 ©	IMIPRAMINA (clorhidrato) 25mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**36,000**		
82	L04AB005	INFLIXIMAB 100mg polvo para concentrado para solución para perfusion frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**444**		
83	A10AE001	INSULINA DETEMIR (ADN RECOMBINANTE) 100U/ml, dispositivo prellenado con 3ml de solución. Vía de administración: Subcutánea.	JRP	**7,800**		
84	L03AB008	INTERFERÓN BETA - 1a 30microgramos/ 0.5ml (equivalente a 6 millones de UI) solución inyectable en jeringa prellenada. Vía de administración: Intramuscular.	JRP	**3,200**		
85	J02AC003	ITRACONAZOL 100mg capsula con microgránulos. Vía de administración: Oral.	CAP	**4,800**		
86	C01EB004	IVABRADINA clorhidrato 5mg comprimido recubierto. Vía de administración: Oral.	TAB	**72,800**		
87	D02AF001	JABÓN DE AZUFRE Y ACIDO SALICÍLICO 10% + 3% respectivamente, pan. Vía de administración: Tópica.	PAN	**27,000**		
88	D03AX002	KETANSERINA 2% gel, tubo 70-80g. Vía de administración: Tópica.	TUB	**1,000**		
89	L01XX006	L.ASPARAGINASA 10,000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	**660**		
90	N03AX010	LACOSAMIDA 200mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**20,400**		
91	A06AD003	LACTULOSA 10g/15ml solución Oral frasco 200-240ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**33,000**		
92	L04AX008	LENALIDOMIDA 10mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**1,764**		
93	L04AX007	LENALIDOMIDA 25mg capsula recubierta. Vía de administración: Oral.	CAP	**2,499**		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
94	N03AX006	LEVETIRACETAM 100mg/ml, solución Oral frasco 150-300ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**5,000**		
95	N04BA002	LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA 25mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**200,000**		
96	G03AA002	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 0.15mg + 0.03mg respectivamente tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**199,500**		
97	N01BB015	LIDOCAÍNA (clorhidrato) 5 % solución tópica Oral frasco de polietileno con bomba dosificadora para spray frasco 30ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**800**		
98	N01BB013	LIDOCAINA 2 % / EPINEFRINA 1:100,000 solución inyectable, CRT 1.8 ml. Vía de administración: Bucal	CRT	**42,000**		
99	N01BB003	LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 1:200000 solución inyectable, sin preservante derivados del parabeno frasco 50ml. Vía de administración: Intramuscular, Subcutánea, Intratecal.	FCO	**1,500**		
100	N05AN002	LITIO (carbonato) 300mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**19,000**		
101	R06AX002	LORATADINA 5mg/5ml (1mg/ml) solución oral frasco 100-120ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**48,000**		
102	G03AC002	MEDROXIPROGESTERONA (acetato) 10mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**3,600**		
103	N01BB008	MEPIVACAINA (clorhidrato) 3% (30mg/ml) solución inyectable cartucho 1.8ml. Vía de administración: Intrabucal.	CRT	**14,000**		
104	A10BA003	METFORMINA (clorhidrato) 1000mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**7,205,000**		
105	A10BD002	METFORMINA + SITAGLIPTINA 1000-50 mg tableta recubierta respectivamente. Vía de administración: Oral.	TAB	**2,735,000**		
106	G02AB001 ©	METILERGOMETRINA O ERGONOVINA (maleato) 0.2mg/ml solución inyectable ampolla 1ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	**3,400**		
107	H02AB004	METILPREDNISOLONA (acetato) 40mg/ml suspensión inyectable frasco 1ml. Vía de administración: Intramuscular, Intraarticular.	FCO	**6,600**		
108	G01AF003	METRONIDAZOL 0.75% gel vaginal tubo 40g.incluyendo 7 aplicadores. Vía de administración: Vía de administración: Vaginal.	TUB	**13,000**		
109	L04AA007	MICOFENOLATO (mofetilo) 500mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**276,000**		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
110	N05CD002 ©	MIDAZOLAM (clorhidrato) 1mg/ml solución inyectable ampolla 5ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	**8,000**		
111	R03DC006	MONTELUKAST (como sal sódica) 4mg tableta masticable. Vía de administración: Oral.	TAB	**27,000**		
112	S01AE001	MOXIFLOXACINA 0.5% (equivalente a 5mg/ml) de Moxifloxacina frasco gotero de 10-15ml. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	**240**		
113	L04AA011	NATALIZUMAB 300mg (20mg/ml) concentrado para solución para Infusión frasco 15ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**520**		
114	C08CA005	NIFEDIPINA 20mg capsula o tableta y/o liberación prolongada. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	**1,200,000**		
115	C08CA007	NIMODIPINA 30mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**44,000**		
116	C01DA004	NITROGLICERINA (trinitrato de glicerilo) 5mg/ml solución inyectable frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**445**		
117	G03AA005	NORETISTERONA (enantato) + ESTRADIOL (valerato) 50mg + 5mg solución inyectable ampolla de 1mL o jeringa prellenada de 1ml. Vía de administración: Intramuscular.	AMP-JRP	**900**		
118	L01XC014	OBINUTUZUMAB 1000 mg/40ml. Concentrado para perfusión, Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**3**		
119	L04AA016	OCRELIZUMAB 300mg concentrado para solución para perfusion frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**160**		
120	L01XK001	OLAPARIB 150mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**672**		
121	S01AA002	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	**9,000**		
122	L01CD004	PACLITAXEL 6mg/ml (equivalente a 150mg/25ml) solución inyectable frasco 25ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**1,020**		
123	L01CD009	PACLITAXEL unido a proteína de albúmina 5mg/ml polvo para suspensión inyectable 100mg frasco. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**455**		
124	L01XC018	PEMBROLIZUMAB 100mg solución estéril para infusión frasco de 4ml, Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**18**		
125	J01CE004	PENICILINA G CRISTALINA 1,000.000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	**8,500**		

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
126	C04AD003	PENTOXIFILINA 400mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**250,000**		
127	L04AX011	POMALIDOMIDA 4mg cápsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**147**		
128	S01BA003	PREDNISOLONA (acetato) 1% gotas Oftálmicas frasco gotero 5ml. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	**500**		
129	H02AB007	PREDNISOLONA (fosfato sódico de prednisolona) 15mg/5ml solución Oral frasco 60ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**30,000**		
130	G03DA005	PROGESTERONA MICRONIZADA 100mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**30,000**		
131	H03BA001	PROPILTIOURACILO 50 mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**198,000**		
132	V03AB004	PROTAMINA (clorhidrato) 71mg/5ml solución inyectable ampolla. Vía de administración: Intravenosa.	AMP	**60**		
133	V06BA001	PROTEÍNAS polvo lata. Vía de administración: Oral.	LAT	**1,440**		
134	N05AH003	QUETIAPINA (Fumarato) 300mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**174,000**		
135	N05AH004	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta de liberación prolongada. Vía de administración: Oral.	TAB	**132,000**		
136	L01XE011	REGORAFENIB 40mg tableta recubierta. Vía de administración: Oral.	TAB	**9,072**		
137	C02KX004	RIOCIGUAT 1.5mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	**7,560**		
138	M09AX001	RISDIPLAM 0.75mg/ml polvo para reconstituir a solución oral frasco de 80ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**24**		
139	N05AX002	RISPERIDONA 3mg tableta recubierta ranurada. Vía de administración: Oral.	TAB	**65,000**		
140	N06DA004	RIVASTIGMINA 9,5mg parche Transdermico de 10cm2, Vía de administración: Transdermica.	PCH	**9,000**		
141	L04AC006	SECUKINUMAB 150mg solución inyectable jeringa precargada. Via de administracion: Subcutánea.	JRP	**28**		
142	N01AB002 ©	SEVOFLURANO 100 % v/v solución inhalante frasco. 250 ml. Vía de administración: Inhalatoria. Incluir vaporizador	FCO	**2,400**		
143	C02KX001	SILDENAFIL 50mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**53,500**		
144	B05XA009	SODIO (cloruro) 0.9% solución inyectable isotónica bolsa 3000ml. Vía de administración: Intravenosa.	BOL	**18,000**		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
145	B05XA011	SODIO (cloruro) 20% solución inyectable ampolla 10ml. Vía de administración: Intravenosa.	AMP	**900**		
146	B05XA010	SODIO (cloruro) 3% solución inyectable bolsa 250ml. Vía de administración: Intravenosa.	BOL	**18,000**		
147	J01EC001	SULFADIAZINA 500mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**4,300**		
148	L01XE007	SUNITINIB (Maleato) 12.5.mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**2,688**		
149	L01XE005	SUNITINIB (Maleato) 25mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**2,688**		
150	L01XE006	SUNITINIB (Maleato) 50mg capsula. Vía de administración: Oral.	CAP	**3,024**		
151	L04AD001	TACROLIMUS (Sal Monohidrato) 1mg cápsula de liberacion prolongada. Vía de administración: Oral.	CAP	**72,000**		
152	L04AX004	TALIDOMIDA 100mg tableta.Vía de Administración: Oral.	TAB	**1,440**		
153	S01HA001	TETRACAINA 0.5% (0.5mg/ml) gotas Oftálmicas frasco gotero 10ml. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	**150**		
154	J01AA004	TIGECICLINA 50mg Polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco 5ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**1,920**		
155	S01ED001	TIMOLOL (maleato) 0.5% (equivalente a 5mg/ml) solución Oftálmica frasco gotero. Vía de administración: Oftálmica.	FGT	**3,400**		
156	L04AA018	TOFACITINIB 11mg tableta de liberacion prolongada. Vía de administración: Oral	TAB	**360**		
157	G04BD001	TOLTERODINA (tartrato) 2mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**48,000**		
158	N02AX003 ©	TRAMADOL (clorhidrato) 50mg/ml solución inyectable ampolla 2ml. Vía de administración: Intravenosa, Intramuscular.	AMP	**95,000**		
159	L01XC011	TRASTUZUMAB EMTANSINA 100mg (20mg/ml) polvo para concentrado para solución para perfusion frasco 5ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**900**		
160	J01EE001	TRIMETOPRIMA CON SULFAMETOXAZOLE 40+200 mg/5ml. suspensión Oral frasco 120ml. Vía de administración: Oral.	FCO	**13,000**		
161	S01FA003	TROPICAMIDA 0.5 -1% + CLORHIDRATO DE FENILEFRINA 5% solución Oftálmica frasco gotero 5-15ml. Vía de administración: Oftálmica.	FCO	**132**		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS
162	N03AG002	VALPROATO (sódico) 500mg (100mg/ml) solución inyectable ampolla 5ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**500**		
163	N06AX006	VENLAFAXINA (como clorhidrato) 150mg cápsula ó tableta de liberación extendida. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	**156,000**		
164	N06AX003	VENLAFAXINA (como clorhidrato) 75mg cápsula ó tableta de liberación extendida. Vía de administración: Oral.	CAP-TAB	**132,000**		
165	L01CA001	VINBLASTINA (sulfato) 10mg polvo estéril para reconstituir a solución inyectable o Solución inyectable frasco 10ml. Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**336**		
166	A11DA001	VITAMINA B1 (TIAMINA) (clorhidrato) 100mg tableta. Vía de Administracion Oral.	TAB	**1,000,000**		
167	A11HA001	VITAMINA B6 (piridoxina clorhidrato) 50mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**126,000**		
168	A11AA004	VITAMINAS HIDROSOLUBLES + VITAMINAS LIPOSOLUBLES PARA NUTRICIÓN PARENTERAL EN ADULTOS. Polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco, con o sin diluyente (agua estéril para inyección). (Ver anexo). Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**480**		
169	A11AA005	VITAMINAS HIDROSOLUBLES + VITAMINAS LIPOSOLUBLES PARA NUTRICIÓN PARENTERAL EN PEDIATRÍA. Polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable frasco, con o sin diluyente (agua estéril para inyección). (Ver anexo). Vía de administración: Intravenosa.	FCO	**600**		
170	A11AA006	VITAMINAS Y MINERALES PRENATALES Hierro Elemental 60mg + ácido fólico 0.4-1mg, (400mcg - 1000mcg) con o sin calcio, flúor, Vitamina A 5000UI, Vitamina D 250UI y otras vitaminas y minerales. La concentración máxima de vitamina A y D no debe exceder de Vitamina A 5000UI, Vitamina D 250U capsula o tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**2,000,000**		
171	N06AX004	VORTIOXETINA 10mg tableta. Vía de administración: Oral.	TAB	**4,500**		
172	A12CB001	ZINC (sulfato) 2mg/ml Solución oral frasco resistente a la luz de 100ml-120ml. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala ml o cc,Vía de administración: Oral.	FCO	**15,000**		

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

PARTIDA	CODIGO SAP	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	U.P	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO LEMPIRAS	TOTAL EN LEMPIRAS

<u>Los precios deberán presentarse en Lempiras y únicamente con dos decimales</u>.

<u>El valor total de la oferta no deberá comprender los impuestos sobre ventas, en los que aplique, ya que el IHSS está exento de ellos</u>

Nombre del Oferente [indicar el nombre completo del Oferente] Firma del Oferente [firma de la persona que firma la Oferta] Fecha [Indicar Fecha], en cada una de las páginas.

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: (indicar el número del proceso CD)

Página de página

1.- Nombre del Jurídico del Oferente (Indicar el nombre jurídico del Oferente)

2.- Si se trata de Un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: (Indicar el nombre jurídico De cada miembro del Consorcio).

3.- País donde está constituido o incorporado el oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse (Indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse).

4.- Año de constitución o incorporación del oferente (indicar el año de constitución o incorporación del Oferente)

5.- Dirección Jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado (indicar La dirección jurídica del oferente en el país donde está constituido o incorporado)

6.- Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: Indicar el nombre del Representante autorizado) Dirección: (Indicar la dirección del representante autorizado) Número de Teléfono:
Dirección del Correo Electrónico.

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Formulario de Información sobre los Miembros delConsorcio (Cuando Aplique)

[El Oferente y cada uno de sus miembros deberá completar este formulario de acuerdo conlas instrucciones indicadas a continuación]

Fecha: [*Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*
CD No.*: [indicar el número del proceso CD]*

Página ____ de ____ páginas

1. Nombre jurídico del Oferente *[indicar el nombre jurídico del Oferente]*
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio *[indicar el Nombre jurídico del miembro delConsorcio]*
3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio *[indicar elnombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]*
4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: *[indicar el año deconstitución o incorporación del miembro del Consorcio]*
5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: *[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde estáconstituido o incorporado]*
6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]* Números de teléfono y facsímile*: [[indicar los números de teléfono y facsímile delrepresentante autorizado del miembro del Consorcio]* Dirección de correo electrónico: *[[indicar la dirección de correo electrónico delrepresentante autorizado del miembro del Consorcio]*
7. Copias adjuntas de documentos originales de: *[marcar la(s) casillas(s) de los documentosadjuntos]* ˆ Estatutos de la Sociedad de la empresa de conformidadcon las Sub cláusulas 09.1 de la IO-09. ˆ Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomíajurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales, de conformidad con la Sub cláusula 09.1, 09.2, 09.03 y 09.4 de la IO-09.

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Formulario de Presentación de la Oferta

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No sepermitirán alteraciones a este formulario ni se aceptarán substituciones.]

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*
Contratación Directa *[indicar el número del proceso* No.: *[indicar el No. del Llamado]*

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 susEnmiendas Nos. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];*

(b) Ofrecemos proveer los siguientes Bienes 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 bienes];*

(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];*

N°	CONCEPTO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1					
2					
				OFERTA TOTAL	

Los precios deberán presentarse en lempiras y únicamente con dos decimales.El valor de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes

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

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

Descuentos. Si nuestra oferta es aceptada, los siguientes descuentos serán aplicables: *[detallarcada 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 lasiguiente 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 Cumplimientodel Contrato de conformidad con la Cláusula CC-07 de las condiciones de contratación;

(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) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados enrelación con el proceso de esta contratación directa o ejecución del Contrato: [indicar el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisióno gratificación y la cantidad y moneda de cada dicha comisión o gratificación]

Nombre del Receptor	Dirección	Concepto	Monto

(Si no han sido pagadas o no serán pagadas, indicar “ninguna”.)

(i) 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.

(j) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja nininguna 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]*

El día _____ del mes del año *[Indicar la fecha de la firma]*

Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidades

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. _____ actuando en mi condición de representante legal de ____(Indicar el Nombre de la Empresa Oferente / En caso de Consorcio indicar 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 miembros del Tribunal Supremo

Electoral, el Procurador y Subprocurador General de la República, los magistrados del Tribunal Superior de Cuentas, el Director y Subdirector General Probidad Administrativa, 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).

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 438.- RECEPTACIÓN. Quien, con ánimo de lucro y conocimiento de la comisión de un delito en el que no haya participado ni como autor ni como cómplice, ayuda a los responsables a aprovecharse de los bienes o efectos procedentes del mismo, o recibe, adquiere u oculta tales efectos, debe ser castigado con la pena que corresponda al delito del que proceden los bienes o efectos, rebajada en un tercio (1/3). ARTÍCULO 439.-41 LAVADO DE ACTIVOS. Incurre en lavado de activos quien por si o por interpósita persona, adquiera, convierta, invierta, posea, utilice, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, conserve, traslade, oculte, dé apariencia de legalidad 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 los delitos de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de personas o armas de fuego, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros, secuestro, chantaje, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, malversación de caudales públicos, cohecho, tráfico de influencias, delitos contra la propiedad intelectual e industrial, el patrimonio cultural, explotación sexual y pornografía infantil, urbanísticos y contrabando, cometidos por él o por un tercero. Las conductas descritas en el párrafo anterior deben ser castigadas conforme a las reglas siguientes: 1) Cuando el valor de los activos objeto de lavado no sea superior a Dos Millones de Lempiras (L2,000,000), se deben imponer las penas de prisión de cinco (5) a ocho (8) años y multa igual al cincuenta por ciento (50%) de dicho valor; 41 Artículo 439. Reformado por Decreto No.93-2021 de fecha 7 de octubre de 2021 y publicado en el Diario Oficial La Gaceta No.35,760 del 1 de noviembre de 2021. 2) Cuando el valor de los activos objeto del lavado sea superior a Dos Millones de Lempiras (2,000,000) y no exceda los Cinco Millones de Lempiras (5,000,000), se deben imponer las penas de prisión de ocho (8) a diez (10) años y multa igual al cien por ciento (100%) de dicho valor; y 3) Cuando el valor de los activos objeto de lavado sea superior a Cinco Millones de Lempiras (5.000,000), se deben imponer las penas de prisión de diez (10) a trece (13) años y multa igual al ciento cincuenta por ciento (150%) de dicho valor. Las penas establecidas en los numerales anteriores, se deben rebajar a la mitad cuando se trate de posesión o utilización de bienes sin título por parte de personas unidas por relación personal o familiar con el responsable del hecho. Las penas anteriores se deben aumentar en un cuarto (1/4) en los casos siguientes: 1) Cuando los bienes o activos proceden de delitos relativos al tráfico de drogas, terrorismo, extorsión o delitos de explotación sexual; 2) Cuando la actividad de lavado de activos se realiza a través de un grupo delictivo organizado. Si el responsable es promotor, jefe, dirigente o cabecilla del grupo delictivo organizado, la pena se debe aumentar en un tercio (1/3); o, 3) Cuando el responsable es profesional del sector financiero o no financiero designado, bursátil o bancario en el ejercicio de su profesión, o funcionario o empleado público en el ejercicio de su cargo. En estos casos se debe imponer, además, la pena de inhabilitación absoluta por el doble del tiempo de la pena de prisión. ARTÍCULO 440.- LAVADO

www.ihss.hn
@IHSSHonduras

DE ACTIVOS IMPRUDENTE. Si los hechos a los que se refiere el artículo anterior se realizan por imprudencia grave, el responsable debe ser castigado con la pena de prisión de uno (1) a cinco (5) años y multa de doscientos (200) a quinientos (500) días. ARTÍCULO 441.- PUNICIÓN DE ACTOS PREPARATORIOS. La conspiración, proposición o provocación para cometer delito de lavado de activos debe ser castigada con la pena correspondiente reducida en dos tercios (2/3). ARTÍCULO 442.- TESTAFERRATO. Quien. Presta su nombre en actos o contratos reales o simulados, de carácter civil o mercantil, que se refieran a la adquisición, transferencia o administración de bienes que procedan directa o indirectamente de cualquiera de las actividades referidas en el delito de lavado de activos, debe ser castigado con las penas de prisión de cinco (3) a ocho (8) años y multa de doscientos (200) a quinientos (500) días. ARTÍCULO 443. INFIDENCIA. Los sujetos obligados, conforme a la legislación de prevención del lavado de activos, que ponen en conocimiento de persona alguna el hecho de que una información haya sido solicitada por las autoridades competentes o proporcionada a la misma, deben ser castigados con la pena de prisión de uno (1) a tres (3) años. En el mismo delito incurren los directores, propietarios o representantes de hecho o de derecho de las instituciones obligadas, que infringen la expresada prohibición. ARTÍCULO 444.-42 Derogado. ARTÍCULO 445.- EXTENSIÓN DE LA JURISDICCIÓN. El responsable del delito de lavado debe ser igualmente castigado aunque el delito del que provienen los bienes o los actos penados a los que se refieren los artículos anteriores haya sido cometido, total o parcialmente en el extranjero. ARTÍCULO 446.- PENALIDAD. Las penas previstas en este título se deben imponer sin perjuicio de las que correspondan por los delitos que originan los activos objeto de lavado.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán, a los días del mes de del 2022.

www.ihss.hn
@IHSSHonduras

Formulario Declaración Jurada de Integridad

YO_____, Mayor de edad, de EstadoCivil____, 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 orientas a que los funcionarios o empleados involucrados en elpresente 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 seanconstitutivas 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 ycircunstancias, 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 perjudicaro 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 intenciónde 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 losinvestigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una prácticacorrupta, fraudulenta, cohersiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte paraimpedir 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 derechosdel Estado.

4.- Así mismo declaro que entiendo que las acciones antes mencionadas son ilustrativas y no limitativas de cualquier otra acción constitutiva de delito o contraria al derecho en perjuicio del patrimonio del Estado de Honduras; por lo que expreso mi sumisión a la legislación nacional vigente.

5.- Declaro que me obligo a regir mis relaciones comerciales con las Instituciones de Estado de Honduras bajos los principios de la buena fe, la transparencia y la competencia leal cuando participen en procesos de licitaciones, contrataciones, concesiones, ventas, subastas de obras o concursos.

6.- Declaro que mi representada no se encuentra en ninguna lista negra o en la denominada lista Clinton (o cualquier otra que la reemplace, modifique o complemente), en la lista Engel, ni que haber sido agregado enla 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

www.ihss.hn
@IHSSHonduras

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 Nº_____

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

Garantía de Cumplimiento

GARANTIA DE CUMPLIMIENTO Nº: _____

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 Nº: _____

FECHA DE EMISION: _____

GARANTIZADO: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar la **CALIDAD** del **SUMINISTRO**, 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

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

CONTRATO CONTRATACIÓN LICITACIÒN PÙBLICA NACIOAL No.LPN-048-2022 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)" SUSCRITO CON LA EMPRESA xx No-xxxx

Nosotros **JOSE GASPAR RODRIGUEZ,** mayor de edad, Doctor en Nefrólogo Pediatra, hondureño con Tarjeta de Identidad Nº y de este domicilio, actuando en mi condición de Director Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), entidad con Personería Jurídica creada mediante Decreto Legislativo Nº xx de fecha xx de mayo de xxx, publicado en La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras, con fecha x de julio de 1959 y nombrado mediante Resolución xxxxx de fecha xx de xxxx del 2022, de la Junta Directiva del IHSS, conforme a las atribuciones otorgadas, con Oficinas Administrativas en el Barrio Abajo de Tegucigalpa, con R.T.N. Nº08019003249605, quien para los efectos de este Contrato se denominará **"EL INSTITUTO"** y por otra parte__xxxxx hondureño, mayor de edad,____, _____y de este domicilio con dirección en xxxxx_, con número de celular _____, y correo electrónico, xxxxxxx actuando en su calidad de Gerente General y Representante Legal de la **SOCIEDAD_.**, según consta en poder de administración otorgado a su favor mediante Instrumento Público número ____del _____de___de _____, ante los oficios del notario_____.; inscrito bajo el tomo ___, numero__ del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil de ____; RTN No_____en adelante denominado **"EL PROVEEDOR "**, hemos convenido celebrar como al efecto celebramos el presente **CONTRATO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)" ,** bajo las condiciones y cláusulas siguientes: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO**: Manifiesta el Doctor **JOSE GASPAR RODRIGUEZ,** en su condición antes indicada que mediante Resolución xxx. No. de fecha_____, la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social autorizó la recomendación de la comisión evaluadora para la Adjudicación de la Compra Directa Nº CD-009-2022 **"Adquisición de Medicamentos para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)"** a favor de la **EMPRESA MERCANTIL,** por haber cumplido con la presentación de la documentación legal y técnica y haber presentado precio más bajo y conforme a precios de mercado; **SEGUNDA:** Resultado de este proceso de Compra Directa Nº CD-009-2022 se adjudicó al PROVEEDOR las partidas de medicamentos siguientes:**, TERCERA**: **VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** el valor de todos los medicamentos a suministrar por "EL PROVEEDOR, identificados en la cláusula anterior, asciende a la suma de L. xxx valor que no incluye impuesto sobre ventas, desglosado así:

Pda	Descripción de Medicamento	U.P	CANTIDAD A COMPRAR	Precio Unitario	Total
1					
2					

El valor del contrato será pagado en Lempiras, con recursos propios disponibles en el presupuesto del "INSTITUTO" para el año

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

fiscal de 2023, del régimen de Servicios de Salud, se harán pagos parciales en moneda nacional (Lempiras) de acuerdo a la recepción de medicamentos adjudicados, conforme plan de entregas ofertado y aceptado. El proveedor requerirá el pago al "INSTITUTO" y adjuntará a la solicitud la factura a nombre del Instituto Hondureño de Seguridad Social, acta de recepción provisional de los productos recibidos firmada por Almacén Central del IHSS, Departamento de Control de Bienes y Representante del proveedor, copia de contrato y copia de Garantía de Cumplimiento y de calidad por cada entrega; **CUARTA** : **PRECIO A QUE SE SUJETA EL CONTRATO**; el precio o valor del contrato incluido en la Cláusula Tercera 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". **QUINTA: 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 materiales o productos ocasionados para los suministros contratados, correrán a cuenta de "EL PROVEEDOR " sin ninguna responsabilidad pecuniaria para el "INSTITUTO"; **SEXTA: PLAZO DE ENTREGA**; "EL PROVEEDOR " se compromete a entregar a satisfacción del "INSTITUTO" los medicamentos objeto del contrato, iniciando la entrega de los mismos conforme plan de entregas y cantidades indicadas en la oferta presentada para cada partida adjudicada así: Partida No xxx días calendarios después de recibir la orden de compra, . **"EL PROVEEDOR"**, deberá comunicar por escrito y por lo menos con dos (2) días calendario de anticipación, al Jefe de Almacén Central del IHSS, la fecha desde la cual tiene a disposición los productos para ser entregados, en observación a plazos ofertados y adjudicados;

No.	Descripción de Medicamento	U.P	CANTIDAD A COMPRAR	PRIMERA ENTREGA 25%	SEGUNDA ENTREGA 25%	TERCERA ENRTREGA 25%	CUARTA ENTREGA 25%
				Inmediato hasta 30 días calendarios después de la recepción de la ORDEN DE COMPRA	Hasta 60 días Calendario después de la recepción de la ORDEN DE COMPRA	Hasta 90 días Calendario después de la recepción de la ORDEN DE COMPRA	Hasta 120 días Calendario después de la recepción de la ORDEN DE COMPRA
1							
2							

SEPTIMA : Condiciones Técnicas: Para la recepción de los medicamentos , se deberá dar cumplimiento a las condiciones técnicas solicitadas en la base y que forman parte de este contrato, las que deberán ser verificadas por personal del almacén central; cuando se entreguen productos con vencimiento menor al solicitado, EL PROVEEDOR presentará un **Carta Compromiso de Reposición** al Almacén Central del IHSS con copia a la Gerencia Administrativa y financiera del IHSS, comprometiéndose a reponer o reemplazarlos, con períodos de expiración igual al solicitado en el documento base, según

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

corresponda, período contado

a partir de la fecha de recepción. Así mismo se deberán reponer antes de su fecha de expiración siguiendo el procedimiento administrativo vigente establecido por el IHSS. El manejo y disposición final del medicamento que resulte vencido en las instalaciones del IHSS, que se haya entregado con carta de compromiso, correrá por cuenta del proveedor una vez finalizada las acciones administrativas correspondientes. En caso de no cumplir con la reposición en el plazo y condiciones que se le indiquen se considerara incumplimiento de contrato y se deducirá su monto de cualquier pago pendiente que tenga en el IHSS:, **OCTAVA** : **GARANTIA DE LOS BIENES:** El período mínimo de caducidad de los suministros será no menor a veinte cuatro (24) y dieciocho (18) meses, según corresponda, contados a partir de la fecha de entrega en el almacén central del IHSS.- Cuando por cualquier causa le sean rechazados los productos que presenten para su recepción, **"EL PROVEEDOR"** deberá reponerlos en las cantidades que correspondan y conforme a las especificaciones técnicas exigidas en un plazo no mayor a siete días calendario posteriores a la fecha en que el Almacén de **"EL INSTITUTO"**, comunique por escrito el rechazo de los suministros **;** cuando las cantidades no sean completas según lo que corresponda, se le otorgara un plazo de siete días calendario para completar la entrega, caso contrario se le aplicara la multa que corresponda por cada día de atraso**; NOVENA: REEMPLAZO DE SUMINISTROS DEFECTUOSOS**; los defectos en los suministros serán cubiertos por "EL PROVEEDOR ", sin costo alguno para "EL INSTITUTO", en caso de que los suministros no se hallen en estado de ser recibidos, por defectos o averías visibles, o cuando ocurran faltantes o cualquier otra razón calificada se hará constar esta circunstancia en el Acta de recepción provisional parcial, pudiendo "EL INSTITUTO", conceder hasta un término de siete (7) días calendarios a partir de su notificación, para que proceda al reemplazo de los suministros defectuosos, o en su caso, para que proceda a una nueva entrega o para que reponga los faltantes. Si el cumplimiento en la entrega es satisfactorio. "EL INSTITUTO" extenderá al proveedor el Acta de Recepción provisional final, indicando en ella, que el suministro ha sido entregado a entera satisfacción de "EL INSTITUTO", de conformidad a la calidad y especificaciones técnicas solicitadas, debiendo el proveedor sustituir parcialmente la Garantía de Cumplimiento por la Garantía de Calidad sobre el valor del suministro entregado. Una vez recibida la totalidad del suministro objeto del contrato y los mismos hayan sido cubiertos por la garantía de calidad de un año, "EL INSTITUTO", extenderá al proveedor el Acta de Recepción Definitiva; **DECIMA : GARANTIA DE CUMPLIMIENTO**; diez días hábiles después de la suscripción del contrato y con el objeto de asegurar al "EL INSTITUTO", el cumplimiento de todos los plazos, condiciones y obligaciones de cualquier tipo, especificadas o producto de este contrato, "EL PROVEEDOR" constituirá a favor de "EL INSTITUTO", una Garantía de Cumplimiento equivalente al quince por ciento (15%) del valor total de este contrato, vigente 3 meses adicionales después del plazo previsto para la entrega total de los productos. 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 PROVEEDOR " haya cumplido con todas sus obligaciones contractuales; **PRIMERA: GARANTIA DE CALIDAD;** para garantizar la calidad de los productos a suministrar, una vez que se haya efectuado la recepción parcial de cada entrega "EL PROVEEDOR " deberá sustituir la garantía de cumplimiento del contrato por una garantía de calidad de los productos descritos en la Cláusula Segunda de este contrato "equivalente al **cinco por ciento (5%)** del monto parcial de cada entrega, con una vigencia mínima de **un (1) año,** esta garantía debe ser expedida a nombre el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), en moneda nacional y consistirá en una Garantía Bancaria expedida por el sistema bancario nacional de este país, La no presentación de esta garantía en el plazo especificado en esta Cláusula dará lugar a la resolución del contrato sin derivar responsabilidad alguna para "EL INSTITUTO" y a ejecutar la garantía de cumplimiento. La garantía de calidad será devuelta por "EL INSTITUTO", una vez cumplido el plazo de un año. En el caso que durante el período de garantía que los suministros recibidos presentan defectos, "EL PROVEEDOR " deberán cambiarlos siguiendo el procedimiento establecido en las CLAUSULA NOVENA , presentando el Almacén Central el informe del reclamo correspondiente, a la Sub Gerencia de Compras, Suministros y Materiales para que esta a su vez, lo comunique a la Gerencia

Administrativa quien deberá remitirlo al PROVEEDOR y si dicho reclamo no es atendido de conformidad "EL INSTITUTO", podrá proceder a ejecutar la garantía de calidad a que se refiere esta cláusula. **DECIMA SEGUNDA: CLAUSULA OBLIGATORIA DE LAS GARANTIAS**; todos los documentos de garantía deberán contener la siguiente cláusula obligatoria: **"LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE** TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO **MORAZÁN."** A las garantías no deberán adicionarles cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria. **DECIMA TERCERA: ERRORES Y OMISIONES EN LA OFERTA**; los errores contenidos en la oferta y otros documentos presentados por "EL PROVEEDOR " y que se incorporen al contrato, correrán por cuenta y riesgo de este, independientemente de cualquiera de las garantías mencionadas en este contrato y sin perjuicio de cualquier otro derecho que "EL INSTITUTO", pueda tener o usar para remediar la falta; "**DECIMA CUARTA: CESION DEL CONTRATO O SUB-CONTRATACION**; Los derechos derivados de este contrato no podrán ser cedidos a terceros; **DECIMA QUINTA: CLAUSULA DE SANCION POR INCUMPLIMIENTO**; Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de atraso en relación con el monto total del saldo del contrato de conformidad a lo establecido en las disposiciones generales de ingresos y egresos de la república de Honduras. Así mismo de los art. 72,98 de la ley de contratación del estado; art. 17, 115, 120, 189, 226, del reglamento de la misma ley y el art. 29 inciso no. 6 de la ley de conciliación y arbitraje. **DECIMA SEXTA: RELACIONES LABORALES**; "EL PROVEEDOR " 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 de entrega de los productos 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; **DECIMA SEPTIMA : 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 las suscripción de un Adendum en las mismas condiciones que el presente contrato**; DECIMA OCTAVA: 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 proveedor dentro de los plazos correspondientes, la disolución de la sociedad mercantil del proveedor , 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, la estimación de la percepción de ingresos menores a los gastos proyectados y en caso de necesidades imprevistas o de emergencia, lo anterior en cumplimiento al artículo que contiene el Presupuesto de Ingresos de La Administración Pública para el año 2018, son causas de resolución de este contrato, **DECIMA NOVENA : 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**. VIGESIMA : VIGENCIA DEL CONTRATO**; El presente contrato entrará en vigencia a partir de su suscripción y la emisión de orden de compra y terminará por el cumplimiento normal de la entrega de los medicamentos establecidos en el plan de entregas ofertado y aceptado por el INSTITUTO; **VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS INTEGRANTES**

DE ESTE CONTRATO; forman parte de este CONTRATO: la invitación a participar en este proceso de Licitación Pública Nacional, los pliegos de condiciones de la Licitación Pública Nacional, incluyendo las aclaraciones a la mismas emitidas por " EL INSTITUTO " o remitidas por "EL PROVEEDOR ", la oferta técnica revisada, la oferta económica, así como cualquier otros documentos que se anexe a este contrato por mutuo acuerdo de las partes. **VIGÉSIMA SEGUNDA : 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, Ley de Derechos de Autor y demás relacionadas; la Ley Orgánica de Presupuesto y el Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República año 2023 y su Reglamento, demás leyes vigentes en Honduras que guardan relación con los procesos de contratación del Estado. Asimismo, en cumplimiento del artículo que contiene las Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República y de las Instituciones Descentralizadas, para el año 2022, se transcribe el **Artículo 78** 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 **VIGESIMA TERCERA: "CLAUSULA DE INTEGRIDAD.-** Las partes en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 7 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LTYAIP) y con la convicción de que evitando las prácticas de corrupción podremos apoyar la consolidación de una cultura de transparencia, equidad y rendición de cuentas en los procesos de contratación y adquisiciones del Estado, para así fortalecer las bases del estado de derecho, nos comprometemos libre y voluntariamente a: 1. Mantener el más alto nivel de conducta ética, moral y de respeto a las leyes de la república, así como los valores: INTEGRIDAD, LEALTAD CONTRACTUAL, EQUIDAD, TOLERANCIA, IMPARCIALIDAD Y DISCRESION CON LA INFORMACION CONFIDENCIAL QUE MANEJAMOS, ABSTENIENDONOS A DAR INFORMACIONES PUBLICAS SOBRE LA MISMA, 2) Asumir una estricta observancia y aplicación de los principios fundamentales bajo los cuales se rigen los procesos de contratación y adquisiciones públicas establecidas en la Ley de Contratación del Estado, tales como transparencia, igualdad y libre competencia; 3) Que durante la ejecución del contrato ninguna persona que actúa debidamente autorizada en nuestro nombre y representación y que ningún empleado o trabajador, socio o asociado, autorizado o no realizará: a) Prácticas corruptivas, entendiendo éstas como aquellas en la que se ofrece dar, recibir, o solicitar directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar las acciones de la otra parte; b) Prácticas Colusorias: entendiendo estas como aquellas en las que denoten sugieran o demuestren que existen un acuerdo malicioso entre dos o más partes o entre una de las partes, y uno y varios terceros, realizados con el propósito de alcanzar un propósito inadecuado, incluyendo influenciar de forma inapropiada las acciones de la otra parte; 4) Revisar y verificar toda la información que deba ser presentada a través de terceros, a la otra parte para efectos del contrato y dejamos manifestado que durante el proceso de contratación o adquisición causa de este contrato, la información intercambiada fue debidamente revisada y verificada por lo que ambas partes asumen y asumirán la responsabilidad por el suministro 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

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

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 deducírsele; 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 llevare 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 qué 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." **VIGÉSIMA CUARTA: 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 XXX) días del mes de xxxxx del año dos mil veintidós.

@IHSSHonduras

www.ihss.hn

Aviso de Licitación
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

CONTRATACION DIRECTA No CD-009-2022

ADQUISICIÒN DE MEDICAMENTOS (PRODUCTOS FARMACEUTICOS) PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)"

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) invita a todas las empresas legalmente constituidas a presentar oferta sellada en la Compra Directa N° CD-009-2022 para la Adquisición de Medicamentos (productos Farmacéuticos) para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

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

Los interesados deberán adquirir los documentos de la Compra Directa N° CD-009-2022, mediante solicitud dirigida al Dr. José Gaspar Rodríguez Director Ejecutivo del IHSS, Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, Sexto Piso del Edificio Administrativo del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Barrio Abajo, Tegucigalpa M.D.C. a partir del **día lunes 14 de noviembre de 2022,** en un horario de 8:00am, a 4:00 pm, para preguntas, consultas, aclaraciones o información dirigirse por escrito a la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras por lo menos cinco (5) días calendario antes de la fecha límite para la presentación de las ofertas.

Los documentos de Compra Directa podrán ser examinados en el sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras "Honducompras", (www.honducompras.gob.hn) y en el portal de Transparencia del IHSS (www.portalunico.iaip.gob.hn).

Las ofertas deberán ser presentadas en el Tercer Piso del Régimen de Seguridad de Previsión Social (RSPS) del Instituto Hondureño de Seguridad Social Barrio Abajo, Tegucigalpa, M.D.C. desde las 8:00am hasta las 10:00 a.m., hora oficial del día **martes 29 de noviembre de 2022** y ese mismo día, a las 10:15 a.m. se celebrará en audiencia pública la apertura de ofertas en presencia de los oferentes o de sus representantes legales o de la persona autorizada por el oferente que acredite su condición mediante carta firmada por el representante legal de la sociedad mercantil, en presencia de la comisión de recepción nombrada al efecto.

Las ofertas que se reciban fuera de plazo serán rechazadas. Todas las ofertas deberán estar acompañadas de una Garantía de Mantenimiento de la oferta por el 2% del monto de la oferta.

Tegucigalpa, M.D.C., noviembre de 2022

DR. JOSÈ GASPAR RODRÌGUEZ MENDOZA
Director Ejecutivo del IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

ANEXOS

@IHSSHonduras

www.ihss.hn

LISTA DE PRECIOS POR PARTIDA

Nombre del Oferente:
_____

No. partida	Nombre Genérico del Producto	Nombre Comercial	Cantidad Solicitada	Cantidad ofertada	Precio Unitario	Total
1……						

_____

Firma y Sello del Representante Legal de la empresa

Lugar y Fecha

Nota: Este cuadro no será validó sino se encuentra firmado y sellado por el Representante Legal de la empresa.

@IHSSHonduras

www.ihss.hn

CUADRO DETALLE PRESENTACION DE MUESTRAS

Licitación

OFERENTE: _____

Partida	Nombre Genérico	Up	Cantidad De Muestras	Literatura(SI/NO)	Refrigerado (SI/NO)	Observaciones

Firma Y Sello		Firma y Sello	
Entregado por		Recibido por	
_____		_____	

DECLARACIÓN JURADA

Ref: [indicar el número del proceso]"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 cualquier medicamento que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo, asimismo reponer los productos que resultaran vencidos que cuenten con carta de compromiso.

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

Firma: _____

[Firma del(los) representante(s) autorizado(s) del fabricante]

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

Cargo: [indicar cargo]

[Indicar nombre de la droguería]

Autorización del Fabricante

[El Oferente solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membrete del Fabricante y deberá estar firmado por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan el Fabricante. El Oferente lo deberá incluir en su oferta, si así se establece en Las indicaciones del documento]

Fecha: [*indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta]*
No. *[Indicar el número del proceso]*

A: [*indicar el nombre completo del Comprador]*

POR CUANTO

Nosotros *[nombre completo del fabricante]*, como fabricantes oficiales de *[indique el nombre de los bienes fabricados]*, con fábricas ubicadas en *[indique la dirección completa de las fábricas]* mediante el presente instrumento autorizamos a *[indicar el nombre y dirección del Oferente]* a presentar una oferta con el solo propósito de suministrar los siguientes Bienes de fabricación nuestra *[nombre y breve descripción de los bienes]*, y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, conforme a las Condiciones del Contrato, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

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

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

Cargo: [*indicar cargo]*

Debidamente autorizado para firmar esta Autorización en nombre de: *[nombre completo del Oferente]*

Fechado en el día _____ de _____de 2022__ *[fecha de la firma]*

@IHSSHonduras
www.ihss.hn

FORMATO DE PRESENTACIÓN OFERTA TÉCNICA

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

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION	Unidad de Presentación	Cantidad Solicitada

OFERTADO

DROGUERÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FABRICANTE (PAÍS DE ORIGEN)	PRINCIPIO ACTIVO OFERTADA	CONCENTRACIÓN (MG, GRAMO, LITROS, ML, MCG, ETC.)	FORMA FARMACÉUTICA (POLVO, SOLUCIÓN, SUSPENSIÓN, TAB, CAP., ETC.)	UNIDAD DE PRESENTACIÓN (FCO., AMP, TAB, CAP., JRP, CAJA, BLÍSTER, ETC.)	VÍA ADM.	REGISTRO SANITARIO (NUMERO Y FECHA QUE VENCE) Y NUMERO DE REGISTRO SANITARIO ANTERIOR / Nº FOLIO	PERÍODO EXPIRAC. (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES	PLAN DE ENTREGA OFERTADO	CUANDO APLIQUE INDICAR INNOVADOR O GENERICO (CERTIFICADO EQUIVALENCIA TERAPEUTICA) / Nº FOLIO	CERTIFICADO DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO / CERIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA /Nº FOLIO	Certificación Emitida por la Secretaría de Estado en el Despacho de Desarrollo Económico Nº FOLIO	AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE / Nº FOLIO	DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICIÓN / Nº FOLIO	CANTIDAD OFERTADA	OBSERVACIÓN

Nombre del Oferente:

Firma del Oferente:

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: 001-2022/ 021-2022)
Descripción del proceso: (ejemplo: Adquisición de medicamentos para el IHSS)
No. De orden de compra IHSS: (11xxxxxxxx)

No. Ptda	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 y otras que se considere importante conocer.

Nombre y firma del representante Legal de la Empresa
Sello de la empresa

@IHSSHonduras
www.ihss.hn