


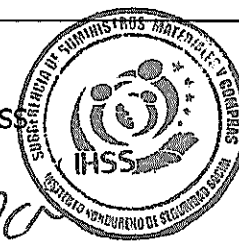
**MEMORANDO No. 2025-SGSMYC-2025**

**Para:** **DRA. CARLA MARINA PAREDES**  
Comisionada Presidente de la Comisión Interventora del IHSS

**De:** **MSc. ELOISA MEJÍA GALO**   
Subgerente de Suministros, Materiales y Compras del IHSS

**Asunto:** Remisión de documentación del proceso de Contratación Directa CD-019-2025

**Fecha:** 12 de agosto de 2025



Por este medio se le remite, Base de Contratación Directa y demás documentos del proceso de Contratación Directa No. CD-019-2025 ***IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS***, para ser sometido a revisión, para aprobación de la base y así proceder a publicarla.

Se adjuntan un (1) original de la siguiente documentación:

**Documentos:**

- Documento Base y Fotocopia de Lista de socialización (folios 01-50)
- Visto Bueno Original de CPC E-46-2025 (folios 51-53)
- Original de Dictamen Legal Memorando No. 1778-UAL-2025 (folios 54-61)
- Fotocopia de Disponibilidad presupuestaria Memorando No. 2030-SGP/IHSS-2025, (folios 62)
- Fotocopia de Autorización de Inicio del Proceso del proceso Memorando No. 8511-GAYF-2025 (folio 63)
- Solicitud de Compra Directa donde adjunta autorización por la Comisión Interventora..., Dictamen legal donde indica que es procedente la compra del medicamento supraindicado, notificación de no existencias, Justificación, Condiciones y Especificaciones Técnicas. Memorando No. 957-DMN-IHSS-2025 (folios 64-103)
- Fotocopia de POA (folios 104-110)

**Notas:**

- El proceso esta pendiente de ser agregado en la versión 4 del PACC-2025
- Folios después de la base en tinta color azul

Atentamente,

Expediente CD-019-2025  
Emg/repp



Nombre de su ciudad  
Honduras C.A.

## **DOCUMENTO DE COMPRA DIRECTA**

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

### **CONTRATACIÓN DIRECTA**

**No CD-019-2025**

**“IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM  
RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL  
PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS”**

Fuente de Financiamiento: **Fondos propios**

Tegucigalpa, M.D.C., julio 2025

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| SECCIÓN I.....                                     | 4  |
| INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES .....                | 4  |
| CONTRATANTE .....                                  | 4  |
| TIPO DE CONTRATO.....                              | 4  |
| OBJETO DE CONTRATACIÓN DIRECTA .....               | 4  |
| IDIOMA DE LAS OFERTAS .....                        | 4  |
| MARCO LEGAL.....                                   | 4  |
| PRESENTACIÓN DE OFERTAS .....                      | 4  |
| CONSORCIO .....                                    | 6  |
| DECLARACIÓN DE PROCESO DESIERTA O FRACASADA .....  | 6  |
| VIGENCIA DE LAS OFERTAS .....                      | 6  |
| GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA .....          | 6  |
| PLAZO DE ADJUDICACIÓN .....                        | 7  |
| ACLARACIONES .....                                 | 7  |
| ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE COMPRA DIRECTA ..... | 7  |
| DOCUMENTOS A PRESENTAR .....                       | 8  |
| INFORMACIÓN ECONÓMICA .....                        | 8  |
| DOCUMENTACIÓN LEGAL.....                           | 8  |
| INFORMACIÓN FINANCIERA.....                        | 9  |
| INFORMACIÓN TÉCNICA.....                           | 9  |
| NOTA SOBRE LOS DOCUMENTOS A PRESENTAR.....         | 10 |
| EVALUACIÓN DE OFERTAS .....                        | 11 |
| FASE I, EVALUACIÓN ECONÓMICA .....                 | 11 |
| FASE II, VERIFICACIÓN LEGAL.....                   | 11 |
| FASE III, EVALUACIÓN FINANCIERA .....              | 12 |
| FASE IV, EVALUACIÓN TÉCNICA .....                  | 13 |
| ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES .....              | 13 |
| MOTIVOS DE DESCALIFICACIÓN DE OFERTA .....         | 14 |
| NEGOCIACIÓN DEL CONTRATO.....                      | 14 |
| NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO .....    | 15 |
| FIRMA DE CONTRATO .....                            | 15 |
| SECCIÓN II .....                                   | 16 |
| CONDICIONES DE CONTRATACIÓN .....                  | 16 |
| ADMINISTRADOR DEL CONTRATO .....                   | 16 |
| PLAZO CONTRACTUAL.....                             | 16 |
| CESACIÓN DEL CONTRATO.....                         | 16 |
| LUGAR DE ENTREGA .....                             | 16 |

|   |    |
|---|----|
| PLAZO DE ENTREGA .....  | 16 |
| PROCEDIMIENTO DE ENTREGA .....  | 16 |
| GARANTÍAS .....   | 17 |
| GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.....   | 17 |
| FORMA DE PAGO.....  | 17 |
| MULTAS .....  | 18 |
| SECCIÓN III .....   | 19 |
| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS .....   | 19 |
| SECCIÓN IV .....  | 22 |
| FORMULARIOS, DECLARACIONES JURADAS Y AUTORIZACIÓN .....   | 22 |
| GARANTIAS .....   | 22 |
| CONTRATO.....   | 22 |
| CARTA DE INVITACIÓN .....   | 22 |
| FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA.....  | 23 |
| LISTA DE PRECIOS .....  | 25 |
| FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE.....  | 26 |
| FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO (Cuando Aplique).....  | 27 |
| DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O INHABILIDADES .....  | 28 |
| DECLARACIÓN JURADA DE INTEGRIDAD .....  | 30 |
| DECLARACIÓN JURADA LEY ESPECIAL CONTRA EL LAVADO DE ACTIVOS .....   | 32 |
| DECLARACIÓN JURADA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO Y DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUERIMIENTOS<br>INDICADOS EN LAS ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES TÉCNICAS.....   | 34 |
| AUTORIZACIÓN.....   | 35 |
| DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICION .....  | 36 |
| AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE DEL PRODUCTO.....   | 37 |
| FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO.<br>.....   | 38 |
| SOLICITUD DE FECHA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN CENTRAL.....  | 39 |
| FORMATO DE PRESENTACIÓN OFERTA”ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE<br>SEGURIDAD SOCIAL IHSS” .....   | 40 |
| FORMULARIO DE GARANTIA MANTENIMIENTO DE OFERTA .....  | 41 |
| FORMULARIO DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO .....  | 42 |
| GARANTÍA DE CALIDAD (Cuando aplique) .....  | 43 |
| CONTRATO N°xxx-2025 “IHSS-DMN-COMPR A DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75<br>MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE<br>DEL IHSS” ..... | 44 |
| CARTA DE INVITACIÓN.....  | 49 |

## SECCIÓN I

### INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

#### CONTRATANTE

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) bajo la dirección de la **COMISIÓN INTERVENTORA** nombrada mediante acuerdo Ejecutivo de la Presidencia de la Republica de Honduras No. 223-2024 de fecha 07 de noviembre de 2024, conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo No. PCM-33-2024 de fecha 05 de noviembre de 2024.

#### TIPO DE CONTRATO

El contrato a suscribir es contratación directa **“IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS”** y el oferente adjudicado.

#### OBJETO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

**“IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS”.**

#### IDIOMA DE LAS OFERTAS

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

#### MARCO LEGAL

- Decreto Ejecutivo Número PCM -33-2024 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N. 36681, amparado en artículo no. 7 de fecha 05 de noviembre 2024
- Ley de Contratación del Estado y su respectivo Reglamento.
- Documento Base de la Contratación Directa No. 019-2025
- Ley del Seguro Social
- Proceso Amparado en el procedimiento de Contrataciones Directas del IHSS; Resolución CI-IHSS-006-2025-VII
- Memorando No. 8511-GAYF-2025 Autorización de Inicio del Proceso

#### PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas físicas y digitales se entregarán en el salón de sesiones de invalidez vejez y muerte (IVM) del IHSS y serán recibidas por la comisión de recepción y apertura en fecha **xx de xxx de 2025 en horario de 8:00 a.m. hasta las 10:00 a.m. La fecha máxima de recepción es el día xx de marzo de 2025 a las 10:00 a.m. hora oficial de Honduras.**

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

Los Oferentes entregarán en 3 sobres cerrados y sellados, **sus ofertas en documento físico y en formato PDF la documentación Económica, Legal, Financiera y Técnica las cuales deberán ser presentadas en una memoria USB.** Además, se deberá presentar en **FORMATO EDITABLE WORD O EXCEL EL LISTADO DE PRECIOS Y LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA.**

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

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

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

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

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

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

**ESQUINA SUPERIOR:**

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

**ESQUINA INFERIOR:**

- Izquierda: Oferta de la CD-019-2025 **IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS.**
- Derecha: “Oferta Económica”, “Documentación Legal, Financiera y Técnica”, respectivamente.

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

**Importante: No se recibirán ofertas después de la fecha y hora estipulada.**

## CONSORCIO

Las empresas constituidas como Consorcio presentarán una sola Oferta, como miembro de un Consorcio. Todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunadas y solidariamente responsables frente al Comprador por el cumplimiento de las disposiciones del Contrato y deberán designar a una de ellas para que actúe como representante con autoridad para comprometer al Consorcio. Para tal caso deberá acreditarse ante el órgano responsable de la contratación el **acuerdo o convenio sin requerir escritura pública**, por el cual se formaliza el consorcio. Los consorcios durarán como mínimo, el tiempo necesario para la ejecución del contrato, hasta su extinción y liquidación.

Cada empresa que forme parte del consorcio deberá presentar el formulario incluido en la sección IV de este documento (**Formulario de Información sobre los Miembros del Consorcio**), asimismo presentar la documentación legal requerida en el presente pliego de condiciones y acreditar su solvencia económica y financiera y la idoneidad técnica y profesional.

## DECLARACIÓN DE PROCESO DESIERTA O FRACASADA

- El Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS declarará desierto el proceso cuando no se hubieren presentado ofertas.
- Fracasado cuando concurra cualquiera de las siguientes circunstancias:
  - a) Cuando se hubiere omitido en el procedimiento alguno de los requisitos esenciales Establecidos en esta Ley o en sus disposiciones reglamentarias;
  - b) Cuando las ofertas no se ajusten a los requisitos esenciales establecidos en el Reglamento o en el documento de compra directa;
  - c) Cuando se comprobare que ha existido colusión.

**Nota: Se procederá al análisis y evaluación con la presentación de, al menos, una (1) oferta como mínimo, recomendando su adjudicación siempre y cuando se cumpla con toda la documentación legal y financiera, así como con las especificaciones y condiciones técnicas solicitadas en las bases de CD-019-2025. Asimismo, cuando la oferta económica se ajuste a los precios verificados en el estudio previo, o en su defecto se realicen las negociaciones necesarias.**

## VIGENCIA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de noventa días (90) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación y apertura de las ofertas. No obstante, en casos calificados y cuando fuere estrictamente necesario, el órgano contratante podrá solicitar la ampliación del plazo a todos los oferentes, siempre que fuere antes de la fecha prevista para su vencimiento. Si se ampliase el plazo de vigencia de la oferta, deberá también ampliarse el plazo de garantía de mantenimiento de oferta.

## GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

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

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público; en este último caso, la garantía deberá inscribirse en el registro del Banco Central de Honduras en el que figuren anotados dichos valores, quedando inmovilizados y afectos a las obligaciones garantizadas, con excepción, en este último caso, de los rendimientos que generen.

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

### **PLAZO DE ADJUDICACIÓN**

La adjudicación del contrato al ganador, en su caso, se dará dentro de los ***treinta (30) días hábiles posteriores*** a la fecha de presentación y apertura de las ofertas. Plazo que podrá ser prorrogable tomando en cuenta el tiempo que conlleve el análisis de las ofertas recibidas.

### **ACLARACIONES**

Las solicitudes de Aclaraciones, si las hubiere, deberán ser presentadas en forma escrita al comprador, diez (10) días calendario previos a la apertura de ofertas. **Fecha máxima para recibir solicitudes de aclaración xxxx de xxxxx del xxxxx.**

Para fines del presente proceso de Compra Directa la dirección para remitir comunicación escrita es:

- Lugar: Instituto Hondureño de Seguridad Social, Barrio Abajo, Tegucigalpa.
- Recepción del documento: Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, sexto piso, edificio Administrativo.
- Hora: 8:00 am hasta las 4:00 pm.
- Correo electrónico: [adquisiciones@ihss.hn](mailto:adquisiciones@ihss.hn)
- Con la siguiente leyenda: “Atención: **Contratación Directa CD-019-2025**”

Todas las solicitudes de aclaración y su respectiva respuesta serán publicadas en HonduCompras y portal de transparencia del IHSS.

### **ENMIENDAS A LOS DOCUMENTOS DE COMPRA DIRECTA**

Las enmiendas de los documentos de la CD-019-2025 se publicarán en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras “HONDUCOMPRAS” ([www.honducmpras.gob.hn](http://www.honducmpras.gob.hn)), y en el portal de transparencia del IHSS. Las enmiendas que se emitan formarán parte integral del documento de compra directa y deberán comunicarse a todos los interesados en físico o por correo electrónico.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), la máxima autoridad podrá prorrogar el plazo de presentación de ofertas a fin de dar a los posibles oferentes un plazo razonable para que pueda tomar en cuenta las enmiendas en la preparación de sus ofertas de conformidad a los cambios indicados en las mismas.



## DOCUMENTOS A PRESENTAR

### INFORMACIÓN ECONÓMICA

#### Documentos no subsanables (DNS)

1. Carta (Formulario de Presentación de Oferta, de la Sección IV) la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa.
2. Lista de Precios (conforme al formulario de la Sección IV), firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal actual de la empresa, La propuesta económica deberá contener la descripción del servicio a brindar con sus precios unitarios y totales, sin incluir el 15 % de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior. Sí los suministros pagan este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal.
3. La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, por lo menos, al ***dos por ciento (2%) del valor total de la oferta***, con indicación de la cláusula obligatoria (adjunta en la sección IV Formularios).

### DOCUMENTACIÓN LEGAL

#### Documentos Subsanales (DS)

1. Formulario de información del oferente. (formato en anexos).
2. Formulario de información sobre los miembros del consocio (cuando aplique).
3. Declaración Jurada, sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado. (formato en anexos).
4. Declaración Jurada de los socios y su representante legal actual de la empresa que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo. (formato en anexos).
5. Declaración Jurada de los socios y de su representante legal actual de la empresa de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36, 37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos. (formato en anexos).
6. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.
7. Fotocopia legible del poder del representante legal actual de la empresa, que acredita que tiene las facultades suficientes para participar representando a la empresa en el proceso de contratación directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil.
8. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal (Actual de la empresa).

9. Fotocopia de RTN del oferente y del Representante Legal actual de la Empresa.
10. Fotocopia de Constancia de Solvencia Municipal vigente a la fecha de apertura de las ofertas, extendida por la Alcaldía Municipal del domicilio del oferente y de su representante legal.
11. Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendido por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa.
12. Certificación vigente de Inscripción en el Registro de Oferente adjudicados y Contratistas del Estado extendida por la ONCAE. Caso contrario, constancia de que la inscripción está en trámite, en todo caso el oferente tendrá que acreditar su inscripción antes de que se le adjudique el contrato. (Documento que se emite de forma electrónica).
13. Constancia original de antecedentes penales del representante legal actual de la empresa y de los socios vigente a la fecha de presentación de la oferta. En caso de que los socios sean personas Jurídicas presentar los antecedentes penales de la persona natural que los represente.
14. Constancia extendida por la Procuraduría General de la República, de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR). (Documento que se emite de forma electrónica).
15. Declaración jurada original donde el oferente certifica que el precio ofertado para el medicamento es justo y equitativo. Asimismo, deberá indicar que el precio es comparable al que ofrece en otras entidades públicas o privadas en el país, tomando en cuenta factores como el volumen de compra y los términos de pago.

### **INFORMACIÓN FINANCIERA**

1. Fotocopia del Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales (Art. 33 RLCE inciso b).  
Se solicitará Estados Financieros de los dos (2) últimos años fiscales; cuando la auditoria no estuviese concluida deberá presentar constancia de la firma auditora que indique que los Estados Financieros del año que antecede se encuentran en proceso de auditoría.
2. Dos (2) constancias de créditos abiertos otorgados por instituciones bancarias.
3. Autorización para que **Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)**, pueda verificar la documentación legal y financiera presentada con los emisores. (formato en anexos).

### **INFORMACIÓN TÉCNICA**

**CADA OFERENTE DEBERA PRESENTAR SU OFERTA TECNICA CONFORME FORMATO EN EXCELL (Ver anexo).**

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

2. Fotocopia legible del **CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO O FOTOCOPIA DE LA CONSTANCIA DE RENOVACIÓN DEL PRODUCTO** ofertado, emitido por la ARSA.
3. Fotocopia del **CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA**.  
**Para productos importados:** Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante del producto ofertado, (tipo OMS) extendido por la autoridad competente de regulación sanitaria del país de fabricación del producto o Certificado de Libre Venta (CLV) en el país de origen, vigente y emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado, debidamente apostillado o, en su defecto, Fotocopia del Certificado vigente de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS).
4. **AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE O LABORATORIO TITULAR** (ver anexo), original, en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso según formato anexo. En caso de ser copia, deberá presentarse debidamente autenticada.
5. **DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICION** (ver anexo), debidamente autenticada y según formato anexo, donde el oferente se comprometen a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. Asimismo, reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.

#### **NOTA SOBRE LOS DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- Todos los documentos que se presenten en copia deberán ser debidamente autenticados de acuerdo al código del notariado, según los artículos 39 y 40 de Reglamento del Código de Notariado. **(Una autentica para todas las copias).**
- Todos los formularios, declaraciones juradas y autorizaciones deberán ser presentadas en **original** con auténtica de firma del representante legal de la empresa, de acuerdo al Código del Notariado. **(Una autentica para todas las firmas).**
- Todos los documentos que se emiten o extienden de forma electrónica, se tomarán como copias y deberán ser autenticados por notario público, previa verificación a través de su respectivo código QR o cualquier otro mecanismo de validación.
- Todas las solvencias, certificaciones, permisos deben ser vigentes a la fecha de la presentación de las ofertas.
- Todo documento emitido en el extranjero deberá ser debidamente apostillado (cuando aplique).
- La comisión, para efectos de la evaluación final y de acuerdo a la naturaleza de la contratación, podrá valorar la aceptación de constancias o certificaciones que se presenten en fotocopias, sin el certificado de autenticidad o apostillados en los casos que se requiera la emisión de documentos en el extranjero, debiendo los oferentes en caso de ser adjudicado y previo a la suscripción del contrato de conformidad al artículo 30 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, presentar de manera obligatoria los documentos requeridos con su correspondiente certificado de autenticidad o apostilla. Se exceptúan los documentos sustanciales y no subsanables. (cuando aplique).

## EVALUACIÓN DE OFERTAS

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

### FASE I, EVALUACIÓN ECONÓMICA

| ASPECTO VERIFICABLE EN DOCUMENTOS   | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|--------|-----------|
| 1. Carta (Formulario de Presentación de Oferta, de la Sección IV) la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal de la empresa.  |        |           |
| 2. Lista de Precios (conforme al formulario de la Sección IV), firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal actual de la empresa, La propuesta económica deberá contener la descripción del servicio a brindar con sus precios unitarios y totales, sin incluir el 15% de impuesto sobre ventas, no obstante, lo anterior. Sí los suministros pagan este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal. |        |           |
| 3. La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, por lo menos, al dos por ciento (2%) del valor total de la oferta, con indicación de la cláusula obligatoria (adjunta en la sección IV Formularios).   |        |           |

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.

### FASE II, VERIFICACIÓN LEGAL

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

| ASPECTO VERIFICABLE   | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|--------|-----------|
| 1. Formulario de información del oferente. (Formato en anexos).   |        |           |
| 2. Formulario de información sobre los miembros del consocio (cuando aplique).  |        |           |
| 3. Declaración Jurada, sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado. (Formato en anexos).  |        |           |
| 4. Declaración Jurada de los socios y su representante legal actual de la empresa que actuarán con integridad y transparencia, comprometiéndose a cumplir con los enunciados del formulario respectivo. (Formato en anexos).                                    |        |           |
| 5. Declaración Jurada de los socios y de su representante legal actual de la empresa de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36, 37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos. (Formato en anexos).    |        |           |
| 6. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad y su última reforma debidamente inscritas en el Registro Mercantil correspondiente.   |        |           |
| 7. Fotocopia legible del poder del representante legal actual de la empresa, que acredite que tiene las facultades suficientes para participar representando a la empresa en el proceso de contratación directa, debidamente inscrito en el Registro Mercantil. |        |           |

| ASPECTO VERIFICABLE   | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|--------|-----------|
| 8. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal (Actual de la empresa).   |        |           |
| 9. Fotocopia de RTN del oferente y del Representante Legal actual de la Empresa.  |        |           |
| 10. Fotocopia de Constancia de Solvencia Municipal vigente a la fecha de apertura de las ofertas, extendida por la Alcaldía Municipal del domicilio del oferente y de su representante legal.   |        |           |
| 11. Fotocopia de Permiso de Operación vigente, extendido por la Alcaldía Municipal del domicilio de la empresa.   |        |           |
| 12. Certificación vigente de Inscripción en el Registro de Oferente adjudicados y Contratistas del Estado extendida por la ONCAE. Caso contrario, constancia de que la inscripción está en trámite, en todo caso el oferente tendrá que acreditar su inscripción antes de que se le adjudique el contrato. (Documento que se emite de forma electrónica). |        |           |
| 13. Constancia original de antecedentes penales del representante legal actual de la empresa y de los socios vigente a la fecha de presentación de la oferta. En caso de que los socios sean personas Jurídicas presentar los antecedentes penales de la persona natural que los represente.  |        |           |
| 14. Constancia extendida por la Procuraduría General de la República, de no tener juicios o cuentas pendientes con el Estado de Honduras por incumplimiento de contratos anteriores (PGR). (Documento que se emite de forma electrónica).   |        |           |
| 15. Declaración jurada original donde el oferente certifica que el precio ofertado para el medicamento es justo y equitativo. Asimismo, deberá indicar que el precio es comparable al que ofrece en otras entidades públicas o privadas en el país, tomando en cuenta factores como el volumen de compra y los términos de pago.                          |        |           |

### **FASE III, EVALUACIÓN FINANCIERA**

| ASPECTO VERIFICABLE  | CUMPLE | NO CUMPLE |
|--|--------|-----------|
| 1. Fotocopia de Balance General y Estado de Resultado debidamente auditados por contador público independiente o firma de auditoría, si se tratare de personas jurídicas o de comerciantes individuales (Art. 33 RLCE inciso b). Se solicitará Estados Financieros de los dos (2) últimos años fiscales; cuando la auditoria no estuviese concluida deberá presentar constancia de la firma auditora que indique que los Estados Financieros del año que antecede se encuentran en proceso de auditoría. |        |           |
| 2. Dos (2) constancias de créditos abiertos otorgados por instituciones bancarias.   |        |           |
| 3. Autorización para que Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), pueda verificar la documentación legal y financiera presentada con los emisores.  |        |           |

## FASE IV, EVALUACIÓN TÉCNICA

| ASPECTO VERIFICABLE   | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|--------|-----------|
| 1. <b>Especificaciones Técnicas Del Producto</b> , expresando: <ol style="list-style-type: none"> <li>Principio Activo en forma de BASE o SAL, en su caso</li> <li>Forma Farmacéutica,</li> <li>Concentración</li> <li>Unidad de presentación</li> <li>Vía de administración</li> </ol>   |        |           |
| 2. Fotocopia legible del <b>CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO O FOTOCOPIA DE LA CONSTANCIA DE RENOVACIÓN DEL PRODUCTO</b> ofertado, emitido por la ARSA.   |        |           |
| 3. Fotocopia del <b>CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA</b><br><b>Para productos importados:</b> Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante del producto ofertado, (tipo OMS) extendido por la autoridad competente de regulación sanitaria del país de fabricación del producto o Certificado de Libre Venta (CLV) en el país de origen, vigente y emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado, debidamente apostillado o, en su defecto, Fotocopia del Certificado vigente de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS). |        |           |
| 4. <b>AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE O LABORATORIO TITULAR (ver anexo)</b> , original, en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso según formato anexo. En caso de ser copia, deberá presentarse debidamente autenticada.   |        |           |
| 5. <b>DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICION (ver anexo)</b> , debidamente autenticada y según formato anexo, donde el oferente se comprometen a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. Asimismo, reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.  |        |           |

## 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, 50 de la Ley de Contratación del Estado y 132 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

Solamente la subsanación de los errores aritméticos podrá afectar la oferta en sus aspectos económicos de la siguiente forma: Diferencias entre las cantidades establecidas por IHSS y las ofertadas, prevalecerán las cantidades establecidas por el IHSS. Las inconsistencias entre precio unitario y precio total, prevalecerá el precio unitario.



El IHSS realizará la revisión aritmética de las ofertas presentadas y las correcciones las notificará al ofertante, quien deberá aceptarlas en los tres (3) días calendario siguientes a la recepción de la notificación, o su oferta será descalificada.

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

### **MOTIVOS DE DESCALIFICACIÓN DE OFERTA**

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

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

### **NEGOCIACIÓN DEL CONTRATO**

Basado en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contracción del Estado, **el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS a través de la Comisión Interventora CI, podrá negociar previo a la adjudicación, en aquellos casos que amerite, como ser: plazos, porcentaje de entrega, precio, para obtener las condiciones más ventajosas para el Estado de Honduras, en el marco de la emergencia decretada en el sistema de salud.**

### **ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO**

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

## NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

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

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

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

## FIRMA DE CONTRATO

Se procederá a la firma del contrato dentro de los **diez (10) días calendario** siguiente a la notificación de la adjudicación. El oferente que resultare adjudicado deberá presentar, previo a la firma del contrato y en un término de cinco (5) días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la notificación.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS, Fundamentada en los artículos: 36 de la Ley de Contratación del Estado y artículo 30 del Reglamento Ley de Contratación del Estado, solicitara previo a la firma del Contrato la siguiente documentación:

|    |   |
|----|---|
| 1. | Constancia de solvencia vigente extendida por la Procuraduría General de la República, en donde se haga constar que la empresa oferente y su representante legal NO tiene cuentas ni juicios pendientes con el Estado.    |
| 2. | Constancia vigente de solvencia electrónica, emitida por el Servicio de Administración de Rentas (SAR) de la Empresa y del Representante Legal.   |
| 3. | Constancia vigente de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE (solo en caso de haber presentado constancia de estar en trámite en el momento de presentar la oferta). |
| 4. | Constancia original de solvencia por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).   |

Todos los documentos que se presenten en fotocopia deberán ser debidamente autenticados de acuerdo al código del notariado, según los artículos 39 y 40 de Reglamento del Código de Notariado. **(Una auténtica para todas las fotocopias)**. Asimismo, los documentos que se emiten o extienden de forma electrónica, se tomarán como copias y deberán ser autenticados por notario público, previa verificación a través de su respectivo código QR o cualquier otro mecanismo de validación.

Si el oferente no acepta la adjudicación, no firma el contrato o no presenta la documentación detallada dentro del plazo establecido, por causas que le fueren imputables, perderá todos los derechos adquiridos en la adjudicación y dará lugar a la ejecución de la Garantía de Mantenimiento de la Oferta, procediendo a adjudicar el contrato al ofertante que haya presentado la segunda mejor oferta evaluada, la más baja y ventajosa y así sucesivamente. Lo anterior en cumplimiento al artículo 58 de la Ley de Contratación del Estado.



## SECCIÓN II

### CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

#### **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

El *Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)*, a través de la Dirección Médica Nacional, tendrán la asignación de supervisar dentro de sus competencias, la buena marcha y cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Entre sus funciones tendrá las siguientes:

- a) Dar seguimiento a las entregas, que sean realizadas en tiempo y forma, de acuerdo a las especificaciones técnicas ofertadas adjudicadas.
- b) Documentar cualquier incumplimiento del Contratista.

#### **PLAZO CONTRACTUAL**

El presente contrato tendrá una vigencia de seis (6) meses una vez recibida la orden de compra SAP.

#### **CESACIÓN DEL CONTRATO**

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

#### **LUGAR DE ENTREGA**

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

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.

#### **PLAZO DE ENTREGA**

- Entrega: 100% entrega inmediata hasta 20 días calendario una vez recibida la orden de compra.
- Al momento de la entrega, se deberá presentar fotocopia del Registro Sanitario vigente o copia de la constancia de renovación y copia del certificado de BPM, según corresponda.

#### **PROCEDIMIENTO DE ENTREGA**

El procedimiento de entrega del producto será de la siguiente forma:

El oferente adjudicado hará las entregas de los medicamentos de conformidad con los términos la orden de compra SAP y del contrato emitido por el IHSS.

## **GARANTÍAS**

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

### **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

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

### **GARANTÍA DE CALIDAD**

- Plazo de presentación: dentro de los treinta (30) días hábiles después de la recepción final de los insumos a satisfacción.
- Valor: La garantía de calidad sustituirá la garantía de cumplimiento del contrato cuyo monto será equivalente al cinco por ciento (5%) de monto contractual.
- Vigencia: un (1) año contado a partir de la entrega final de los productos.

### **FORMA DE PAGO**

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), cancelará un (1) solo pago una vez recibida la totalidad de los productos, de acuerdo a la orden de compra SAP y contrato; una vez presentada la documentación pertinente. Dicho pago se efectuará en moneda de curso legal, a través de la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS y se tramitará de acuerdo a los procedimientos ya establecidos por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, para ello deberá presentar los documentos siguientes:

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

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

### **MULTAS**

Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso, en relación con el monto total del saldo del contrato al momento del incumplimiento de acuerdo a la tasa fiscal vigente de conformidad.

A lo establecido en las Disposiciones Generales de Ingresos y Egresos de la República. Si el contrato surtiera efecto en otro ejercicio fiscal, la multa será aplicable de acuerdo a lo establecido en la forma y el monto establecido en las disposiciones generales de presupuesto vigente al momento de cometer la infracción.

### SECCIÓN III

#### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

##### Medicamento:

| PARTIDA | CÓDIGO   | DESCRIPCIÓN   | U/P | CANTIDAD |
|---------|----------|---|-----|----------|
| 1       | M09AX001 | RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral | FCO | 5        |

#### 1. CARACTERÍSTICAS DE ENVASES

- a. **EMPAQUE/ENVASE PRIMARIO:** Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento y deberá cumplir con lo siguiente:
  - i. Debe ser inerte, aislar y proteger medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.
  - ii. Los envases primarios cuyas PRESENTACIONES SEAN FRASCOS, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal. Cualquier otro frasco que difiera de los antes indicados, y que presente dudas respecto a exposición de la luz, deberá comprobarse con el respectivo estudio de estabilidad vigente para su aceptación.
- b. **EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO:** Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario y deberá cumplir con lo siguiente:
  - i. El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina).
  - ii. El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
  - iii. Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.
- c. **EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO:** Se entiende como envase terciario, el recipiente exterior donde viene el envase secundario y será responsabilidad del proveedor, definir la estiba y las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto. Deberá ser de cartón u otro material resistente a la estiba (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina ni cartoncillo); de tal forma que facilite la manipulación, transporte y almacenamiento, sellado con cinta de embalaje u otros recursos necesarios que garanticen la integridad del contenido, conservación, transporte y almacenamiento, sin riesgo de daño, indicando el número de cajas que contiene y su tamaño debe ser congruente con el contenido.

## 2. CONDICIONES DEL ETIQUETADO:

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

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

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

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

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

3. **RECHAZO Y DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS:** El Instituto podrá rechazar y/o hacer devoluciones de los medicamentos, cuando se comprueben fallas como resultado de análisis organolépticos practicados a su ingreso y mientras se encuentre en las instalaciones del IHSS. Si los productos no cumplen con las especificaciones estipuladas, el proveedor tomará las medidas inmediatas para solucionar la deficiencia y tendrá que reemplazar los productos defectuosos a satisfacción del comprador en un plazo máximo de treinta días (30) calendario después de haber sido notificado por el Almacén Central del IHSS.
4. **VIDA ÚTIL:** Los fármacos biológicos, biotecnológicos, oncológicos y hemoderivados, deberán tener una fecha de expiración no menor a **DIECIOCHO (18) MESES**, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS.
  - En casos excepcionales, el IHSS podrá aceptar entregas de fármacos con vigencias distintas a la anterior, hasta un mínimo de **DOCE (12) MESES**, contados a partir de su entrega en el Almacén Central del IHSS. En estos casos, el proveedor presentará una **CARTA COMPROMISO DE REPOSICIÓN O REEMPLAZO** en el Almacén Central, con copia a la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS, para asegurar la reposición de los productos que expiren o estén próximos a vencerse, reemplazándolos con períodos de acuerdo con los literales precedentes. Las mismas condiciones aplicarán para los medicamentos que se pretenda entregar en reposición o reemplazo.

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

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

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

## SECCIÓN IV

### FORMULARIOS, DECLARACIONES JURADAS Y AUTORIZACIÓN

1. Formulario de presentación de la oferta.
2. Formulario de lista de precios.
3. Formulario de información sobre el oferente.
4. Formulario de información sobre los miembros del consocio (cuando aplique).
5. Declaración jurada sobre prohibiciones o inhabilidades.
6. Declaración jurada de integridad.
7. Declaración jurada Ley Especial Contra el Lavado de Activos.
8. Declaración jurada de De cumplir con los requerimientos indicados en las especificaciones y condiciones técnicas.
9. Autorización.
10. Declaración Jurada De Reposición
11. Autorización Del Titular O Fabricante Del Producto
12. Formulario De Aceptación De Las Condiciones Del Etiquetado Primario, Secundario Y Terciario.
13. Solicitud De Fecha Para Entrega De Medicamentos En El Almacén Central
14. Formato De Presentación Oferta “Adquisición De Medicamentos Para El Instituto Hondureño De Seguridad Social Ihss”

### GARANTIAS

1. Garantía de mantenimiento de oferta.
2. Garantía de cumplimiento.
3. Garantía de calidad (cuando aplique).

### CONTRATO

### CARTA DE INVITACIÓN

## FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

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

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*  
CONTRATACIÓN DIRECTA N. 019-2025

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

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- (a) Hemos examinado y no hallamos objeción alguna a los documentos de Contratación Directa, incluso sus Enmiendas Nos. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];*
- (b) Ofrecemos proveer los siguientes Suministros 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 servicios];*
- (c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras, indicando las diferentes cifras en las monedas respectivas];*
- (d) Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

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

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

- (e) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la Sección de Instrucciones a los Oferentes, Apartado De Vigencia De La Oferta (pág. 4) a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con el apartado Presentación de Ofertas (pág. 2). Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;
- (f) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la sección de Garantías (pág. 2);
- (g) La nacionalidad del oferente es: *[indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es un Consorcio]*
- (h) No tenemos conflicto de intereses de conformidad con la sección de Idioma de las Ofertas (pág. 2);



- (i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del contrato son elegibles, de conformidad con la Idioma de las Ofertas (pág. 2); Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta Contratación Directa o ejecución del Contrato:

| Nombre del Receptor | Dirección | Concepto | Monto |
|---------------------|-----------|----------|-------|
|                     |           |          |       |
|                     |           |          |       |

- (j) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el Contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.
- (k) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja ni ninguna otra oferta que reciban.

#### **Firma del Representante Legal y sello de la empresa:**

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

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

**Este formulario debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario (En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).**

## LISTA DE PRECIOS

CONTRATACIÓN DIRECTA N. 019-2025

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

Este listado de precios debe estar **firmado** por el representante legal del ofertante.

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

**El valor total de la oferta no deberá comprender el impuesto sobre ventas**, ya que El IHSS ESTA EXENTO DE PAGO DE IMPUESTOS.

| Partida    | Código   | Descripción del Medicamento                                 | UM  | Cantidad | Precio Unitario | Precio Total |
|------------|----------|---|-----|----------|-----------------|--------------|
| 1          | M09AX001 | RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral | FCO | 5        | L.              | L.           |
| Gran Total |          |   |     |          |                 | L.           |

**Nota:** Los precios ofertados permanecerán fijos durante la vigencia del contrato. La cantidad proyectada deberá concordar con la proyección total de estudios, en el MONTO TOTAL DE LA OFERTA se deberá plasmar el total de todos los estudios ofertados.

**Firma del Representante Legal y sello de la empresa:**

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

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

El día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**Este formulario debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario (En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).**

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

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

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

CD No.019-2025.: *[indicar el número del proceso]*

|  |
|--|
| 1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>   |
| 2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: <i>[indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]</i>   |
| 3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse <i>[indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad o país donde intenta constituirse o incorporarse]</i>   |
| 4. Año de constitución o incorporación del Oferente: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]</i>  |
| 5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: <i>[indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]</i>  |
| 6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado]</i><br>Números de teléfono y facsímil: <i>[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]</i><br><br>Dirección de correo electrónico: <i>[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]</i>   |
| 7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: <i>[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]</i><br><br><input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa<br><input type="checkbox"/> Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio.<br><input type="checkbox"/> Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales |

### Firma del Representante Legal y sello de la empresa:

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

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

**Este formulario debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario (En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).**

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO (Cuando Aplique)

*[El Oferente y cada uno de sus miembros deberán completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación]*

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

CD No.019-2025.: *[indicar el número del proceso]*

|  |
|--|
| 1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>   |
| 2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio <i>[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]</i>   |
| 3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio <i>[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>   |
| 4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>  |
| 5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: <i>[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]</i>   |
| 6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio:<br><br>Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i><br><br>Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i><br><br>Números de teléfono y facsímil: <i>[[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i><br><br>Dirección de correo electrónico: <i>[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> |
| 7. Copias adjuntas de documentos originales de: <i>[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]</i><br><br><input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa<br><br><input type="checkbox"/> Si se trata de un ente gubernamental Hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales.   |

### Firma del Representante Legal y sello de la empresa:

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

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

**\* Este formulario debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario (En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).**

## DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O INHABILIDADES

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ y con Documento Nacional de Identificación/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) Tratar de sociedades mercantiles en cuyo capital social participen funcionarios o empleados públicos que tuvieran influencia por razón de sus cargos o participaren directa o indirectamente en cualquier etapa de los procedimientos de selección de contratistas. Esta prohibición se aplica también a las compañías que cuenten con socios que sean cónyuges, personas vinculadas por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de los funcionarios o empleados a que se refiere el numeral anterior, o aquellas en las que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de relación o de parentesco; y,
- 8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción”.

\*“ARTÍCULO 16.- Funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la República y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de Estado, los Directores Generales o Funcionarios de igual rango de las Secretarías de Estado, los Diputados al

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

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

Firma y sello: \_\_\_\_\_

**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 DE INTEGRIDAD

YO \_\_\_\_\_, Mayor de edad, de Estado Civil \_\_\_\_\_, de Nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, con Documentos Nacional de Identificación/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 el presente proceso de contratación induzcan a alterar el resultado del proceso u otros aspectos que pudieran otorgar condiciones más ventajosas en relación a los demás participantes.
- 3.- A no formular acuerdos con otros proveedores participantes o a la ejecución de acciones que sean constitutivas de:

**PRACTICA CORRUPTA**: Que consiste en ofrecer, dar, recibir, o solicitar, directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar indebidamente las acciones de otra parte.

**PRACTICA DE FRAUDE**: Que es cualquier acto u omisión, incluida la tergiversación de hechos y circunstancias, que deliberada o imprudentemente engañen, o intenten engañar, a alguna parte para obtener un beneficio financiero o de otra naturaleza o para evadir una obligación.

**PRACTICA DE COERCION**: Que consiste en perjudicar o causar daño, o amenazar con perjudicar o causar daño, directa o indirectamente, a cualquier parte o a sus bienes para influenciar indebidamente las acciones de una parte.

**PRACTICA DE COLUSION**: Que es un acuerdo entre dos o más partes realizado con la intención de alcanzar un propósito inapropiado, lo que incluye influenciar en forma inapropiada las acciones de otra parte.

**PRACTICA DE OBSTRUCCION**: Que consiste en a) destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia significativa para la investigación o realizar declaraciones falsas ante los investigadores con el fin de impedir materialmente una investigación sobre denuncias de una práctica corrupta, fraudulenta, cohesiva o colusoria; y/o amenazar, hostigar o intimidar a cualquier parte para impedir que divulgue su conocimiento de asuntos que son importantes para la investigación o que prosiga la investigación, o b) todo acto dirigido a impedir materialmente el ejercicio de los derechos del Estado.

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

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

6.- Declaro que mi representada no se encuentra en ninguna lista negra o en la denominada lista Clinton (o

cualquier otra que la reemplace, modifique o complemente) ni que haber sido agregado en la lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros del Tesoro del EEUU), así como que ninguno de sus socios, accionistas o representantes legales se encuentren impedidos para celebrar actos y contratos que violenten la Ley Penal.

7.- Autorizo a la institución contratante para que realice cualquier investigación minuciosa en el marco del respeto y al debido proceso sobre prácticas corruptivas en las cuales mi representada haya o 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: \_\_\_\_\_

**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 Documento Nacional de Identificación/pasaporte N° \_\_\_\_\_ actuando en mi condición de Representante Legal de la empresa \_\_\_\_\_ por la presente hago: DECLARACIÓN JURADA que ni mi persona, ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de los casos a que se refieren los Artículos de la Ley Contra el Lavado de Activos, que a continuación se detallan. ARTÍCULO 36, 37, 38, 39, 40 y 41.- “DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS. Incurrir en el delito de lavado de activos y debe ser sancionado con pena de seis (6) a quince (15) años de reclusión, quien por sí o por interpósita persona: Adquiera, invierta, transforme, resguarde, administre, custodie, transporte, transfiera, convierta, conserve, traslade, oculte, encubra, de apariencia de legalidad, legalice o impida la determinación del origen o la verdadera naturaleza, así como la ubicación, el destino, el movimiento o la propiedad de activos productos directos o indirectos de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la administración del Estado a empresas privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia. No obstante, la Pena debe ser de: 1) Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado sea igual o menor al valor equivalente a sesenta (70) salarios mínimos más altos en la zona; 2) Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión si el valor de los activos objeto del lavado supera un valor equivalente a los setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y, 3) Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión si el valor de los activos objeto de lavado, supere un valor equivalente a ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona. A los promotores, jefes dirigentes o cabecillas y beneficiarios directos o indirectos de las actividades de lavado de activos, se les debe imponer la pena que le correspondiere en el presente Artículo, incrementada en un tercio (1/3) de la pena. ARTÍCULO 37.-TESTAFERRATO. Debe ser sancionado de seis(6) a quince (15) años de reclusión, quien preste su nombre en actos o contratos reales o simulados, de carácter civil o mercantil, que se refieran a la adquisición, transferencias o administración de bienes que: procedan directa o indirectamente de las actividades de tráfico ilícito de drogas, trata de personas, tráfico ilegal de armas, falsificación de moneda, tráfico de órganos humanos, hurto o robo de vehículos automotores, robo a instituciones financieras, estafas o fraudes financieros en las actividades de la Administración del Estado, privadas o particulares, secuestro, extorsión, financiamiento del terrorismo, terrorismo, tráfico de influencias y delitos conexos y cualesquiera otro que atenten contra la Administración Pública, la libertad y seguridad, los recursos naturales y el medio ambiente; o que no tengan causa o justificación económica o lícita de su procedencia. La pena del delito de Testaferrato debe ser de: 1) Seis (6) a diez (10) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado sea igual o menor al valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos más altos de la zona; 2) Diez (10) años un (1) día a quince (15) años de reclusión, si el valor de los activos objeto del lavado supere un valor equivalente a setenta (70) salarios mínimos y no sobrepase un valor a los ciento veinte (120) salarios mínimos más altos de la zona; y, 3) Quince (15) años un (1) día a veinte (20) años de reclusión, si el valor de los activos objeto de lavado supere un valor equivalente de los ciento (120) salarios mínimos más altos de la zona. ARTÍCULO 38, DELITO DE ASOCIACIÓN ILÍCITA. Quienes se asocien o confabulen para cometer el delito de lavado de activos o

testa ferrato deben ser sancionados por ese solo hecho, con reclusión de seis (6) a diez (10) años. ARTÍCULO 39.- DELITO DE ENCUBRIMIENTO. Al autor del delito de encubrimiento de lavado de activos, se le debe sancionar con la pena señalada en el Artículo 38 de esta Ley, rebajada en un tercio (1/3). ARTÍCULO 40.- DELITO DE LAVADO DE ACTIVO EJECUTADO POR EMPLEADO O FUNCIONARIO PÚBLICO. El Empleado o Funcionario Público que valiéndose de su cargo participe, facilite o se beneficie en el desarrollo de los delitos de lavado de activos, encubrimiento del delito de lavado de activos o en la asociación para la ejecución de lavado de activos, debe ser sancionado con una pena igual a la establecida en el Artículo 38 de esta Ley, aumentada en un cuarto (1/4) y la inhabilitación absoluta definitiva en el ejercicio de cualquier cargo público, como penas principales. La pena indicada en este Artículo también se debe aplicar a los representantes legales de las personas jurídicas que hayan participado en la comisión de este delito. ARTÍCULO 41. DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS OMISIVO. El Sujeto Obligado que por la omisión en el cumplimiento de las obligaciones de la Debida Diligencia y prevención de lavado de activos facilitare la realización de esta conducta, se le debe sancionar con reclusión de dos (2) a cinco (5) años, a menos que la conducta desplegada se encuentre sancionada con una pena mayor”.

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

Firma y sello: \_\_\_\_\_

**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 DE LA CALIDAD DEL SERVICIO Y DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUERIMIENTOS INDICADOS EN LAS ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES TÉCNICAS

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ con Documento Nacional de Identificación/pasaporte N° \_\_\_\_ actuando en mi condición de Representante Legal de la empresa \_\_\_\_\_; por medio de la presente **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

**PRIMERO:** Que el servicio ofrecido cumplirá con las especificaciones técnicas y estándares de calidad que se establecerán en el contrato, solicitud de oferta, pliego de condiciones y cualquier norma aplicable.

**SEGUNDO:** Que se tomaran las medidas necesarias para garantizar la calidad de los productos y servicios ofrecidos durante todo el proceso de prestación.

**TERCERO:** Que se implementaran sistemas de control de calidad para asegurar el fiel cumplimiento de las condiciones indicadas en la sección \_\_\_\_\_ del pliego de condiciones.

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: \_\_\_\_\_

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

## AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ con Documento Nacional de Identificación/pasaporte N° \_\_\_\_\_ actuando en mi condición de Representante Legal de la empresa \_\_\_\_\_; por medio de la presente **AUTORIZO** para que el **INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)** pueda verificar con los emisores la documentación legal y financiera presentada.

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: \_\_\_\_\_

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

## DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICION

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

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

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

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

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

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

Cargo: [indicar cargo]

[Indicar nombre de la droguería]

## AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE DEL PRODUCTO

*[El Oferente solicitará al Titular o Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membretado del Titular o Fabricante y deberá estar firmada por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan al Titular o Fabricante. El Oferente deberá incluirla 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 Titular o Fabricante], como [titular oficial / fabricantes oficiales] de [indique el nombre de los bienes fabricados], con fábricas ubicadas en [indique la dirección completa de las fábricas o sede del titular], 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 nuestra fabricación o titularidad: [nombre y breve descripción de los bienes], y a negociar y firmar el Contrato que corresponda.

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 Titular o Fabricante]

Nombre: [indicar el nombre completo del representante autorizado]

Cargo: [indicar cargo]

Debidamente autorizado para firmar esta Autorización en nombre de: [nombre completo del Titular o Fabricante] Fechado en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024\_\_ [fecha de la firma]

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

Yo. \_\_\_\_\_, en representación de la Empresa

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

- Si existe alguna excepción o dificultad para cumplir con alguna condición en alguna partida, la he detallado claramente en la tabla de excepciones.
- Entiendo que la Comisión de Evaluación decidirá si acepta o rechaza estas excepciones.

Excepciones (si existen, indicar a continuación):

| N <sup>a</sup><br>PARTID<br>A | NOMBRE GENERICO | UM | Indicar en que<br>empaque o<br>etiquetado<br>Primario<br>Secundario<br>Terciario | ¿Qué aspecto no<br>cumple? | Explique el<br>motivo del<br>incumplimiento |
|-------------------------------|-----------------|----|--|----------------------------|---|
|                               |                 |    |  |                            |   |
|                               |                 |    |  |                            |   |
|                               |                 |    |  |                            |   |
|                               |                 |    |  |                            |   |
|                               |                 |    |  |                            |   |

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ SELLO \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE FECHA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN CENTRAL

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

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

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

Proceso: (ejemplo: Compra Directa/Licitación Pública/Licitación Privada) Numero de Proceso: (ejemplo: CD-No.0XX-2024)  
Descripción del proceso: (ejemplo: Adquisición de medicamentos para el IHSS) No. De orden de compra o contrato IHSS: (11xxxxxxx)

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

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

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



## FORMATO DE PRESENTACIÓN OFERTA” ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS”

| CUADRO DE EVALUACIÓN TÉCNICA CD-004-2025 "IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)" |   |  |   |  |   |  |                                       |             |
|--|---|--|---|--|---|--|---------------------------------------|-------------|
| <b>INFORMACION GENERAL DE LA PARTIDA SOLICITADA</b>  |   |  |   |  |   |  |                                       |             |
|  | N° PARTIDA  | CODIGO SAP                                       | DESCRIPCION TECNICA SOLICITADA          | CANTDAD SOLICITADA   |   | Nombre del Oferente:   | 🔒 Sección para llenado del oferente   |             |
| 🔒 Sección para llenado del oferente  | COMPLETE  | COMPLETE   | COMPLETE                                | COMPLETE   |   | Firma del Oferente:  | 🔒 Sección para llenado del oferente   |             |
| <b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS</b>   |   |  |   |  |   |  |                                       |             |
|  | DROGUERÍA   | NOMBRE COMERCIAL                                 | LABORATORIO FABRICANTE (PAÍS DE ORIGEN) | 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 ADMINISTRACIÓN                    |             |
| 🔒 Sección para llenado del oferente  | COMPLETE  | COMPLETE   | COMPLETE                                | COMPLETE   | COMPLETE  | COMPLETE   | COMPLETE                              |             |
| <b>CONDICIONES TÉCNICAS OFERTADAS</b>  |   |  |   |  |   |  |                                       |             |
|  | REGISTRO SANITARIO  | PERÍODO EXPIRACIÓN (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES | PLAN DE ENTREGA OFERTADO                | CERTIFICADO DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO / CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA / | AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE / N° FOLIO  | DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICIÓN / N° FOLIO                            | CANTIDAD OFERTADA                     | OBSERVACIÓN |
| 🔒 Sección para llenado del oferente  | NUMERO RS<br>FECHA QUE VENCE<br>N° RS ANTERIOR              | COMPLETE (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES           | COMPLETE                                | COMPLETE<br>(fecha vencimiento)  | COMPLETE<br>(con el nombre de quien emite la autorización laboratorio titular o fabricante) | COMPLETE<br>Nombre y cargo de quien firma la declaración jurada        | COMPLETE                              | COMPLETE    |
| 🔒 Sección para llenado del oferente  | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)<br>N° folio autentica | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)            | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)   | COMPLETE UBICACIÓN<br>N° folio (s)<br>N° folio apostillado<br>N° folio autentica         | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)<br>N° folio autentica                                 | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)<br>N° folio autentica            | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s) |             |

**FORMULARIO DE GARANTIA MANTENIMIENTO DE OFERTA**

**NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO**  
**GARANTIA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N°** \_\_\_\_\_

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

**AFIANZADO/GARANTIZADO:** \_\_\_\_\_

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

**Fianza / Garantía** a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la **OFERTA**, presentada en la Contratación Directa para la Ejecución del Proyecto: “\_\_\_\_\_” ubicado en \_\_\_\_\_.

**SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA:** \_\_\_\_\_

**VIGENCIA** De: \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

Todas las garantías deberán incluir **textualmente** la siguiente cláusula obligatoria.

**“LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.”**

Las garantías o fianzas emitidas a favor del BENEFICIARIO serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática **y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.**

Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:

1. Retira su oferta durante el período de validez de la misma.
2. No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.
3. Si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el período de validez de la misma, no firma o rehúsa firmar el Contrato, o se rehúsa a presentar la Garantía de Cumplimiento.
4. Cualquier otra condición estipulada en el pliego de condiciones.

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.



**SELLO Y FIRMA AUTORIZADA**

## FORMULARIO DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO

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

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

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

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

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar que el Garantizado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, **CUMPLIRA** cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el contrato firmado al efecto entre el Garantizado y el Beneficiario, para la Ejecución del Contrato: “ \_\_\_\_\_ ”

**SUMA GARANTIZADA:** \_\_\_\_\_

**VIGENCIA** De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

Todas las garantías deberán incluir **textualmente** la siguiente cláusula obligatoria.

**“LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERAN HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.”**

Las garantías emitidas a favor del BENEFICIARIO serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática **y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.**

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA

## GARANTÍA DE CALIDAD (Cuando aplique)

BANCO \_\_\_\_\_  
GARANTIA DE CALIDAD N°: \_\_\_\_\_

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

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

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

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar la **CALIDAD** de los **suministros**, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, 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 \_\_\_\_\_.

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA

## **CONTRATO N°xxx-2025 “IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS”**

Nosotros Carla Marina Paredes Reyes, mayor de edad, Doctora, con Documento Nacional de Identificación (DNI) N° 0506-1966-013478 y de este domicilio, actuando en mi condición de Comisionada Presidente de la Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), entidad con Personería Jurídica creada mediante Decreto Legislativo N°140 de fecha 19 de mayo de 1959, publicado en La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras, con fecha 3 de julio de 1959 y nombrado mediante acuerdo Ejecutivo de la Presidencia de la Republica de Honduras No. 223-2024 de fecha 07 de Noviembre de 2024, conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo No. PCM-33-2024 de fecha 05 de Noviembre de 2024, con Oficinas Administrativas en el Barrio Abajo de Tegucigalpa, con R.T.N. N°08019003249605, quien para los efectos de este Contrato se denominará “EL INSTITUTO” y por otra parte hondureño, mayor de edad, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y de este domicilio con dirección en, con número de celular \_\_\_\_\_, y correo electrónico, \_\_\_\_\_ actuando en su calidad de Representante Legal de la SOCIEDAD \_\_\_\_\_, según consta en poder de administración otorgado a su favor mediante Instrumento Público número \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, ante los oficios del notario \_\_\_\_\_; inscrito bajo el tomo \_\_\_\_\_, numero \_\_\_\_\_ del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil de \_\_\_\_\_; RTN No. \_\_\_\_\_ en adelante denominado “EL CONTRATISTA”, hemos convenido en celebrar, el presente CONTRATO, para la prestación de la **COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS**, el cual se registrá de acuerdo a las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO**; manifiesta “EL INSTITUTO” que la Jun INTERVENTORA MEDIANTE PCM N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, el INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) \_\_\_\_\_ aceptó la recomendación de la comisión evaluadora del proceso Contratación Directa N° CD-019-2025, para la adjudicación de lo siguiente: (describir los insumos) \_\_\_\_\_. **SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO**; el valor de los servicios prestados “EL CONTRATISTA”, identificados en la cláusula anterior, asciende a la suma estimada de \_\_\_\_\_ LEMPIRAS EXACTOS (L \_\_\_\_\_), Se debe incluir los insumos con precio mensual y anual. El valor del contrato será pagado en Lempiras, con recursos propios disponibles en el disponibles en el Reglón xxxx del presupuesto del “INSTITUTO” para el año fiscal 2025. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), cancelará un (1) solo pago pago una vez recibida la totalidad de los productos, de acuerdo a la orden de compra SAP y contrato; una vez presentada la documentación pertinente. Dicho pago se efectuará en moneda de curso legal, a través de la Gerencia Administrativa y Financiera del IHSS y se tramitará de acuerdo a los procedimientos ya establecidos por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, para ello deberá presentar los documentos siguientes: Documentos a presentar para la gestión del pago son los siguientes: Factura original en que se indique la descripción, cantidad, precio unitario y monto total del suministro adquirido por el IHSS. Recibo original por el monto a cobrar a nombre del IHSS. \* Acta de recepción definitiva de la entrega de los PRODUCTOS avalado y firmado por el personal encargado del Almacén Central. Comprobante de pago de cotizaciones del IHSS, vigente. Constancia electrónica vigente

de estar sujetos al régimen de pagos a cuenta. Constancia de Solvencia Fiscal vigente. Copia de la orden de compra exonerada. (Cuando aplique). Orden de compra Original SAP. Fotocopia del Contrato. Copia de la Garantía de Cumplimiento. Copia de Garantía de Calidad. Si el Comprador no recibe dichos documentos en la oportunidad indicada, todos los gastos consecuentes correrán por cuenta del Proveedor.: **TERCERA: PRECIO A QUE SE SUJETA EL CONTRATO;** el precio o valor del contrato incluido en la Cláusula Segunda permanecerá fijo durante el período de validez del contrato y no será sujeto a variación alguna, solo en aquellos casos en que favorezcan al “INSTITUTO”. **CUARTA: PAGO DE IMPUESTOS Y OTROS DERECHOS;** todos los pagos que sea necesario efectuar en conceptos de impuestos y derechos o cualquier otro tipo de impuestos o gravamen de los servicios contratados, correrán a cuenta de “EL CONTRATISTA” sin ninguna responsabilidad pecuniaria para el “INSTITUTO”. **QUINTA: PRESTACION DEL SERVICIO:** EL CONTRATISTA realizará la prestación del servicio de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas en el documento base de CD-019-2025, que será supervisado por personal del IHSS.- **SEXTA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO;** Diez días hábiles después de la notificación del aviso de adjudicado, con el objeto de asegurar al “EL INSTITUTO”, el cumplimiento de todos los plazos, condiciones y obligaciones de cualquier tipo, especificadas de este contrato, “EL CONTRATISTA” constituirá a favor de “EL INSTITUTO”, una Garantía de Cumplimiento equivalente al quince por ciento (15%) del valor total de este contrato, vigente hasta tres (3) meses después del plazo previsto para la prestación de los servicios. La no presentación de la garantía solicitada en esta cláusula dará lugar a la resolución del contrato sin derivar responsabilidad alguna para “EL INSTITUTO”. La garantía de cumplimiento será devuelta por “EL INSTITUTO”, a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguiente a la fecha en que “EL CONTRATISTA” haya cumplido con todas sus obligaciones contractuales. . - **SEPTIMA: CLAUSULA OBLIGATORIA DE LAS GARANTIAS;** todos los documentos de garantía deberán contener la siguiente cláusula obligatoria: “LA PRESENTE GARANTÍA ES SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE REALIZACIÓN AUTOMÁTICA, DEBIENDO SER EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, AL SIMPLE REQUERIMIENTO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), ACOMPAÑADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE, SIN NECESIDAD DE TRÁMITES PREVIOS AL MISMO. SIN PERJUICIO DE LOS AJUSTES QUE PUDIERA HABER, SI FUERE EL CASO, QUE SE HARAN CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DEL VALOR TOTAL. QUEDANDO ENTENDIDO QUE ES NULA CUALQUIER CLÁUSULA QUE CONTRAVENGA LO ANTERIOR. LA PRESENTE TENDRÁ CARÁCTER DE TÍTULO EJECUTIVO Y SU CUMPLIMIENTO SE EXIGIRÁ POR LA VÍA DE APREMIO. SOMETIÉNDOSE EXPRESAMENTE A LA JURISDICCION Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DEL DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN.” A las garantías no deberán adicionarles cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria. **OCTAVA: ERRORES Y OMISIONES EN LA OFERTA O EN LOS BIENES OBJETOS DE ESTE CONTRATO;** los errores contenidos en la oferta y otros documentos presentados por “EL CONTRATISTA” y que se incorporen al contrato, correrán por cuenta y riesgo de este, independientemente de cualquiera de las garantías mencionadas en este contrato y sin perjuicio de cualquier otro derecho que “EL INSTITUTO”, pueda tener o usar para remediar la falta; **“NOVENA: CESION DEL CONTRATO O SUB-CONTRATACION;** Los derechos derivados de este contrato no podrán ser cedidos a terceros. **DECIMA: CLAUSULA DE SANCION POR INCUMPLIMIENTO;** Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso, en relación con el monto total del saldo del contrato al



momento del incumplimiento de acuerdo a la tasa fiscal vigente de conformidad. A lo establecido en las Disposiciones Generales de Ingresos y Egresos de la República. Si el contrato surtiera efecto en otro ejercicio fiscal, la multa será aplicable de acuerdo a lo establecido en la forma y el monto establecido en las disposiciones generales de presupuesto vigente al momento de cometer la infracción. **DECIMO PRIMERA: RELACIONES LABORALES; “EL CONTRATISTA”** asume en forma directa y exclusiva, en su condición de patrono, todas las obligaciones laborales y de seguridad social con el personal que asigne a las labores en la prestación de los servicios y cualquier otro personal relacionado con el cumplimiento del presente contrato, relevando completamente a “EL INSTITUTO” de toda responsabilidad al respecto, incluso en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional. **DECIMO SEGUNDA: MODIFICACIÓN;** el presente Contrato podrá ser modificado dentro de los límites previstos en los Artículos 121, 122 y 123 de la Ley de Contratación del Estado, mediante la suscripción de un adendum en las mismas condiciones que el presente contrato. **DECIMO TERCERA: CAUSAS DE RESOLUCION DEL CONTRATO;** el grave o reiterado incumplimiento de las cláusulas convenidas, la falta de constitución de la garantía de cumplimiento del contrato o de las demás garantías a cargo del contratista dentro de los plazos correspondientes, la disolución de la sociedad mercantil contratista, la declaración de quiebra o de suspensión de pagos del contratista, o su comprobada incapacidad financiera, los motivos de interés público o las circunstancias imprevistas calificadas como caso fortuito o fuerza mayor, sobrevinientes a la celebración del contrato, que imposibiliten o agraven desproporcionadamente su ejecución, el incumplimiento de las obligaciones de pago más allá del plazo de cuatro (4) meses, el mutuo acuerdo de las partes, igual sucederá en caso de recorte presupuestarios de fondos nacionales que se efectúe por razón de la situación económica y financiera del país, lo anterior en cumplimiento del Artículo 4-2025 que contiene el Presupuesto de Ingresos de La Administración Pública para el año 2025, publicado en la Gaceta Diario Oficial de la República. **DECIMO CUARTA: FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO;** Para los efectos del presente contrato se considera como caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificados a juicio de “EL INSTITUTO”, entre otras: catástrofes provocadas por fenómenos naturales, accidentales, huelgas, guerras, revoluciones, motines, desorden social, naufragio o incendio. **DECIMO QUINTA: VIGENCIA DEL CONTRATO;** El contrato tendrá una vigencia de seis (6) meses una vez recibida la Orden de Compra SAP **DECIMO SEXTA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DE ESTE CONTRATO;** forman parte de este CONTRATO: Los documentos de licitación constituidos por Invitación, documento base de Contratación Directa N° CD-019-2025 incluyendo las aclaraciones a la mismas emitidas por “EL INSTITUTO” o remitidas por “EL CONTRATISTA”, la oferta técnica revisada, la oferta económica, así como cualquier otro documento que se anexe a este contrato por mutuo acuerdo de las partes. **DECIMO SEPTIMA: NORMAS SUPLETORIAS APLICABLES;** en lo no previsto en el presente contrato, serán aplicables las normas contenidas en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento, la Ley General de la Administración Pública, la Ley de Procedimiento Administrativo, la Ley del Derecho de Autor y de los Derechos Conexos, la Ley Orgánica de Presupuesto y el Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República vigentes y su Reglamento, demás leyes vigentes en Honduras que guardan relación con los procesos de contratación del Estado. Asimismo, en cumplimiento del Decreto N° que contiene las Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República vigente y de las Instituciones Descentralizadas, para el año, se transcribe el Artículo del mismo que textualmente indica: “En todo contrato financiado con fondos externos, la suspensión o cancelación del préstamo o donación puede dar lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que el pago correspondiente a las obras o servicios ya ejecutados a la

fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato. Igual sucederá en caso de recorte presupuestario de fondos nacionales que se efectúe por razón de la situación económica y financiera del país, la estimación de la percepción de ingresos menor a los gastos proyectados y en caso de necesidades imprevistas o de emergencia. Lo dispuesto en este Artículo debe estipularse obligatoriamente en todos los contratos que se celebren en el sector público. En cumplimiento del numeral Primero del Acuerdo SE-037-2013 publicado el 23 de agosto de 2013, en el Diario Oficial La Gaceta, se establece **DECIMO OCTAVA: “CLAUSULA DE INTEGRIDAD.-** Las partes en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 7 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LTYAIP) y con la convicción de que evitando las prácticas de corrupción podremos apoyar la consolidación de una cultura de transparencia, equidad y rendición de cuentas en los procesos de contratación y adquisiciones del Estado, para así fortalecer las bases del estado de derecho, nos comprometemos libre y voluntariamente a: 1. Mantener el más alto nivel de conducta ética, moral y de respeto a las leyes de la república, así como los valores: INTEGRIDAD, LEALTAD CONTRACTUAL, EQUIDAD, TOLERANCIA, IMPARCIALIDAD Y DISCRECION CON LA INFORMACION CONFIDENCIAL QUE MANEJAMOS, ABSTENIENDONOS A DAR INFORMACIONES PUBLICAS SOBRE LA MISMA, 2) Asumir una estricta observancia y aplicación de los principios fundamentales bajo los cuales se rigen los procesos de contratación y adquisiciones públicas establecidas en la Ley de Contratación del Estado, tales como transparencia, igualdad y libre competencia; 3) Que durante la ejecución del contrato ninguna persona que actúa debidamente autorizada en nuestro nombre y representación y que ningún empleado o trabajador, socio o asociado, autorizado o no realizará: a) Prácticas corruptivas, entendiendo éstas como aquellas en la que se ofrece dar, recibir, o solicitar directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar las acciones de la otra parte; b) Prácticas Colusorias: entendiendo estas como aquellas en las que denoten sugieran o demuestren que existen un acuerdo malicioso entre dos o más partes o entre una de las partes, y uno y varios terceros, realizados con el propósito de alcanzar un propósito inadecuado, incluyendo influenciar de forma inapropiada las acciones de la otra parte; 4) Revisar y verificar toda la información que deba ser presentada a través de terceros, a la otra parte para efectos del contrato y dejamos manifestado que durante el proceso de contratación o adquisición causa de este contrato, la información intercambiada fue debidamente revisada y verificada por lo que ambas partes asumen y asumirán la responsabilidad por el servicio de información inconsistente, imprecisa o que no corresponda a la realidad, para efectos de este contrato; 5) Mantener la debida confidencialidad sobre toda la información a que se tenga acceso por razón del contrato, y no proporcionarla ni divulgarla a terceros y a su vez, abstenernos de utilizarla para fines distintos; 6. Aceptar las consecuencias a que hubiere lugar, en caso de declararse el incumplimiento de alguno de los compromisos de esta Cláusula por Tribunal competente, y sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal en la que se incurra; 7. Denunciar en forma oportuna ante las autoridades correspondientes cualquier hecho o acto 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 derivadas del régimen laboral y, en su caso entablar las acciones legales que correspondan. B. De parte del Contratante: i. A la eliminación definitiva del Contratista o Consultor y a los subcontratistas responsables o que



pudiendo hacerlo no denunciaron la irregularidad de su Registro de Proveedores y Contratistas que al efecto llevaré para no ser sujeto de elegibilidad futura en procesos de contratación; ii. A la aplicación al empleado o funcionario infractor, de las sanciones que correspondan según el Código de Conducta Ética del Servidor Público, sin perjuicio de exigir la responsabilidad administrativa, civil y/o penal a las que hubiere lugar. En fe de lo anterior, las partes manifiestan la aceptación de los compromisos adoptados en el presente documento bajo el entendido que esta Declaración forma parte integral del Contrato firmado voluntariamente para constancia.”

**DECIMO NOVENA: JURISDICCION Y COMPETENCIA;** para la solución de cualquier situación controvertida derivada de este contrato y que no pudiera arreglarse conciliatoriamente, ambas partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales de Justicia de Francisco Morazán. En fe de lo cual y para constancia, ambas partes suscribimos este contrato, en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los ----- días del mes de ----- del año dos mil-----.

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

FIRMAS

## CARTA DE INVITACIÓN

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

Su Oficina

**Ref. CD-019-2025 "IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS "**

Estimados Señores:

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) ha iniciado el proceso de **CONTRATACIÓN DIRECTA No. CD-019-2025**. Para lo cual está invitando a su representada a participar en este proceso. El financiamiento para la realización del presente proceso proviene de fondos propios del IHSS.

El proceso se efectuará conforme a los procedimientos de Contratación Directa (CD-019-2025) establecidos en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento y procedimiento del IHSS. Decreto Ejecutivo Número PCM-33-2024.

Los documentos del proceso podrán ser examinados en el Sistema de Información de Contratación y Adquisiciones del Estado de Honduras, "HonduCompras" ([www.honducompras.gob.hn](http://www.honducompras.gob.hn)), a partir del día **XXXXX XXXXXX de 2025** y en el Portal de Transparencia del IHSS ([www.portalunico.iaip.gob.hn](http://www.portalunico.iaip.gob.hn)), así mismo será publicado en un diario de mayor circulación del país; se recibirán interpretaciones, aclaraciones u omisiones si las hubiere, deberán ser presentadas al Comprador en forma escrita en las oficinas Instituto Hondureño de Seguridad Social, Barrio Abajo, Tegucigalpa y al correo electrónico: **adquisiciones@ihss.hn**, (10) días calendarios previos a la apertura de ofertas, **fecha máxima para recibir solicitudes de aclaración XXXX de XXXXX del XXXXX**.

Las ofertas físicas y digitales se entregarán en el salón de sesiones de invalidez vejez y muerte (IVM) del IHSS, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A. **hasta las 10:00 a.m., del día XX XX de xxx del 2025** y ese mismo día a las 10:15 a.m., hora oficial, en el mismo salón, se celebrará en audiencia pública la apertura de ofertas en presencia de los oferentes, sus representantes legales o la persona designada por el oferente. Las ofertas que se presenten fuera de plazo estipulado serán rechazadas. Todas las ofertas deberán estar acompañadas de una Garantía de Mantenimiento de oferta por al menos el 2% del monto de la oferta.

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, **julio ----2025**

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



LISTA DE ASISTENCIA DE SOCIALIZACIÓN DE LA BASE DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. CD-019-2025

LISTA DE ASISTENCIA 29/JULIO/2025

| No. | Nombre                    | Unidad           | Hora             | Firma |
|-----|---------------------------|------------------|------------------|-------|
| 1   | Nolvia Claudina Velásquez | Dirección Médica | 2:30 - 3:00 p.m. |       |
| 2   | Raúl Ernesto Pineda P.    | Compras          | 2:30 - 3:00 p.m. |       |
| 3   |                           |                  |                  |       |

Estamos en total acuerdo con el contenido de la base socializada

**VISTO BUENO**

**E-46-2025**

Tegucigalpa, M.D.C.

**A:** **Dra. Carla Marina Paredes Reyes**  
Presidenta Comisión Interventora del IHSS

**DE:** **Lic. Santos Cecilio Oviedo**  
CPC-0078

**FECHA:** 11 de agosto de 2025

En respuesta a lo solicitado en el memorando N° 1999-SGSMYC-2025, sobre la solicitud de revisión a **las bases del proceso de Contratación Directa N° CD-019-2025**, sobre la adquisición de medicamento fuera del LOM para paciente del HRN, **otorgo el Visto Bueno** al siguiente documento:

- **Bases de Contratación Directa N° CD-019-2025 "IHSS-DMN-Compra Directa de Medicamento fuera del LOM Risdiplam 0.75mg/ml Polvo para Reconstruir a Solución Oral para Paciente en el Hospital Regional del Norte del IHSS".**

Haciendo constar que la documentación de soporte que he tenido a la vista, **incluyendo el Dictamen Legal**, se ajusta al marco regulatorio y normativo pertinente a la contratación pública, tal como se detalla en la Lista para el Aseguramiento FCPC-14 del Pliego de Condiciones.

Este Visto Bueno no exime de ningún tipo de responsabilidad a los funcionarios y empleados que participaron en la elaboración y aprobación del documento al que se le otorga.

Sinceramente,



  
**Santos Cecilio Oviedo**  
Número CPC-0078



Archivo  
Tegucigalpa,  
Honduras.

*Carla Pineda*  
*12-08-25*  
*8:45 a.m.*



| LISTA PARA ASEGURAMIENTO DEL ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA CONTRATACIÓN DIRECTA   |   |                       |    |    |   |  |
|--|---|-----------------------|----|----|---|--|
| FCPC-14  |   | AUTORIZACION          |    |    | 1.0   |  |
| PROCESO: CD-019-2025   |   |                       |    |    | Observaciones:  |  |
| NOMBRE DEL PROCESO: "IHSS-DMN-COMPRAS DIRECTA DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS". |   |                       |    |    |   |  |
| TIPO DE ASEGURAMIENTO:   |   |                       |    |    |   |  |
| PREIO A LA AUTORIZACIÓN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA U ORGANO DIRECTIVO SUPERIOR <input type="checkbox"/>  |   |                       |    |    |   |  |
| OTRO <input type="checkbox"/>  |   |                       |    |    |   |  |
| INSTITUCIÓN: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL   |   |                       |    |    |   |  |
| GERENCIA ADMINISTRATIVA: SUB-GERENCIA DE SUMINISTROS, MATERIALES Y COMPRAS   |   |                       |    |    |   |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |   | DOCUMENTO DE RESPALDO | SI | NO | FOLIO(S)  |  |
| 1. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ACTUACIONES PREVIAS  |   |                       |    |    |   |  |
| EL PROCESO SE ENCUENTRA EN EL PACC   | LÍNEA DEL PACC AL QUE CORRESPONDE   |                       | X  |    | AUTORIZACION PARA INCLUIRLO EN LA CUARTA VERSION DEL PACC SEGÚN MEMORANDO N° 8511GAYF-2025. |  |
| EL PROCESO TIENE VINCULACIÓN CON EL POA Y PRESUPUESTO  | VINCULACIÓN DEL PROCESO CON EL POA Y EL PRESUPUESTO                                 | X                     |    |    |   |  |
| SOLICITUD DE LA UNIDAD REQUIRENTE  | MEMORANDO O REQUISICIÓN   | X                     |    |    |   |  |
| ESTUDIOS PREVIOS FINALIZADOS   | ESTUDIO REMITIDO POR UNIDAD TECNICA   |                       | X  |    |   |  |
| DISEÑO FINALIZADO (SI APLICA)  | DISEÑO ADJUNTO  |                       | X  |    |   |  |
| ESPECIFICACIONES GENERALES Y TECNICAS  | ESPECIFICACIONES REMITIDAS POR UNIDAD TECNICA Y REVISADA POR UNIDAD DE LICITACIONES | X                     |    |    |   |  |
| IDENTIFICACIÓN DE UNIDAD VERIFICADORA DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO  | MEMORANDO DE UNIDAD TÉCNICA   | X                     |    |    |   |  |
| ESTIMACIÓN DEL MONTO DE LA CONTRATACIÓN  | MEMORANDO O SOLICITUD DE UNIDAD TECNICA   | X                     |    |    |   |  |
| APROBACIÓN PRESUPUESTARIA  | COMPROBANTE DE RESERVA PRESUPUESTARIA PARA EL PROCESO                               | X                     |    |    | MEMORANDO N° 2030-SGP/IHSS-2025   |  |
| LA CONTRATACIÓN DIRECTA ES CONGRUENTE CON LA NORMA APLICABLE   | IDENTIFICACIÓN EXPRESA EN LA NORMA APLICABLE  | X                     |    |    | DECRETO EJECUTIVO PCM 33-2024 DEL 05 DE NOVIEMBRE DE 2024.                                  |  |
| SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE JUSTIFICADA LA CONTRATACIÓN DIRECTA   | EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO   | X                     |    |    |   |  |
| 2. VERIFICACIÓN DEL ACUERDO DE AUTORIZACIÓN DE CONTRATACIÓN DIRECTA  |   |                       |    |    |   |  |
| REDACCIÓN DEL ACUERDO SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE MOTIVADA Y FUNDAMENTADA   | ACUERDO SUSCRITO POR LA AUTORIDAD INSTITUCIONAL                                     |                       | X  |    | NO SE ADJUNTA NINGUN ACUERDO  |  |
| EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SE PRETENDE AUTORIZAR ES CONGRUENTE CON EL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO Y CON LA NECESIDAD A SATISFACER   | ACUERDO SUSCRITO POR LA AUTORIDAD INSTITUCIONAL                                     |                       | X  |    | NO SE ADJUNTA NINGUN ACUERDO  |  |
| EL MONTO ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN ES CONGRUENTE CON EL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO Y CON LA NECESIDAD A SATISFACER  | ACUERDO SUSCRITO POR LA AUTORIDAD INSTITUCIONAL                                     |                       | X  |    | NO SE ADJUNTA NINGUN ACUERDO  |  |
| EL ACUERDO TIENE DELIMITADO EL PLAZO DE VIGENCIA   | ACUERDO SUSCRITO POR LA AUTORIDAD INSTITUCIONAL                                     |                       | X  |    | NO SE ADJUNTA NINGUN ACUERDO  |  |
| EL ACUERDO INDICA LOS MEDIOS DE VERIFICACIÓN   | ACUERDO SUSCRITO POR LA AUTORIDAD INSTITUCIONAL                                     |                       | X  |    | NO SE ADJUNTA NINGUN ACUERDO  |  |
| SOLICITANTE DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD  |   |                       |    |    | COMPRADOR PÚBLICO CERTIFICADO   |  |
| NOMBRE: SANTOS ELOISA MEJIA GALO   |   |                       |    |    | NOMBRE: SANTOS CECILIO OVIEDO   |  |
| CARGO: SUBGERENCIA DE SUMINISTROS, MATERIALES Y COMPRAS  |   |                       |    |    | CPC N° 0078   |  |
| FECHA: 11.08.2025  |   |                       |    |    | FECHA: 11.08.2025   |  |
| FIRMA   |   |                       |    |    | FIRMA  |  |



52

**Memorando No. 1999-SGSMYC-2025**

**Para:** LIC. SANTOS CECILIO OVIEDO  
Comprador Público Certificado



**De:** LIC. ELOISA MEJÍA GALO  
Subgerencia de Suministros Materiales y Compras

**Asunto:** Ref.: Solicitud de Visto Bueno del documento Base del Proceso de Contratación Directa CD-019-2025.

**Fecha:** 07 de agosto de 2025



De la manera más atenta, y con el debido respeto, se le solicita la respectiva revisión y visto bueno a la Base de Contratación Directa No. **CD-019-2025 IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS.**

Adjunto lo que a continuación se detalla:

1. Dictamen Legal, Memorando No. 1778-UAL-2025
2. Pliego de Contratación Directa en digital CD-019-2025
3. Disponibilidad Presupuestaria, Memorando No. 2030-SGP/IHSS-2025
4. Autorización, mediante Memorando 8511-GAyF-2025
5. Solicitud de Compra Directa donde adjunta autorización por la Comisión Interventora..., Dictamen legal donde indica que es procedente la compra del medicamento supraindicado, notificación de no existencias, Justificación, Condiciones y Especificaciones Técnicas. Memorando No. 957-DMN-IHSS-2025
6. POA 2025

**Nota:** El proceso esta pendiente de ser incluido en la versión 4 del PACC 2025

Atentamente,

 Expediente CD-019-2025  
 Archivo  
Repp

*Cecilio Oviedo*  
FMD  
08.08.25  
9:58 a.m.

S3



## MEMORANDO No. 1778-UAL-2025

**PARA:** MSC. ELOISA MEJIA  
Sub Gerencia de Suministros Materiales y Compras

**DE:** ABGDO. ROMMEL JANIN LUPY MORENO  
Jefe de Unidad de Asesoría Legal

**ASUNTO:** DICTAMEN LEGAL DE BASES DE CONTRATACION DIRECTA CD-019-2025 IHSS DMN-COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS

**FECHA:** 06 de agosto del año 2025

Cordialmente, y en atención a lo solicitado en fecha 30 de julio del año 2025 mediante Memorándum **1893-SGSMYC-2025** suscrito por la Sub Gerencia de Suministro Materiales y Compras; en lo relativo a la emisión del Dictamen Legal requerido para la Aprobación del Pliegos de Condiciones para la Licitación correspondiente al proceso de Contratación Directa CD-019-2025 IHSS DMN-COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS; Dictamen que se emite en los términos siguientes:

### ANTECEDENTES

A través del Memorando **No. 1893-SGSMYC-2025**, suscrito en fecha 30 de julio de 2025 por la Sub Gerencia de Suministro Materiales y Compras, se respalda y acompaña la documentación soporte que acredita la necesidad de ADQUIRIR MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS, la solicitud de adquisición mediante Contratación Directa se debió a que este medicamento RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL no se encuentran en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM) y es requerido para el paciente **SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ** con documento Nacional de Identificación No. **1704-2021-02759**, con diagnóstico de atrofia muscular espinal congénita tipo 2.

Con fecha 21 de julio del año 2025, a través del Memorando **No.2030-SGP/IHSS-2025**, la Subgerencia de Presupuesto comunica la existencia de disponibilidad presupuestaria para el proceso identificado como Contratación Directa **No. CD 019-2025** IHSS DMN-COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS. **L.1,435,000.00 (UN MILLON**

Rommel Pineda  
7-8-25  
11:57 am

|   |          |
|---|----------|
| INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL         |          |
| SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS |          |
| DOCUMENTACIÓN RECIBIDA                          |          |
| FECHA:  | 7-8-25   |
| HORA:   | 11:38 am |
| NOMBRE:   | moreno   |

**CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL LEMPIRAS EXACTOS)**, se cuenta con disponibilidad presupuestaria en la estructura que se detalla a continuación:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Fondo:</b>            | RSAS-RP Régimen del Seguro de Atención de la Salud       |
| <b>Área Funcional:</b>   | SA190001 Régimen del Seguro de Atención de la Salud      |
| <b>Centro gestor :</b>   | SA411000 Gerencia Régimen Seguro de Atención de la Salud |
| <b>Pospre:</b>           | 35210 Productos Farmacéuticos y Medicinales              |
| <b>Monto Disponible:</b> | L1,435,000.00  |

A través del Memorando **No. 8511-GAYF-2024**, emitido por la Gerencia Administrativa y Financiera con fecha 15 de julio de 2025, se hace referencia al Memorando **No. 957-DMN-IHSS-2025** en este memorando, se autoriza el inicio del proceso para la ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS. Se establece que se cuenta con Memorando No. 2493-CI-IHSS-2025 de fecha 23 de junio de 2025.

## MARCO LEGAL

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

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

De lo cual se infiere que la modalidad para la adquisición de dichos servicios deberá adoptar la forma nominada en el artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado, es decir: Licitación Pública, Licitación Privada o Contratación Directa.

Encontrando los parámetros relativos a la procedencia de dichas modalidades en el artículo 111 de las Disposiciones Generales del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República para el Ejercicio Fiscal 2025 publicado el 06 de febrero del año 2025 en el Diario Oficial de la República de Honduras No. 36,759.

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



la conformación del expediente de contratación y a la consecuente elaboración de los Pliegos de Condiciones.

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

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

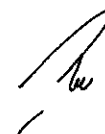
Para tales efectos, de conformidad a lo establecido por el artículo 31 numeral 3) de la Ley de Contratación del Estado, la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones (ONCAE), elaborará modelos de los pliegos de condiciones que contendrán los requisitos y especificaciones que regirán la presentación de las ofertas, así como aspectos generales de los procesos de licitación.

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

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

Los Pliegos antes referidos deberán ser aprobados por el Órgano que habrá de adjudicar el contrato, tal disposición emana del contenido de los artículos: 11 y 12 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 19, 20 y 44.-C párrafo primero de su reglamento. Por lo que, en aplicación de los artículos: 19 y 20 numerales; 3) y 7) de la Ley del IHSS, en relación con el artículo 111 del presupuesto

SG



General para el Ejercicio Fiscal 2025 el Órgano Legitimado para efectuar tal aprobación será la Comisión Interventora del IHSS.

El artículo 9 de la Ley de Contratación del Estado en su párrafo cuarto señala: Cuándo ocurran situaciones de emergencia ocasionados por desastres naturales, epidemias, calamidad pública, necesidades de la defensa o relacionadas con estados de excepción, **u otras circunstancias excepcionales que afectaren sustancialmente la continuidad o la prestación oportuna y eficiente de los servicios públicos**, podrá contratarse la construcción de obras públicas, el suministro de bienes o de servicios o la prestación de servicios de consultoría que fueren estrictamente necesarios, sin sujetarse a los requisitos de licitación y demás disposiciones reglamentarias, sin perjuicio de las funciones de fiscalización.

El Artículo 23 de la Ley de Contratación del Estado señala: Requisitos previos: Con carácter previo al inicio de un procedimiento de contratación, la Administración deberá contar con los estudios, diseños o especificaciones generales y técnicas, debidamente concluidos y actualizados, en función de las necesidades a satisfacer, así como, con la programación total y las estimaciones presupuestarias; preparará, asimismo, los Pliegos de Condiciones de la licitación o los términos de referencia del concurso y los demás documentos que fueren necesarios atendiendo al objeto del contrato. Estos documentos formarán parte del expediente administrativo que se formará al efecto, con indicación precisa de los recursos humanos y técnicos de que se dispone para verificar el debido cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Podrá darse inicio a un procedimiento de contratación antes de que conste la aprobación presupuestaria del gasto, pero el contrato no podrá suscribirse sin que conste el cumplimiento de este requisito, todo lo cual será hecho de conocimiento previo de los interesados.

El artículo 63 numeral 1 de la Ley de Contratación del Estado preceptúa: Supuestos. La contratación directa podrá realizarse en los casos siguientes: 1) Cuando tenga por objeto proveer a las necesidades ocasionadas por una situación de emergencia al amparo de lo establecido en el Artículo 9 de la presente Ley;

El Decreto Ejecutivo Número PCM 33-2024 de fecha 5 de noviembre del 2024 en su artículo 1 expresa: Nombrar una Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), con el objeto de garantizar el cumplimiento del derecho humano a la salud, asegurar la provisión de servicios, insumos, medicamentos, infraestructura adecuada y la atención oportuna de la población hondureña beneficiaria del servicio público de seguridad social. La Comisión Interventora, en su calidad de máxima autoridad del Instituto, se encargará de su administración y funcionamiento, con amplios poderes como órgano de decisión superior conforme a las facultades otorgadas en el presente Decreto y las contenidas en el artículo 100 de la Ley General de la Administración Pública, así como todas aquellas facultades que legalmente le correspondan. En virtud de la presente intervención, quedan en suspenso en el ejercicio de sus funciones la Junta Directiva, el Director y el Subdirector Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

El Decreto Ejecutivo Número PCM 33-2024 de fecha 5 de noviembre del 2024 en su Artículo 3. Inciso c) preceptúa: La Comisión Interventora deberá enmarcar su gestión, entre otras, en las acciones siguientes: c) Llevar a cabo de manera inmediata las acciones necesarias para garantizar la provisión eficiente de

57

servicios, insumos, medicamentos, infraestructura adecuada y la atención oportuna de la población hondureña beneficiaria de los servicios públicos de seguridad social.

El Decreto Ejecutivo Número PCM 33-2024 de fecha 5 de noviembre del 2024 en su Artículo 7. Establece: Se autoriza a la Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), para realizar, mediante el proceso de Contratación Directa la Adquisición de bienes, servicios, suministros, medicamentos, arrendamiento de bienes, contratación de servicios de consultorías y/o auditorías, que sean absolutamente necesarios para garantizar el correcto funcionamiento del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), como un servicio público.

Que mediante Acuerdo Ejecutivo No. 223-2024 de fecha 07 de noviembre de 2024; Acuerda Nombrar a la ciudadana Carla Marina Paredes Reyes, como presidenta de la Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo Número PCM 33-2024 publicado en fecha 5 de noviembre del 2024, en la Gaceta, Diario Oficial de la República.

El Artículo 100 de la Ley General de la Administración Pública señala: La Comisión, interventora tendrá las potestades de suspender o remover, en su caso, al personal que se estime innecesario y todas aquellas que correspondan a los administradores de las instituciones autónomas y ejercerá la representación legal de las mismas.

## CONCLUSIONES

En atención a lo antes referido esta Unidad de Asesoría Legal concluye:

**PRIMERO:** Que de la naturaleza jurídica del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se colige que esta institución forma parte del sector Público Descentralizado, constituyéndose como un Instituto Público y como parte integral del Sistema de Salud Pública, de conformidad a lo establecido por el artículo 5 literal f) del Código de Salud constituyendo su finalidad la prestación de servicios de orden social, así como el brindar asistencia médica y garantizar el derecho humano a la salud, tal como lo señala el párrafo segundo del artículo 142 Constitucional.

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

**TERCERO:** Que de la lectura de los artículos: 11 y 12 de la Ley de Contratación del Estado en relación con los artículos: 19, 20 y 44.-C párrafo primero de su reglamento y el contenido de los artículos: 19 y 20 numerales; 3) y 7) de la Ley del IHSS y el artículo 104 del presupuesto General para el ejercicio fiscal 2024 se colige que el órgano legitimado para la aprobación de los pliegos de condiciones será la Comisión Interventora.

**CUARTO:** Que habiendo revisado el texto de los referidos Pliegos de Condiciones esta Unidad de Asesoría Legal somos del criterio que los mismos se encuentran de conformidad a lo que para tales efectos señalan las normas jurídicas aplicables.

**QUINTO:** A través de las justificaciones técnicas remitidas por la Dirección Medica Nacional; se acredita la existencia de la necesidad de **ADQUIRIR MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS.** La solicitud de adquisición mediante Contratación Directa se debe a que este medicamento RISDIPLAM no se encuentran en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM) y es requerido para el paciente **SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ** con documento Nacional de Identificación No. 1704-2021-02759, con diagnóstico de atrofia muscular espinal congénita tipo 2.

**SEXTO:** Con fecha 21 de julio del año 2025, a través del Memorando **No.2030-SGP/IHSS-2025**, la Subgerencia de Presupuesto comunica la existencia de disponibilidad presupuestaria para el proceso identificado como Contratación Directa **No. CD 019-2025 IHSS DMN-COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS. L.1,435,000.00 (UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL LEMPIRAS EXACTOS)**, se cuenta con disponibilidad presupuestaria en la estructura que se detalla a continuación:

|                   |  |
|-------------------|--|
| Fondo:            | RSAS-RP Régimen del Seguro de Atención de la Salud       |
| Área Funcional:   | SA190001 Régimen del Seguro de Atención de la Salud      |
| Centro gestor :   | SA411000 Gerencia Régimen Seguro de Atención de la Salud |
| Pospre:           | 35210 Productos Farmacéuticos y Medicinales              |
| Monto Disponible: | L1,435,000.00  |

**SEPTIMO:** Que en virtud del contenido del artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado en relación con el artículo 85 de su reglamento y el artículo 111 de las Disposiciones Generales del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2025 es procedente que la Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Autorice el proceso para la **“ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS.”** identificado bajo el número de proceso **CD-019-2025** mediante la modalidad de Contratación Directa.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

El presente dictamen legal es emitido en consideración y con fundamento en los artículos: 142 y 321, 360 de la Constitución de la República. Artículos: 1, 8, 47, 48, 51, 52, 116 y 118 numeral 1) de la Ley General de la Administración Pública. Artículos: Artículos: 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 23, 27, 31 numeral 3) 38, numeral 2), 59 y 60 numeral 1) de la Ley de Contratación del Estado y los artículos: 1,2, 7 literal o), 9, 19, 20, 37, 38 39, 44-C literal b), 98, 99, 150 y 151 de su Reglamento. Artículos: 1 y 30 de la Ley de Procedimiento Administrativo. Así como la norma contenida en los Artículo: 111 de las Disposiciones

Generales del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2025 y los artículos: 1, 8, 19, 20 numerales 3) y 7) de la Ley Instituto Hondureño de Seguridad Social y artículo 5 literal f del Código de Salud.

## RECOMENDACIONES

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

**PRIMERO:** Que en virtud del contenido de los artículo 360 de la Constitución de la República, artículos 38, numeral 2), 59 de la Ley de Contratación del Estado, en relación con los artículos 150 y 151 de su reglamento; Es **PROCEDENTE** que la Honorable Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) **AUTORICE** que se dé inicio al proceso de contratación CD-019-2025 IHSS DMN-COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS bajo la modalidad de Contratación Directa

**SEGUNDO:** En virtud de haber verificado el contenido de los Pliegos de la Contratación Directa CD-019-2025 y en virtud de que los mismos se encuentran de conformidad a lo que para tales efectos señalan las normas jurídicas aplicables es **PROCEDENTE** que la Honorable Comisión Interventora **AUTORICE** la emisión del Acto Administrativo que apruebe los mencionados pliegos, relativos a la Contratación Directa CD-019-2025.

**MEMORANDO No. 1893-SGSMYC-2025**

**Para:** **ABG. ROMMEL JANIN LUPY MORENO**  
Unidad De Asesoría Legal

**De:** **MCS. ELOISA MEJÍA GALO** [Firma]  
Subgerente de Suministros Materiales Y Compras

**Asunto:** Ref. Solicitud Dictamen Legal, Proceso de Contratación Directa CD-019-2025

**Fecha:** 30 de julio de 2025

Por este medio se le solicita de **CARÁCTER URGENTE dos (2) ORIGINAL del Dictamen Legal** el cual debe manifestar si es procedente la base de Contratación Directa y Dictamen del proceso No. CD-019-2025 **"IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS"**.

Se adjunta lo que a continuación se describe:

- MEMORANDO No. 2030-SGP/IHSS-2025 Dictamen de disponibilidad presupuestaria.
- MEMORANDOS No. 7268-GAyF-2025 Autorización inicio del proceso con VB del Comisionado Adjunto de la Comisión Interventora Samuel Zelaya.
- MEMORANDO No. 957-DMN-IHSS-2025 Solicitud de Compra Directa donde adjunta autorización por la Comisión Interventora..., Dictamen legal donde indica que es procedente la compra del medicamento supraindicado, notificación de no existencias, Justificación, Condiciones y Especificaciones Técnicas.
- Documento Base CD-019-2025

**Nota: El proceso será agregado en la versión 4 del PACC 2025**

Atentamente,

📁 Archivo  
Emg/repp

p.m.

**MEMORANDO No. 2030-SGP/IHSS – 2025**

**Para:** Dra. Karen Padgett  
 Jefe de la Unidad de los Servicios de Farmacia

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

**Asunto:** DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

**Fecha:** 21 de Julio del 2025



En atención al Memorando No.582-JUGSF-DMN-IHSS-2025 de fecha 21 de Julio del 2025, donde solicita modificación en la descripción del nombre del proceso de dictamen de disponibilidad presupuestaria por un monto de L.1,435,000.00, para compra de Medicamento **"IHSS-DMN-COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DE LOM RISDIPLAM 0.75MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR A SOLUCION ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE"**, paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ, con identidad No. 1704-2021-02759. Al respecto le informo que existe disponibilidad presupuestaria en la que se detalla a continuación:

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Fondo:</b>            | RSAS-RP Régimen del Seguro de Atención de la Salud          |
| <b>Área Funcional:</b>   | SA190001 Régimen del seguro de Atención a la Salud          |
| <b>Centro gestor:</b>    | SA411000 Gerencia Régimen del Seguro de Atención a la Salud |
| <b>Pospre:</b>           | 35210 Productos Farmacéuticos y Medicinales                 |
| <b>Monto Disponible:</b> | L. 1,435,000.00   |

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

Se deja sin valor y efecto el Memorando No.1617-SGP/IHSS-2025 del 06 Junio 2025

Atentamente,

ROYSLyb  
 Cc: Archivo

Tegucigalpa  
 Honduras C.A.

@IHSSHonduras

*Raul Pineda*  
 2:07 p.m.  
 29-7-25

|  |            |
|--|------------|
| INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>GERENCIA REGIMEN DEL SEGURO DE AFILIADOS EN SALUD<br>JEFEATURA UNIDAD SERVICIOS FARMACIA - RSAS |            |
| <b>RECIBIDO</b>  |            |
| Fecha:   | 21/07/2025 |
| Hora:  | 10:52      |
| Nombre:  | Roldan     |

62

www.ihss.hn

**MEMORANDO**  
No.8511-GAYF-2025

15 de julio de 2025

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

**DE:** LIC. INGRID JUANEZ  
Sub Gerente Administrativo y Financiero

**ASUNTO:** AUTORIZACIÓN DE INICIO DE PROCESO PARA LA "IHSS-DMN COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS"

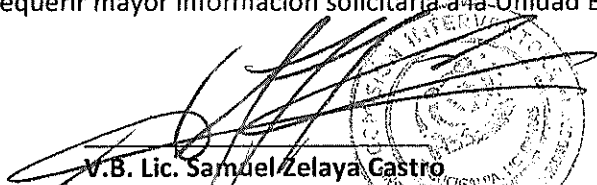
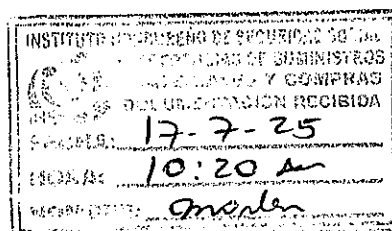
Se ha recibido Memorando No.957-DMN-IHSS-2025 en fecha 14 de julio de 2025 suscrito por el doctor Ricardo Reyes, Sub Gerente Regional Centro Sur, Oriente/Dirección Médica Nacional donde solicita autorización de inicio de proceso para la "IHSS-DMN COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS" por un monto estimado de UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL LEMPIRAS CON 00/100 (L1,435,000.00). Se cuenta con Memorando No.2493-CI-IHSS-2025 de fecha 23 de junio de 2025 donde la Comisión Interventora autoriza el inicio la compra de este medicamento. La solicitud se detalla así:

| Código   | Medicamento   | U/P | Cantidad | Precio Unitario | Precio Total  |
|----------|---|-----|----------|-----------------|---------------|
| M09AX001 | Risdiplan 0.75 mg/ml, polvo para reconstituir a solución oral | FCO | 5        | L287,000.00     | L1,435.000.00 |

De conformidad con lo antes expuesto y de acuerdo al procedimiento administrativo, presupuestario y legal establecido se autoriza el inicio de proceso para la "IHSS-DMN COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAM 0.75 MG/ML POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN ORAL PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE DEL IHSS" por un monto estimado de UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL LEMPIRAS CON 00/100 (L1,435,000.00); asimismo se autoriza su inclusión en el PACC-2025 en caso que el mismo no esté incluido. Sin perjuicio de cumplir el debido proceso de acuerdo a la normativa establecida por la Oficina Normativa Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y cualquier ley aplicable.

Finalmente, se hace la remisión de la documentación íntegra que consta presentada por la Dirección Médica Nacional en caso de requerir mayor información solicitarla a la Unidad Ejecutora.

Atentamente,

  
V.B. Lic. Samuel Zelaya Castro  
Comisionado Adjunto de la Comisión InterventoraCc: Dirección Médica Nacional  
Archivo  
U/Tegucigalpa M.D.C.  
Edificio administrativo, Barrio Abajo



PARA: LIC. INGRID JUANES  
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

DE: DR. RICARDO REYES  
SUBGERENTE REGIONAL CENTRO SUR ORIENTE/DMN

ASUNTO: SOLICITUD DE COMPRA DIRECTA MEDICAMENTO FUERA DE LOM RISDIPLAM  
PACIENTE SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ/HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE

FECHA: 09 DE JULIO DE 2025

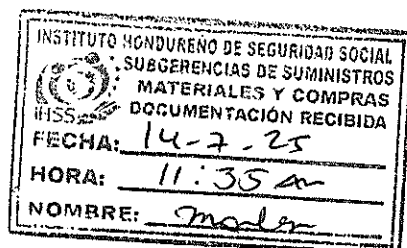
Por medio de la presente se solicita la gestión para realizar el Proceso de adquisición del medicamento Fuera del Listado Oficial de Medicamentos (LOM), **AUTORIZADO** mediante Memorando N° 2493-CI-IHSS/2025, descrito a continuación:

| Código   | Medicamento   | U/P | Cantidad | Precio Unitario | Precio Total   |
|----------|---|-----|----------|-----------------|----------------|
| M09AX001 | RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral | FCO | 5        | L 287, 000.00   | L 1,435,000.00 |

Indicado para **INICIO de TRATAMIENTO** prescrito al paciente **SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ**, con Identidad número 1704-2021-02759, con diagnóstico de atrofia muscular espinal congénita tipo 2.

A continuación se describe la documentación que respalda dicha solicitud:

- Se presenta autorización de la Comisión Interventora para Inicio de tratamiento del paciente Servín Antonio Rodríguez Martínez, con Identidad número 1704-2021-02759 y compra del medicamento RISDIPLAM mediante Memorando N° 2493-CI-IHSS-2025.
- Dictamen Legal Compra directa de medicamentos Fuera LOM RISDIPLAM, mediante Memorando N°1295-UAL-2025, en el cual dictamina que es PROCEDENTE que la Comisión Interventora como Máxima autoridad Institucional AUTORICE la solicitud de COMPRA DEL MEDICAMENTO Fuera Del Listado Oficial de Medicamento (LOM) RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral, indicado al paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ, mediante la Contratación Directa de conformidad a la Ley de Contratación del Estado, sus Reglamento, las Disposiciones Generales del Presupuesto Vigente y los Procedimientos administrativos internos autorizados para tal efecto, así como de la documentación técnica médica soporte que sustenta el presente caso.



- Se presenta **Dictamen de Disponibilidad Presupuestaria**, el cual describe que existe disponibilidad presupuestaria según Memorándum No. 1617-SGP/IHSS-2025 de fecha 06 de junio, suscrito por la Subgerencia de Presupuesto por un monto total **L1,435,000.00** para la compra del medicamento RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral.
- Se presenta la **notificación de NO EXISTENCIA** del medicamento **RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral** en Almacén Central, mediante Memorando N° 410-DLYAC-EXISTENCIAS-IHSS-2025.
- **ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS.**

Atentamente,

RR/ncvo

- ☐ Unidad de Gestión de los Servicios de farmacia.
- ☐ Lic. Eloísa Mejía Galo, Subgerencia De Suministro Materiales Y Compra
- ☐ Archivo
- ☐ Crono

MEMO N° 2493-CI-IHSS-2025

**PARA:** DR. JOSE RICARDO REYES  
Subdirector Regional Centro Sur Oriente/Dirección Médica Nacional

**DE:** DRA. CARLA MARINA PAREDES  
Presidenta Comisión Interventora-IHSS

**ASUNTO:** AUTORIZACION PARA COMPRA DE MEDICAMENTO FUERA LOM  
RISDIPLAN/PACIENTE SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ /HRN

**FECHA:** 23 DE JUNIO DEL 2025



En atención al memorando No. 474-DMN-IHSS-2025, por este medio se autoriza la compra del medicamento Fuera del LOM (Listado Oficial de Medicamentos), **RISDIPLAN 0.75 MG/ML**, polvo para reconstruir en solución oral, prescrito para el **INICIO DE TRATAMIENTO** del paciente **SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ**, con Identidad número 1704-2021-02759, diagnosticado con atrofia muscular espinal congénita tipo 2, por el médico tratante, Dr. Mario Velásquez, Neurólogo Pediatra del Hospital Regional del Norte.

| Código    | Medicamento  | U/P | Dosis                      | Cantidad  |
|-----------|--|-----|----------------------------|-----------|
| M029AX001 | RISDIPLAN 0.75MG/ML polvo para reconstruir a solución oral | FCO | 4.5 cc al día, por 3 meses | 5 frascos |

Se adjunta documentación de respaldo.

Atentamente,

IYA/CMP  
cc: Directores Regionales  
cc: Archivo

66

Comisión Interventora  
Página 1 de 1  
Edificio Administrativo 10 mo. piso

|   |               |
|---|---------------|
| INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL       |               |
| GERENCIA DEL RÉGIMEN DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD |               |
| <b>RECIBIDO</b>                               |               |
| FECHA:  | 23-JUNIO-2025 |
| HORA:   | 10:47         |
| NUMBRE:                                       | Carla         |

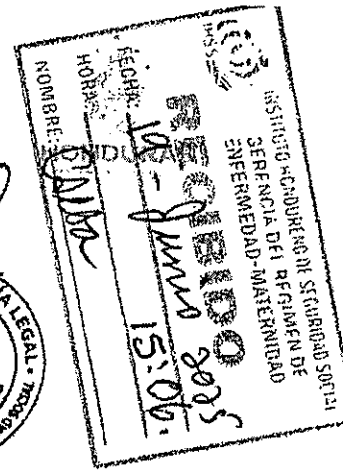
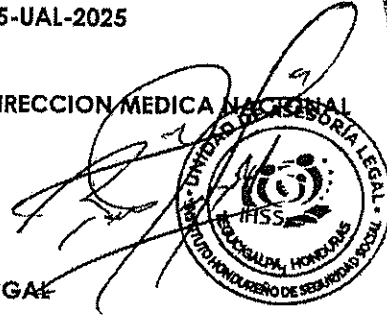


MEMORANDO No. 1295-UAL-2025

PARA: DR. JOSE RICARDO REYES  
SUB GERENTE REGIONAL CENTRO SUR ORIENTE/DIRECCION MEDICA NACIONAL

DE: ABGDO. ROMMEL JANIN LUPY MORENO  
JEFATURA UNIDAD DE ASESORIA LEGAL

ABG. BELKYS LIZETH ERAZO RODRIGUEZ  
PROCURADORA DE LA UNIDAD DE ASESORIA LEGAL



ASUNTO: DICTAMEN LEGAL COMPRA DIRECTA MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAN

FECHA: 19 DE JUNIO DE 2025

Cordialmente, y en atención a lo solicitado mediante Memorandum **650-DMN-IHSS- 2025**, de fecha 13 de junio de 2025, recibido en esta Unidad de Asesoría Legal en fecha 16 de junio de 2025, referente a la solicitud de **DICTAMEN LEGAL COMPRA DIRECTA MEDICAMENTO FUERA DEL LOM RISDIPLAN**, para el paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ con documento Nacional de Identificación No. **1704-2021-02759**, con diagnóstico de atrofia muscular espinal congénita tipo 2, en atención a lo solicitado se emite el presente dictamen en los términos siguientes:

#### ANTECEDENTES

Revisada y Analizada la documentación soporte que se acompaña en la presente solicitud de Dictamen Legal, se logró identificar en la misma la existencia de la Documentación Técnica soporte del caso del paciente **SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ** con documento Nacional de Identificación No. 1704-2021-02759, como ser: Fotocopia de Memorando No. 410-DLYAC-EXISTENCIAS-IHSS-2025, Fotocopia de Memorando No. 1617-SGP/IHSS-2025, NOTA DE REMISION COMITÉ DE FARMACOTERAPIA, COTIZACION S/N DE FARINTER, Fotocopia de Registro Sanitario, fotocopia de Memorando No. 068-SGAFR-2025, fotocopia de la DNI No. 1616-1964-00224, Canet del IHSS paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ, fotocopia de Acta de Nacimiento del paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ, fotocopia de Dictamen Médico, fotocopia de formulario de solicitud de medicamentos fuera del listado oficial para tratamiento crónico en el IHSS, fotocopia de receta médica del IHSS, fotocopia de memorando No. GP-SSH-219-25, fotocopia de memorando No. 416-JSF-HRN-2025.

Que mediante Memorando No. **416-JSF-HRN-2025** de fecha 22 de abril de 2025, suscrito por la Dra. Karen Soto Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital de Regional del Norte dirigida al Director Médico Nacional, solicitando compra de inicio de tratamiento del medicamento fuera del LOM RISDIPLAN 0.75MG/ML SLN ORAL FRASCO 80ML.



#### MARCO LEGAL.

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

@IHSSHonduras

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

Que el Estado de Honduras reconoce y garantiza la protección de la salud y declara como un deber de todos, participar en la promoción y preservación de ella, por lo cual los profesionales de las Ciencias Médicas merecen especial protección.

Que el Artículo 59 de la Constitución de la República preceptúa: La persona humana es el fin supremo de la Sociedad y del Estado. Todos tienen la obligación de respetarla y protegerla. Lo anterior en relación al Artículo 142 que infiere que: Toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de Seguridad Social serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir. El Estado creará Instituciones de Asistencia y Previsión Social que funcionarán unificadas en un sistema unitario estatal con la aportación de todos los interesados y el mismo Estado.

El artículo 9 de la Ley de Contratación del Estado en su párrafo cuarto señala: Cuándo ocurran situaciones de emergencia ocasionados por desastres naturales, epidemias, calamidad pública, necesidades de la defensa o relacionadas con estados de excepción, u otras circunstancias excepcionales que afectaren sustancialmente la continuidad o la prestación oportuna y eficiente de los servicios públicos, podrá contratarse la construcción de obras públicas, el suministro de bienes o de servicios o la prestación de servicios de consultoría que fueren estrictamente necesarios, sin sujetarse a los requisitos de licitación y demás disposiciones reglamentarias, sin perjuicio de las funciones de fiscalización.

El artículo 63 numeral 1 de la Ley de Contratación del Estado preceptúa: Supuestos. La contratación directa podrá realizarse en los casos siguientes: **1)** Cuando tenga por objeto proveer a las necesidades ocasionadas por una situación de emergencia al amparo de lo establecido en el Artículo 9 de la presente Ley.

El Decreto Ejecutivo número **PCM 33-2024** de fecha 5 de noviembre del 2024 en su artículo 1 expresa: Nombrar una COMISIÓN INTERVENTORA del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), con el objeto de garantizar el cumplimiento del derecho humano a la salud, asegurar la provisión de servicios, insumos, medicamentos, infraestructura adecuada y la atención oportuna de la población hondureña beneficiaria del servicio público de seguridad social. La Comisión Interventora, en su calidad de máxima autoridad del Instituto, se encargará de su administración y funcionamiento, con amplios poderes como órgano de decisión superior conforme a las facultades otorgadas en el presente Decreto y las contenidas en el artículo 100 de la Ley General de la Administración Pública, así como todas aquellas facultades que legalmente le correspondan. En virtud de la presente intervención, quedan en suspenso en el ejercicio de sus funciones la Junta Directiva, el Director y el Subdirector Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).



68

W. A. S. S. H.

El Decreto Ejecutivo Número PCM 33-2024 de fecha 5 de noviembre del 2024 en su ARTÍCULO 3. Inciso c) preceptúa: La Comisión Interventora deberá enmarcar su gestión, entre otras, en las acciones siguientes: **c) Llevar a cabo de manera inmediata las acciones necesarias para garantizar la provisión eficiente de servicios, insumos, medicamentos, infraestructura adecuada y la atención oportuna de la población hondureña beneficiaria de los servicios públicos de seguridad social;**

El DECRETO EJECUTIVO NÚMERO PCM 33-2024 de fecha 5 de noviembre del 2024 en su **ARTÍCULO 7.** Establece: Se autoriza a la Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), para realizar, mediante el proceso de contratación directa la adquisición de bienes, servicios, suministros, **medicamentos**, arrendamiento de bienes, contratación de servicios de consultorías y/o auditorías, que sean absolutamente necesarios para garantizar el correcto funcionamiento del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), como un servicio público.

Que mediante Acuerdo Ejecutivo **No. 223-2024** de fecha 07 de noviembre de 2024 acuerda nombrar como presidenta de la Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) a la ciudadana Carla Marina Paredes Reyes, conforme a las atribuciones otorgadas mediante Decreto Ejecutivo Número PCM 33-2024 publicado en fecha 5 de noviembre del 2024, en la Gaceta, Diario Oficial de la República.

El Artículo 100 de la Ley General de la Administración Pública señala: La Comisión, interventora tendrá las potestades de suspender o remover, en su caso, al personal que se estime innecesario y todas aquellas que correspondan a los administradores de las instituciones autónomas y ejercerá la representación legal de las mismas.

Que en el Marco de lo Preceptuado en las Disposiciones Generales del Presupuesto para el Año 2025 preceptúa en su artículo 111 lo siguiente: En cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 360 de la Constitución de la República y el artículo 38 de la Ley de Contratación del Estado, contenida en el Decreto No.74-2001 del 1 de julio de 2001, publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" de fecha 17 de septiembre de 2001, que definen los procedimientos y forma de contratación de obras públicas,

Adquisición de suministros y servicios, compra venta o arrendamiento de bienes, se determinan los siguientes tipos y modalidades de contrato, así como los montos exigibles y las compras menores.

**Contratos de suministros de Bienes y Servicios**

|  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
|  | L1,000,000.01 en adelante   | Licitación Pública  |
|  | L300,000.01 a L1,000,000.00 | Licitación Privada  |
| CONTRATOS DE SUMINISTROS DE BIENES Y SERVICIOS | L100,000.01 a L300,000.00   | Compra Menor con un mínimo de tres (3) cotizaciones válidas |
|  | L50,000.01 a L100,000.00    | Compra Menor con un mínimo de dos (2) cotizaciones válidas  |
|  | L0.01 a L50,000.00          | Compra Menor con un mínimo de una (1) cotización válida     |

Que la Subgerencia de Suministros Materiales y Compras, en el uso y ejercicio de sus funciones deberá dejar documentados el presente caso, con el debido expediente del proceso de Compra Directa por paciente, misma que deberá ser autorizada por la Comisión Interventora como Máxima Autoridad Institucional, con su Disponibilidad Presupuestaria respectiva y todos los requerimientos administrativos y legales que manda la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento y las Disposiciones Generales del Presupuesto Vigentes, así como los procedimientos administrativos internos autorizados para tal efecto. Lo anterior en aras de salvaguardar la seguridad jurídica e institucional, así como la transparencia en los diferentes procesos de adquisición.

#### CONCLUSION:

En atención a lo antes referido esta Unidad de Asesoría Legal concluye:

**PRIMERO:** La Seguridad Social es un Instrumento del Estado al Servicio de la Justicia Social, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el logro del bienestar individual y colectivo. Lo anterior en relación a que los órganos de la Administración Pública, devienen sujetarse a la Ley de Procedimiento Administrativo y demás legislación aplicable como tal, desarrollando en tal sentido su actividad con arreglo o normas de economía, celeridad, eficiencia y simplificación administrativa, a fin de lograr una pronta y efectiva satisfacción del interés general, en estricto apego a derecho.

**SEGUNDO:** Que todas las solicitudes de compra de medicamentos fuera del LOM deben apegarse a lo establecido en la Normativa institucional de Prescripción, Despacho y Administración de Medicamentos del Listado Oficial de Medicamentos "LOM" 2023 aprobado por la Junta Directiva - IHSS publicado en el Diario Oficial la Gaceta No. 36,373 de fecha 2 de noviembre de 2023.

**TERCERO:** Consta en la documentación soporte del presente caso copia fotostática de Acta **No 012-CCF-2025** del Comité Central de Farmacoterapia en forma sucinta recomendó que en el caso que nos ocupa no existe ningún medicamento alternativo dentro de la LOM para el manejo de ATROFIA MUSCULAR ESPINAL, por lo que el RISDIPLAM pudiera ser una opción de inclusión dentro del LOM para futuros casos, siendo este ya el tercero dentro de la institución.

**CUARTO:** De igual manera El DECRETO EJECUTIVO NÚMERO PCM 33-2024 de fecha 5 de noviembre del 2024 en su ARTÍCULO 3, Inciso c) preceptúa: La Comisión Interventora deberá enmarcar su gestión, entre otras, en las acciones siguientes: **c) Llevar a cabo de manera inmediata las acciones necesarias para garantizar la provisión eficiente de servicios, insumos, medicamentos, infraestructura adecuada y la atención oportuna de la población hondureña beneficiaria de los servicios públicos de seguridad social;** este en relación con **ARTÍCULO 7.** Del mismo Decreto Ejecutivo Establece: **Se autoriza a la Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), para realizar, mediante el proceso de contratación directa la adquisición de bienes, servicios, suministros, medicamentos, arrendamiento de bienes, contratación de servicios de consultorías y/o auditorías, que sean absolutamente necesarios para garantizar el correcto funcionamiento del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), como un servicio público.**

**QUINTO:** Que se consignó Disponibilidad Presupuestaria mediante Memorando No. **1617-SGP/IHSS-2025** de fecha 06 de junio de 2025, para la compra del Medicamento fuera del LOM RISDIPLAM 0.75 MG (polvo para reconstruir a solución oral) indicado al paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ con documento Nacional de Identificación No. 1704-2021-02759, atendido en el Hospital regional del Norte por un monto de L.1,435,000.00 según siguiente detalle:

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>FONDO:</b>            | RSAS-RP REGIMEN DEL SEGURO DE ATENCION A LA SALUD           |
| <b>AREA FUNCIONAL:</b>   | SA190001 REGIMEN DEL SEGURO DE ATENCION A LA SALUD          |
| <b>CENTRO GESTOR:</b>    | SA411000 GERENCIA REGIMEN DEL SEGURO DE ATENCION A LA SALUD |
| <b>POSPRE:</b>           | 35210 PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES                 |
| <b>MONTO DISPONIBLE:</b> | L.1,435,000.00  |

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

El presente dictamen legal es emitido en consideración y con fundamento en los artículos: 142 y 321 de la Constitución de la República. Artículos: 1, 8, 47, 48, 51, 52, 100, 116 y 118 numeral 1) de la Ley General de la Administración Pública. Artículos: 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 23, 27, 31 numeral 3) 38 y 63 No 1 de la Ley de Contratación del Estado y los artículos: 1, 2, 7 literal k), 9, 19, 20, 37, 38 39, 44-C literal b), 98 y 99 de su Reglamento. Artículos: 1 y 30 de la Ley de Procedimiento Administrativo. Así como la norma contenida en los Artículo: 111 de las Disposiciones Generales de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2025. Y los artículos: 1, 8, 19, 20 numerales 3) y 7) de la Ley Instituto Hondureño de Seguridad Social y artículo 5 literal f del Código de Salud., Decreto Ejecutivo Número PCM 33-2024 de fecha 5 de noviembre del 2024, Acuerdo Ejecutivo No. 223-2024.

#### RECOMENDACIONES:

**UNICO:** Esta Unidad de Asesoría Legal en lo concerniente al caso del paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ con documento Nacional de Identificación No. 1704-2021-02759, con diagnóstico de ATROFIA MUSCULAR ESPINAL CONGÉNITA TIPO 2: somos del criterio que es **PROCEDENTE** que la Comisión Interventora como Máxima Autoridad Institucional **AUTORICE** la Solicitud de COMPRA DE MEDICAMENTO FUERA DEL LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS (LOM) RISDIPLAM 0.75 MG (polvo para reconstruir a solución oral) indicado al paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ, mediante la Contratación Directa de conformidad a la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento, las Disposiciones Generales del Presupuesto Vigentes y los procedimientos administrativos internos autorizados para tal efecto, así como de la documentación técnica medica soporte que sustenta el presente caso y su respectiva Disponibilidad Presupuestaria.

De igual manera se recomienda dejar documentado y sustentado el presente caso; en aras de una buena y sana administración; así como de la transparencia en los diferentes procesos de adquisición, a fin de salvaguardar la seguridad jurídica institucional y de sus autoridades.

Atentamente

cc. Archivo.

@IHSSHonduras



**PARA:** **ABOG. ROMMEL LUPI**  
**UNIDAD DE ASESORIA LEGAL**

**DE:** **DRA. JOSÉ RICARDO REYES**  
**SURGERENTE REGIONAL CENTRO SUR ORIENTE/DIRECCION MÉDICA NACIONAL**

**DRA. KAREN PADGETT**  
**JEFE DE LA UNIDAD DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA**

**ASUNTO:** **SOLICITUD DICTAMEN LEGAL, COMPRA MEDICAMENTO FUERA LOM RISDIPLAN**

**FECHA:** **13 DE JUNIO 2025**

En virtud de la solicitud recibida mediante Memorando N° 416-JSF-HRN-2025, referida a la adquisición del medicamento **RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral** fuera del Listado Oficial de Medicamentos (LOM), en cumplimiento a lo establecido en la normativa del Sistema de Salud y de acuerdo con las documentaciones acompañantes, me permito solicitar su dictamen legal respecto a la viabilidad y legalidad de proceder con la compra del referido medicamento, en atención a las siguientes consideraciones:

La solicitud ha sido fundamentada en la documentación soporte aportado, que incluye:

- Autorización del Comité Central de Farmacoterapia (Acta N° 012-CCF-2025)
- evaluación presupuestaria (Memorandum N° 1617-SGP/IHSS-2025),
- constancia de inexistencia del medicamento en almacén, según Memorando N° 410-DLYAC-EXISTENCIAS-IHSS-2025.

El diagnóstico y condiciones clínicas del paciente SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ, con Identidad número 1704-2021-02759, con diagnóstico de atrofia muscular espinal congénita tipo 2, autorizado por su médico tratante, Dr. Mario Velasquez Neurólogo Pediatra del Hospital Regional del Norte, justifican la Inicio de tratamiento con **RISDIPLAM 0.75MG/ML**, considerando los antecedentes clínicos, los resultados de exámenes, y la evidencia clínica y científica que avala la pertinencia del uso del medicamento.

La disponibilidad presupuestaria existente en la institución, expresada en el Memorandum correspondiente, garantiza la viabilidad financiera para la compra requerida.

La propuesta de adquisición se ajusta a las normativas vigentes y a las disposiciones del listado oficial, además de respetar los límites presupuestarios estipulados para el ejercicio fiscal 2025.

Por lo tanto, solicito que se emita su dictamen legal favorable para autorizar la adquisición del medicamento **RISDIPLAM 0.75MG/ML**, en la cantidad de 5 frascos, por un monto total de LP. 1, 435,000.00, con base en los antecedentes y documentación aportada.

Agradezco de antemano su atención y pronta emisión del dictamen legal correspondiente.

Atentamente,

RR/KP/ncvo

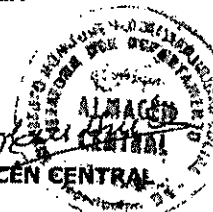
- ☒ Dirección Ejecutiva
- ☒ Unidad de los Servicios de farmacia.
- ☒ Archivo
- ☒ Crono

**MEMORANDO No.410-DLYAC-EXISTENCIAS -IHSS-2025**

**TEGUCIGALPA, M.D.C. 13 DE JUNIO DE 2025**

**PARA: DRA. KAREN PADGETT**  
**JEFE DE LA UNIDAD DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA**

**DE: ING. JAHAZIEL ALEXANDER MÉNDEZ** *por Alexander Méndez*  
**JEFATURA DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN CENTRAL**



**Asunto: RESP. MEMORANDO No. 445-UGSF-DMN-IHSS-2025**

respuesta a memorando arriba descrito, solicitud de existencia:

| ITEM | CODIGO   | MATERIAL  | EXISTENCIA |
|------|----------|---|------------|
| 01   | M09AX001 | RISDIPLAM 0.75MG/ML POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL | NO HAY     |

ATENTAMENTE  
JAM/DE  
cc.archivo



# DIRECCIÓN MÉDICA NACIONAL

HONDURAS

NOTA DE REMISIÓN 006- CCF-2025

PARA: DR RICARDO REYES  
SUBDIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR ORIENTE - IHSS  
DIRECCIÓN MÉDICA NACIONAL

DE: DRA. KAREN PADGETT - JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA DMN  
MIEMBRO PROPIETARIO - COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

DRA. PAMELA COELLO - JEFE UNIDAD DE VIGILANCIA DMN  
MIEMBRO PROPIETARIO - COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

DR. HÉCTOR BONILLA - TÉCNICO NORMATIVO DMN  
MIEMBRO SUPLENTE - COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

ASUNTO: REMISION DE ACTA COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA  
MEDICAMENTOS FUERA LOM

FECHA: 04 DE JUNIO 2025

Cordial saludo, en atención a la designación como miembros del Comité Central de Farmacoterapia, lo cual consta en Memorando 4356-DMN-2024 de fecha 8 de Julio de 2024, siendo ratificados los mismos según consta en Memorando N.452-AMCI-IHSS-2025 de fecha 30 de enero 2025; por medio de la presente se remite el acta en la cual consta el análisis de la solicitud de medicamento FUERA LOM del siguiente caso; para su análisis, observación, consideración:

- Acta No 012-CCF-2025

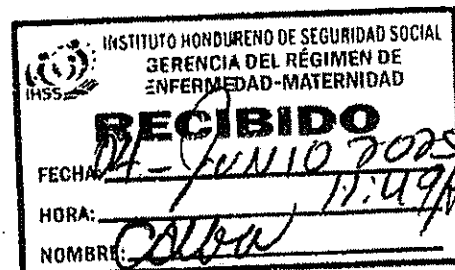
Selvin Antonio Rodríguez Martínez con N. de identidad 1804-2021-02759

Diagnóstico de Atrofia Muscular Espinal Congénita tipo I

Medicamento solicitado: Risdiplam

Sin otro particular

CC. Archivo



**ACTA No. 012-CCF-2025**  
**COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA**

En la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los cuatro (4) días del mes de junio de 2025, reunidos en las oficinas de la Unidad de Vigilancia, ubicada en el séptimo piso del edificio administrativo del IHSS, se reúne el Comité Central de Farmacoterapia conformado por el Dr. Héctor Bonilla Técnico Normativo Dirección Médica Nacional, Dra. Karen Padgett Jefe de la Unidad de Gestión de los Servicios de Farmacia y Dra. Pamela Coello Jefe Unidad de Vigilancia, todos designados por la Dirección Médica Nacional, según consta en Memorando 4356-DMN-2024, de fecha 8 de Julio de 2024, siendo ratificados los mismos por Dr. Ricardo Reyes en su condición de Asesor Médico de la Comisión Interventora - IHSS según consta en Memorando N.452-AMCI-IHSS-2025 de fecha 30 de enero 2025; quién a la fecha de elaboración de la presente acta ostenta el cargo de Subdirector Región Centro Sur Oriente - IHSS, representando esta Dirección Médica Nacional y ejerciendo sus funciones, para discutir y emitir dictamen técnico sobre la siguiente petición: **AUTORIZACION DE MEDICAMENTO FLOM:**

- **Memorando No. 416-JSF-HRN-2025 de fecha 22 de abril del 2025**, emitido por la Dra. Karen Soto, Jefe del Servicio de Farmacia Hospital Regional del Norte, con visto bueno Dr. Sergio Muñoz, Gerente General HRN y Dra. Brenda Bolaños Dirección de Unidades Médicas HRN, en el cuál remite la solicitud del medicamento Fuera LOM que a continuación se detalla: (se copia literalmente)

| CODIGO   | DESCRIPCION                                 | UNIDAD | CANTIDAD | OBSERVACIONES   |
|----------|---|--------|----------|---|
| M09AX001 | RISD PLAM 0.75MG/ML SLN<br>ORAL FRASCO 80ML | FCO    | 5        | 4.5 CC AL DIA, USO CONTINUO<br>TRATAMIENTO PARA 3 MESES |

Este medicamento esta Fuera del Listado Oficial de medicamentos, lo solicita el Servicio de pediatría para iniciar tratamiento a paciente **Selvin Antonio Rodríguez Martínez**, con número de identidad **1804-2021-02759**, con diagnóstico de **Atrofia Muscular Espinal Congénita Tipo 1**. Se envía nuevamente debido a la devolución de la primera solicitud, ya que no cumplía con los encuentro en el sistema de registros y citas, paciente ha acudido a sus citas. Solicitud aprobada en reunión de **Comité de Farmacoterapia Local** en Acta No 5, del 10 de Abril del año 2025.

Se anexa documentación completa de la solicitud.

**ANTECEDENTES / RESUMEN CLINICO DEL CASO (Dr. Mario Roberto Velásquez)**  
Se copia del respectivo dictamen clínico de fecha 5 de marzo 2025.

"Selvin Antonio Rodríguez Martínez 3 años 10 meses, identidad 1804 2021 02759; diagnóstico de Síndrome de Neurona Motora Inferior, Atrofia Espinal Congénita Tipo 1. Solicitud de compra de medicamento Risdiplam suspensión frasco 80 ml, dosis vía oral 4 ml diario, uso continuo. Esta Enfermedad es congénita, ocurre entre neuronal médula espinal y el paciente fallece. Hoy día hay fármacos como Risdiplam que según literatura científica sustenta que modifican la apoptosis y evitan la muerte del paciente. Dado lo anterior se solicita la compra del fármaco ya que no está en listado oficial fármacos del IHSS.

Inició cuadro clínico 18 meses, al caminar caía fácil a los momentos de deambular, cognitivo adecuado, enzimas musculares normales, electrolitos normales, electromiografía patrón miopático, estudio genético positivo para Atrofia Espinal tipo I".

### ➤ ANÁLISIS / DISCUSIÓN CLÍNICA DEL CASO Y MEDICAMENTO PROPUESTO

**En lo que respecta a la enfermedad:** la literatura establece que la atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad genética autosómica recesiva, con una incidencia estimada de uno por cada 6000 a 10 000 nacidos vivos, y generalmente es causada por mutaciones homocigóticas en el gen de la neurona motora de supervivencia 1 (SMN1), que codifica la proteína SMN. La SMN es esencial para la homeostasis y la supervivencia de las neuronas motoras, y su ausencia finalmente conduce a su muerte. Los síntomas de la AME incluyen debilidad proximal, hipotonía muscular, afectación de los músculos bulbares e intercostales y escoliosis. A medida que la enfermedad progresa, complicaciones como la insuficiencia respiratoria amenazan la vida del paciente.<sup>1</sup> Por la anterior, tomando en cuenta su prevalencia, dicha enfermedad ha sido catalogada como "una enfermedad genética rara y a menudo mortal, que afecta la fuerza muscular y el movimiento".<sup>2</sup> Denominándose así Enfermedad Huérfana o Enfermedad Rara.

Los pacientes con AME tipo 1 representan cerca del 50% de todos los pacientes con AME. En este tipo de pacientes, la historia natural de la enfermedad ha mostrado que fallecen antes de los 24 meses de edad por insuficiencia respiratoria. Esta realidad se ha modificado en los últimos años debido al aumento de los cuidados clínicos preventivos, asociados a una mayor comprensión y conocimiento de la AME. El pronóstico vital de estos pacientes se ha modificado significativamente con la incorporación de apoyos nutricionales y respiratorios propuesto en la declaración de consenso de expertos sobre los cuidados estándar en pacientes con AME. Un porcentaje creciente está viviendo más allá de los 2 años.<sup>3</sup>

**En cuanto al esquema de tratamiento propuesto (risdiplam)** por parte del médico especialista Dr. Mario Roberto Velásquez – Neurólogo Pediatra IHSS HRN; cabe destacar que dicho tratamiento cuenta con la aprobación por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) desde el año 2020 para el tratamiento de pacientes de dos meses o más con atrofia muscular espinal (AME); siendo este el segundo fármaco y el primer fármaco oral aprobado para tratar esta enfermedad.<sup>4</sup>

De igual forma, cuenta con la aprobación por parte de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para su comercialización en la Unión Europea a partir de año 2021, siendo indicado para pacientes con AME tipo 1, tipo 2 o tipo 3.<sup>5</sup>

**En cuanto a la medicina basada en evidencia (literatura y/o bibliografía) disponible,** en ensayos clínicos de fase 2/3, risdiplam mejoró significativamente la función motora en bebés con AME tipo 1 y en pacientes de 2 a 25 años con AME tipos 2 o 3. Estas mejoras motoras se mantuvieron con hasta 2 años de tratamiento con

<sup>1</sup> Pascual-Morena C, Martínez Vizcaíno V, Cervero Redondo I, Martínez García I, Moreno Hernández N, Álvarez Bueno C, Sáiz Lara A. Efficacy of risdiplam in spinal muscular atrophy: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* / Volume 44, Issue 1, p. 97-105. Disponible en: <https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/phar.2866> Doi.org/10.1002/phar.2866

<sup>2</sup> European Medicines Agency. 08 2023. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/evrysdi/evrysdi\\_xr/risdiplam](https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/evrysdi/evrysdi_xr/risdiplam)

<sup>3</sup> Palomino MA, Castiglioni C. Atrofia Muscular Espinal: Manejo Respiratorio en la Perspectiva de los recientes avances terapéuticos. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2017; 28(1) 119-130. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017300044>

<sup>4</sup> Comunicado de Prensa de la FDA La FDA aprueba el tratamiento oral para la atrofia muscular espinal. 7 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-oral-treatment-spinal-muscular-atrophy>

ACTA No. 012-CCF-2023

risdiplam. En general, el risdiplam fue bien tolerado, con una relación beneficio-riesgo favorable. Como fármaco oral, el risdiplam ofrece una opción de tratamiento práctica y útil para una amplia gama de edades y subtipos de AME.<sup>5</sup> La función respiratoria de los pacientes tratados con Risdiplam también presentó avances relevantes; el 90 % de los pacientes lograron mantener la capacidad respiratoria sin necesidad de ventilación invasiva al cabo de los 12 meses. Se observó una reducción significativa en la frecuencia de las infecciones respiratorias graves, disminuyendo los episodios de hospitalización relacionados con complicaciones respiratorias en un 50 %. Lo anterior está en concordancia con lo manifestado en la nota No. 021-CFVIA-UGSF-DMN-IHSS 2025 de fecha 12 de mayo del presente año, donde se amplía estudios clínicos en relación a Risdiplam.

De igual forma, este Comité Central de Farmacoterapia toma en cuenta lo manifestado por médico especialista tratante (Dr. Mario Velásquez – Neurólogo Pediatra IHSS HRN) en lo que respecta al cuadro clínico del paciente Selvin Antonio Rodríguez Martínez, con número de identidad 1804-2021-02759 y que consta en las respectivas notas médicas, al igual que cuenta con estudio genético que confirma su diagnóstico, como es hecho que a nivel institucional, actualmente dentro del Listado Oficial de Medicamentos vigente IHSS 2023 publicado en Diario Oficial La Gaceta Núm. 36,373 de fecha 2 de noviembre del 2023, no se cuenta con ningún tratamiento para el manejo y/o abordaje de dicha patología (Atrofia Muscular Espinal); definida como enfermedad huérfana; asimismo dentro del Instituto Hondureño de Seguridad Social a la fecha se cuenta con dos pacientes a quienes se les ha prescrito dicho tratamiento por parte de sus médicos tratantes, quienes hasta el momento no se ha reportado y/o no tenido conocimiento que se haya presentado efecto / reacción adversa por dicho medicamento.

### **CONCLUSIÓN**

- Por tanto, considerando que la Atrofia Muscular Espinal (AME) es una enfermedad huérfana —es decir, parte de un grupo de trastornos poco frecuentes que afectan a un número reducido de personas— y que, debido a su baja prevalencia, los pacientes suelen enfrentar dificultades para obtener un diagnóstico preciso y oportuno, así como el acceso al tratamiento adecuado; este Comité Central de Farmacoterapia reconoce que existe una necesidad clínica insatisfecha en el caso del paciente Selvin Antonio Rodríguez Martínez. Por lo cual, a partir de la evidencia médica disponible en la literatura científica sobre la terapia propuesta, así como de antecedentes institucionales sobre el uso del medicamento Risdiplam en otros pacientes con la misma patología, este Comité Central de Farmacoterapia considera clínicamente pertinente el inicio de la terapia propuesta por médico tratante (Dr. Mario Roberto Velásquez – Neurólogo Pediatra IHSS HRN) para el paciente Selvin Antonio Rodríguez Martínez (No de Identidad 1804-2021-02759) ya que dicho tratamiento podría resultar clínicamente oportuno y beneficioso. Lo anterior, de igual forma en apego a lo establecido en Código de Salud de Honduras en el cual se considera "La salud como el estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y

<sup>5</sup> Paik, J. Risdiplam: Una revisión sobre la atrofia muscular espinal. *CNS Drugs* 36, 401–410 (2022). <https://doi.org/10.1007/s40263-022-00910-8>

ACTA No. 012-CCF-2025

corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación así como establece que toda persona tiene derecho a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción, recuperación de su salud personal y familiar"; garantizando con ello el derecho de atención a la salud.

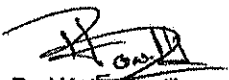
- No obstante, dado que se trata de un paciente pediátrico, el inicio de la terapia deberá estar sujeto a condiciones especiales, como un seguimiento estricto para monitorear posibles efectos adversos, y la firma de un consentimiento informado por parte de los familiares, ya que no se cuenta con datos sobre la seguridad a largo plazo del fármaco. Esto resulta especialmente relevante, dado que su uso podría ser indefinido o incluso de por vida.
- De igual forma se toma en consideración lo manifestado en la Nota No. 021-CFVIA-UGSF-DMN-IHSS 2025 del 12 de mayo de 2025, referente a los estudios clínicos enunciados, así como lo expuesto en cuanto a que Risdiplam es la única opción de tratamiento en el país para pacientes con diagnóstico de atrofia muscular espinal.
- De igual forma, parte de los aspectos evaluados y a tomar en cuenta por este Comité Central de Farmacoterapia para la toma de decisión en este caso, es el respectivo cuadro clínico manifestado por médico tratante, así como que cuenta con el respectivo estudio genético que confirma el diagnóstico y a su vez existe antecedente dentro del IHSS de pacientes a quien el instituto proporciona el tratamiento Risdiplam. Por lo tanto y con el fin apegarnos a la igualdad de derecho en el contexto de atención y protección a la salud que tienen los pacientes en condición de afiliados directos y beneficiarios; como es el caso de Selvin Antonio Rodríguez Martínez, consideramos clínicamente pertinente el inicio del tratamiento propuesto.
- Si bien es cierto existe una normativa institucional vigente que se aplica para la adquisición de medicamentos Fuera del LOM, la cual dispone que se debe seguir los criterios de selección de medicamentos; pero en el caso que nos ocupa se trata de una Enfermedad huérfana cuyo tratamiento propuesto (Risdiplam) es el único disponible en Honduras, por lo cual este comité toma en consideración el beneficio clínico que puede obtener el paciente con dicho tratamiento; y se reconoce la condición clínica especial (excepcional) manifestada por médico tratante de requerir un medicamento diferente y no incluido en el LOM ya que en la actualidad el Instituto no cuenta dentro del Listado Oficial de Medicamentos vigente con ningún tratamiento para el manejo de la atrofia muscular espinal; definida como enfermedad huérfana.
- Asimismo la normativa institucional también estipula que, una vez cumplidos los criterios requeridos, la adquisición de medicamentos fuera del listado oficial y de alto costo se debe contar con la respectiva disponibilidad presupuestaria; esto a fin de garantizar sostenibilidad de los medicamentos para todos los derechohabientes; por tanto es indispensable que previo a la aprobación por parte de las máximas autoridades institucionales se tome a consideración dicho aspecto a fin de que se garantice la continuidad de tratamiento para el paciente **Selvin Antonio Rodríguez Martínez, con número de identidad 1804-2021-02759**, no comprometiendo así la sostenibilidad y adquisición de

medicamentos incluidos dentro del listado oficial vigente, los cuales son requeridos por la población afiliada y/o derechohabiente del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

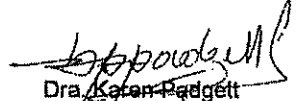
- La aprobación y visto bueno final estará a cargo de la Dirección Médica Nacional / su representante o Máximas Autoridades Institucionales una vez se evalúen cada unos de los aspectos que consideren pertinentes y/o necesarios.

### **RECOMENDACIONES**


- Todas las solicitudes de medicamentos Fuera LOM deben apegarse a lo establecido en la Normativa institucional para Prescripción, Despacho y Administración de Medicamentos del Listado Oficial de Medicamentos "LOM" 2023, aprobado por Junta Directiva – IHSS, publicado en Diario Oficial La Gaceta Num. 36,373 de fecha 2 de noviembre del 2023.
  - En el caso que nos ocupa no existe ningún medicamento alternativo dentro de la LOM para el manejo de casos de Atrofia Muscular Espinal, por lo que el RISDIPLAM pudiera ser una opción de inclusión dentro del LOM para futuros casos, siendo este ya el tercer caso dentro de la institución.
  - En caso de aprobarse, realizar monitoreo, evaluación y respuesta de paciente al tratamiento, a fin de establecer un adecuado seguimiento que permita realizar una adecuada planificación del fármaco/medicamento por parte de las unidades encargadas dentro del instituto y así asegurar el tratamiento a paciente.
  - Establecer el debido seguimiento y monitoreo de los posibles efectos adversos que pueda causar dicho fármaco en el paciente; así como un consentimiento informado por parte de los familiares de aceptar la terapia; ya que no se cuenta con datos de seguridad a largo plazo del fármaco; pero este es el único tratamiento farmacológico disponible en el mercado Centroamericano, lo cual es relevante considerando que el tiempo de uso del medicamento es indefinido y puede llegar a ser de por vida.
  - A nivel institucional garantizar el abastecimiento adecuado de medicamentos, permitiendo la dispensación de forma continua, que permita a los pacientes una adherencia a su tratamiento.
- Y no habiendo más qué tratar, se cierra la sesión en el mismo lugar y fecha, firmando los comparecientes y se firma para constancia a los cuatro (4) días del mes de junio del 2025.



D<sup>r</sup>. Héctor Bonilla  
Técnico Normativo DMN  
Miembro Suplente del Comité Central de Farmacoterapia



Dra. Karen Padgett  
Jefe de la Unidad de Gestión de los Servicios de  
Farmacia – DMN  
Miembro Propietario del Comité Central de  
Farmacoterapia



Dra. Pamela Coello  
Jefe Unidad de Vigilancia DMN  
Miembro Propietario del Comité Central de Farmacoterapia

ÚLTIMA LÍNEA



## MEMORANDO

No. 416-JSF-HRN-2025

22 de Abril de 2025

PARA: Dr. Ricardo Reyes/ Asesor Médico de la Comisión Interventora/Dirección Médica Nacional  
Dra. Karen Soto/Jefe de Unidad de Servicios de Farmacia

DE: Dra. Karen Soto/ Jefe del Servicio de Farmacia Hospital Regional del Norte

ASUNTO: **Solicitud de Compra de Inicio de Tratamiento del Medicamento Fuera LOM Risdiplam.**

En seguimiento a Memorando GP-SSH-219-25 referente a la solicitud de Compra para Inicio de Tratamiento del Medicamento Fuera LOM, que a continuación se detalla:

| CODIGO   | DESCRIPCION                                    | UNIDAD | CANTIDAD | OBSERVACIONES  |
|----------|--|--------|----------|--|
| M09AX001 | RISDIPLAM<br>0.75MG/ML SLN ORAL<br>FRASCO 80ML | FCO    | 5        | 4.5 CC AL DIA, USO<br>CONTINUO TRATAMIENTO<br>PARA 3 MESES |


Este medicamento esta Fuera del Listado Oficial de Medicamentos, lo solicita el Servicio de Pediatría para iniciar tratamiento al paciente **Selvin Antonio Rodríguez Martínez**, con número de Identidad **1804-2021-02759**, con diagnóstico de **Atrofia Muscular Espinal Congénita Tipo 1**. Se envía nuevamente debido a la devolución de la primera solicitud, ya que no cumplía con los encuentro en el sistema de registro y citas, paciente ha acudido a sus citas. Solicitud aprobada en reunión de **Comité de Farmacoterapia Local** en Acta No. 5, del 10 de Abril del Año 2025.

Se anexa documentación completa de la solicitud.


Atentamente,



Dra. Karen Soto  
Jefe de Farmacia, HRN



Vo. Bo. Dr. Sergio Muñoz  
Gerente General, HRN

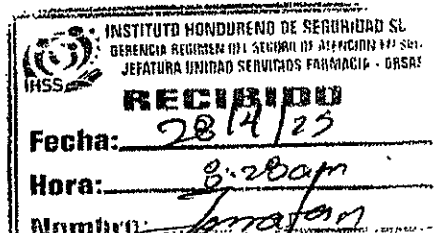


Vo. Bo. Dra. Brenda Bolaños  
Dirección de Unidades Médicas, HRN

Cc. Dr. Sergio Muñoz/Gerencia General  
Dra. Brenda Bolaños/Dirección Unidades Médicas  
Archivo/KS

San Pedro sula, Cortés  
Honduras C.A.

PH-SSH-Honduras



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
GERENCIA REGIONAL DEL SUR  
JEFATURA UNIDAD SERVICIOS FARMACIA - ORSA  
**RECIBIDO**  
Fecha: 28/4/25  
Hora: 8:20am  
Nombre: J. Bolaños

Memorando

GP-SSH-219-25

San Pedro Sula 03 de Abril del 2025

PARA: DRA. KAREN SOTO

JEFE DE FARMACIA HRN

DE: DRA. YUMANA BANDY

GERENTE DE PEDIATRÍA

Asunto: Solicitud de Compra.

Por medio de la presente solicito la compra del siguiente medicamento **RISDIPLAM 80ml** el cual será administrado en dosis de **4ml vía oral diario de uso continuo por 3 meses** utilizando un total de **05 frascos**, para el paciente **SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ** con número de afiliación: **1804-2021-02759** quien es atendido por el servicio de Neurología pediátrica por el Dr. Mario R. Velásquez, Con diagnóstico **Atrofia muscular espinal tipo1**.

Observaciones: Paciente diagnosticado mediante estudio genético el cual resulta positivo para Atrofia muscular espinal tipo1.

Se envía nuevamente debido a la devolución por que no cumplía con los encuentros en el sistema con medicamentos y citas; paciente ha acudido a sus citas por atrofia muscular esperando una respuesta por la solicitud de compra del medicamento.

Por su condición necesita la compra urgente de este medicamento.

Agradezco de antemano

Atentamente.

Cc: Archivo //apv//

|    |    |   |
|----|----|---|
| 13 | 63 | 4 |
|    |    |   |

243

12PTT33781

|   |    |   |
|---|----|---|
| 4 | 63 | 4 |
|   |    |   |



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

## RECETA MÉDICA

Nº

NOMBRE:

SOLÍS, Antonio Roldán

Nº AFILIACIÓN:

1964 262162757

FECHA:

5/enero/25

EDAD:

35 años

SEXO:

M ( ) F ( )

UNIDAD ASIST:

SERVICIO:

ESP:

CONS. EXT

EMERG. ( )

HOSPITAL ( )

R/ *Risipion*  
*0.75g / 1ml*  
*4.50 - 16x al día*  
*uso continuo*

CÓDIGO MÉDICO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

ÚNICAMENTE UN MEDICAMENTO POR RECETA.

CÓDIGO SAP 2300000207

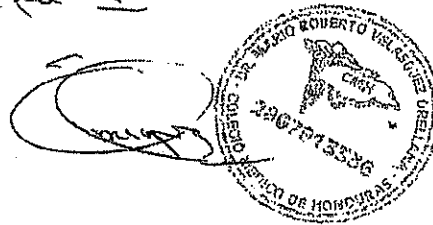
MEDICAMENTO:

CANTIDAD:

FECHA:

Nº

LABORATORY  
Type II



# FORMULARIO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS FUERA DEL LISTADO OFICIAL PARA TRATAMIENTO CRÓNICO EN EL IHSS

Fecha: 5/Nov/2025 Unidad Médica asistencial Neurología pediátrica - Hospital Regional

Nombre Selva Antonio Rodriguez Martinez del paciente

N° identidad 1804202102759

Sexo M Edad 32 Años Peso                      Talla                     

Diagnóstico Atrofia espinal tipo I

Nombre Risdiplam Genérico Dosis 4.5g x día (DCI) Suspensión Presentación

Duración Uso continuo Cantidad cinco frascos (5)  
(En días) (Total solicitado)

1. Tratamiento (s) farmacológico (s) actual (es) o el último recibido (especificar dosis máximas y duración)

Risdiplam - 4.5g - diaria - continuo

2. Comorbilidades Na

3. Resumen Clínico: Con descripción cronológica detallada de la evaluación clínica, tratamientos previos y respuestas obtenidas, hallazgos en pruebas de laboratorio y gabinete (Adjuntar hoja adicional).

4. Adjunte los exámenes de laboratorio y de gabinete que justifiquen el uso del medicamento solicitado (B ometría, bioquímica, antibiograma, y otros)

5. Existe medicamento en el Listado Oficial de Medicamentos LOM para la misma indicación?  
"Na"

5.1. En caso afirmativo: Indique las ventajas del medicamento propuesto o solicitado con respecto al incluido actualmente en el formulario

6. Explique las razones por las cuales no usa un medicamento incluido en la lista oficial

7. Adjuntar revisiones sistemáticas o metanálisis que comparen el medicamento propuesto o solicitado con el que ya está en el LOM, en relación eficacia y seguridad, costo.
8. Presente cualquier otra información adicional para la justificación.

Yo Mano Roberto Velazquez Orillana Código del Colegio de Médicos y Cirujanos No. 3336..... DECLARO que la propuesta para uso y posterior prescripción del medicamento FUERA DEL LOM, la hago sin conflicto de interés que ponga en duda mi imparcialidad, o la credibilidad de la información suministrada, y sin propiciar algún beneficio personal o favorecimiento a terceros. También DECLARO que me comprometo a documentar objetivamente e informar la evolución clínica y el resultado de esta intervención por mí gestionada, así como todo aquello que me sea solicitado por motivo de este medicamento no LOM. Así mismo DECLARO (marque con una X) que (SI) ☐ (NO) ☒ he atendido en Consulta Privada al (a) paciente ..... cédula: .....

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: Mano Roberto Velazquez Orillana

FIRMA Y SELLO

ESPECIALIDAD: Neurología

SERVICIO: Positiva

V° B° JEFE DEL SERVICIO

#### PARA USO DEL COMITÉ DE FARMACOTERAPIA LOCAL

| Información de costos del producto propuesto: |                       | Información del medicamento existente en el LOM con el cual se propone comparar |          |
|---|-----------------------|---|----------|
| COSTO   | LEMPIRAS              | COSTO   | LEMPIRAS |
| Precio unitario                               | <u>286,020.00 lps</u> | Precio unitario   |          |
| Costo diario                                  |                       | Costo diario  |          |
| Costo por tratamiento mensual                 |                       | Costo por tratamiento mensual   |          |

9. Acta de aprobación de la solicitud por el Comité Local de Farmacoterapia
10. La aprobación final de la compra de dicho producto será responsabilidad de la autoridades centrales de instituto en seguimiento con el procedimiento establecido.
11. SE RECHAZARA LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS

### DICTAMEN MEDICO

Por este medio se informa a la Dirección médica del Hospital Regional del Norte que se ha evaluado el caso del derechohabiente:

Nombre: Selvin Antonio Ruiz y vaq marthay

Edad: 3 años 10 meses

Identidad: 1804 202102759

Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Síndrome de neurona motora infantil  
- atrofia espinal congénita tipo 1

Procedimiento o estudio a realizar: Solicitud de compra de medicamento  
Risdiplam. Suspensión. Foscunemil - Dosis via oral  
4 x 2 - Dosis - uso continuo.

Fecha: 03/marzo/2025

Observaciones: - Esta enfermedad es congénita - ocurre muerte  
neuronal medula espinal y el paciente fallece

Hoy día hay. - Analizo como Risdiplam que según  
literatura científica sustenta que modifica la  
protección y evita la muerte del paciente.

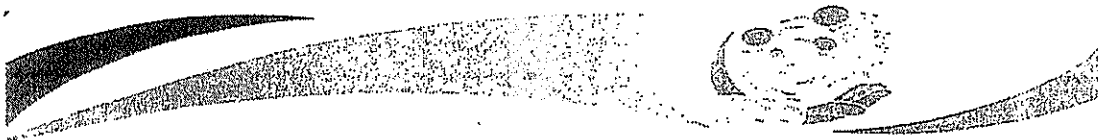
dado lo anterior se solicita la compra del fármaco  
ya que no está en listado oficial me remocion del  
IHSS.

Firma y sello del Médico Tratante



Gerente de Pediatría

5/marzo/2025.



Salvador Antonio Rodríguez Martínez

3 años 10 meses

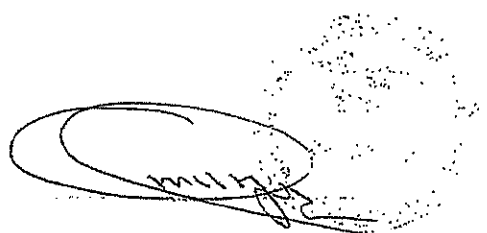
1804202102754

① Síndrome neurológico motor inferior

② Atrofia Espinal tipo I.

- Inicio clínico 18 meses - Al caminar caía. Fácil a los 18 meses de caminar - Cognitivo y social abundante. Entrenamiento normal - Habilidades normales. - Electromiografía - Potencia muscular. Estudio genético = positivo para atrofia Espinal tipo I.

05/enero/2021





REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

## CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

El infrascrito Registrador Civil Municipal CERTIFICA que en el Archivo de nacimientos que se tiene en esta oficina; se encuentra el acta de nacimiento número: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 | 0 | 4 | - | 2 | 0 | 2 | 1 | - | 0 | 2 | 7 | 5 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 ubicada en el folio 916 del libro 1782 del Año 2021 y que pertenece a:

a) RODRIGUEZ b) MARTINEZ  
Primer apellido Segundo apellido  
c) SELVIN ANTONIO Sexo ☐ F ☒ M ☒ X  
Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) EL PROGRESO b) YORO c) HONDURAS  
Municipio Departamento País  
d) OCIO e) JUNIO f) 2021  
Día Mes Año

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

N. Identidad : 1616-1964-00234

a) RODRIGUEZ b) PINEDA  
Primer apellido Segundo apellido  
c) JOSE EUGENIO d) HONDUREÑA  
Nombre Nacionalidad

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

N. Identidad : 1804-1985-01392

a) MARTINEZ b) AYALA  
Primer apellido Segundo apellido  
c) ELIZABETH d) HONDUREÑA  
Nombre Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas

NINGUNA

Extendida en EL PROGRESO  
Municipio

YORO  
Departamento

a los DIECIOCHO días del mes de  
del DOS MIL VEINTICINCO

FEBRERO



FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL



SISTEMA DE REGISTRO CIVIL  
180319/003420127 01/01/2021



SELVIN ANTONIO  
RODRIGUEZ MARTINEZ

NO. AFILIADO

1804-2021-02759

NUMERO DE IDENTIFICACION

IHSS - EL PROGRESO

CENTRO DE ATENCION

[www.ihss.hn](http://www.ihss.hn)

## REGIMEN OBLIGATORIO

Vencimiento del carnet: 07/06/2025

DERECHO DE ATENCION MEDICA

Vencimiento de derechos: 07/06/2039

I, II y III Nivel

ASEGURADO DIRECTO

1616-1964-00224

JOSE EUGENIO

POLIPRO: 2647-0281 / 2647-4865

RODRIGUEZ PINEDA



STATE: MISSISSIPPI

## ARTICLE 1: PURPOSE

[illegible]

1616 1964 00224

FLUORIDE FORTIFICATION OF SALT FOR DENTAL HEALTH

23-11-2031

ਉਹਨਾਂ ਨੇ (1) ਕੁਝ ਸੁਝਾਵਾਂ/ਸੁਝਾਅ: ਦੇ ਦਿੱਤੇ:



2000

[illegible]

Directo: José Eugenio Rodríguez Pineda

Salir a Login.aspx Nueva Busq

FOTOGRAFÍA

INFORMACIÓN DEL DIRECTO

INFORMACIÓN DEL DIRECTO



Afiliado directo  
IHSS - EL PROGRESO

Tiene derecho a atención

Si tiene derecho a maternidad

COVID-19 VACUNACIÓN COMPLETA CON EL IHSS

Relación laboral

Organización: Organización Cristiana Amor Viviente  
Múltiple derecho: 1.0 y 1.1 Nivel de atención

Identidad

1616196400224

Nombre

José Eugenio Rodríguez Pineda

Exceso de pago

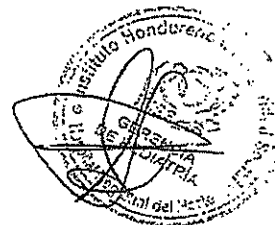
Salire en SICA Afiliación

Número

319881964000584

Almuerzo

No pertenece a la Clausula SS



## Beneficiarios y Cotizaciones

Beneficiarios

COTIZACIONES DE LOS ULTIMOS 18 MESES: 19 COTIZACIONES

Mostrar 10 registros

Ver más

| Periodo   | EM | EM | RP | Paterno      | Razonal                              |
|-----------|----|----|----|--------------|--------------------------------------|
| 1/2/2023  | SI | SI | SI | 208123900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/1/2023  | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/12/2024 | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/11/2024 | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/10/2024 | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/9/2024  | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/8/2024  | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/7/2024  | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/6/2024  | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |
| 1/5/2024  | SI | SI | SI | 208193900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE |

Mostrando registros del 1 al 10 de un total de 20 registros

Anterior 1 2 Siguiente

Datos

Centro de Atención:

IHSS - EL PROGRESO

Elizabeth Martínez Ayala

1804198301392

Beneficiaria(o) compañera(o)

Edad: 40

Vinculamiento derechos:

Excedente al derecho por pérdida de derecho

COVID-19 VACUNACIÓN COMPLETA CON EL IHSS

Fecha inscripción: 27/8/2018

Fecha afiliación: 27/8/2018

Centro de Atención:

IHSS - EL PROGRESO

Selvin Antonio Rodríguez Martínez

1804202102759

Beneficiario(o) hijo(a)

Edad: 3

Vinculamiento derechos:

87/4/2023

Con derecho

Centro de Atención:

IHSS - EL PROGRESO

David fernando Rodríguez martínez

1804201503822

Beneficiario(o) hijo(a)

Edad: 9

Vinculamiento derechos:

27/06/2023

Con derecho

IMPORTANTE

Recuerden que si una persona no aparece por identidad, puede que este riesgo reportado en planillas, se recomienda siempre que no se encuentre por identidad, buscar por nombres también.

- Problemas de Planilla e Identidad: Enviar a planilla por elaboración
- Problemas de Fotografía y Beneficiario: Enviar a afiliación
- Problemas con la aplicación: Soporte Técnico GTIC

Atienda todas las consultas realizadas según un horario.

**MEMORANDO**  
**No. 068-SGAFR-2025**

27 de marzo de 2025.

✓ **PARA:** DRA. YUMANA BANDY.  
GERENTE DE PEDIATRÍA


**DE:** ABG. RUTH SILOE LICONA.  
SUBGERENTE DE AFILIACIÓN REGIONAL

**ASUNTO:** RESPUESTA A MEMORANDO GP-SSH-176-25.

En atención a lo solicitado en el memorando **GP-SSH-176-25**; y después de revisar en el **sistema de vigencia de derechos** que se maneja en esta institución se le proporciona la siguiente información:

1. **SELVIN ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ** con DNI **1804202102759**; es beneficiario hijo del señor **JOSE EUGENIO RODRIGUEZ PINEDA** con DNI **1616196400224** quien cotiza en la planilla del patrono **ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIENTE** con número patronal **208198900521**. No se puede adjuntar listado de las últimas 25 cotizaciones debido a que el aplicativo SICAP no ha sido restablecido después de las fallas que se han generado los sistemas del IHSS a nivel nacional. Se adjunta como soporte print de pantalla de las últimas cotizaciones en el sistema de facturación.

Atentamente,

  
ABG. RUTH SILOE LICONA.  
SUB-GERENCIA  
DE AFILIACION  
SAN PEDRO SULA, CORTES

Copia: Archivo.

VENTANA

PATRONOS PERIODOS PLANILLA DEL PERIODO AFILIADOS

1616196400224

Afiliado Identidad Nombre Completo

1616196400224 RODRIGUEZ PINEDA JOSE EUGENIO

Patrono Periodo Factura Dias Salario

|              |                                    |             |         |    |       |
|--------------|------------------------------------|-------------|---------|----|-------|
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-FEB-2025 | 1453638 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-JAN-2025 | 1442075 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-DEC-2024 | 1408604 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-NOV-2024 | 1371636 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-OCT-2024 | 1336386 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-SEP-2024 | 1281368 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-AUG-2024 | 1264754 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-JUL-2024 | 1230429 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-JUN-2024 | 1170234 | 30 | ##### |

VENTANA

PATRONOS PERIODOS PLANILLA DEL PERIODO AFILIADOS

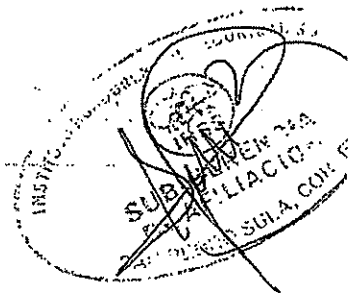
1616196400224

Afiliado Identidad Nombre Completo

1616196400224 RODRIGUEZ PINEDA JOSE EUGENIO

Patrono Periodo Factura Dias Salario

|              |                                    |             |         |    |       |
|--------------|------------------------------------|-------------|---------|----|-------|
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-MAY-2024 | 1157341 | 31 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-APR-2024 | 1116814 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-MAR-2024 | 1081817 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-FEB-2024 | 1049592 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-JAN-2024 | 1019192 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-DEC-2023 | 1077163 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-NOV-2023 | 1943652 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-OCT-2023 | 1886301 | 30 | ##### |
| 208198900521 | ORGANIZACION CRISTIANA AMOR VIVIER | 01-SEP-2023 | 1877421 | 30 | ##### |



## REGISTRO SANITARIO

LA AGENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, AUTORIZA LA VENTA Y DISTRIBUCIÓN DE ESTE MEDICAMENTO MEDIANTE RESOLUCIÓN, RE-ARSA-0014-2024, DE LA AGENCIA SANITARIA.

### HN-M-0124-0022

Registro Sanitario anterior: N/A

Se ha autorizado el NUEVO REGISTRO SANITARIO  
Vigente hasta: 9/01/2029

#### Datos del Registro:

Expediente No.: ARESA-1000-R-00224

Nombre Comercial: FVRVLDI 0.75 MG/MC PARA SOLUCIÓN ORAL

Sustancia (s) Activa (s): PISDIPLAN

Titular: F. HOFFMANN-LA ROCHE LTD. BASILEA País Del Titular: SUIZA

Fabricantes: F. HOFFMANN-LA ROCHE LTD. KÖNIGSWALD País Del Fabricante: SUIZA

Acondicionador: N/A

País Del Acondicionador: N/A

Modalidad de Venta: PRODUCTO DE VENTA EN REPRESENTACIÓN MEDICA

Forma Farmacéutica: POLVO PARA RECONSTITUEN SOLUCIÓN ORAL

Concentración por unidad de dosis: CADA Dosis DE SOLUCIÓN ORAL DE 100 ML CONTIENE 0.75 MG DE PISDIPLAN O 75 MG. PACIENTES C.S.P.

Presentaciones Comerciales: CAJA CONTIENE 10 FRASCOS CONTIENE 100 ML DE SOLUCIÓN ORAL

MUESTRA MEDICA: CAJA CONTIENE 10 FRASCOS CONTIENE 100 ML DE SOLUCIÓN ORAL

Envase primario/secundario: VARIAS AMPOLLAS

Vía de Administración: OPAL

Grupo Terapéutico: OTROS FARMACOS PARA EL SISTEMA DE DEFENSA DEL CUERPO HUMANO

Vida Útil: 24 MESES

Metodología Analítica: NO FARMACOLÓGICA

Tipo de Producto: DE MAPCA

Condiciones de almacenamiento: ALMACENAR A UNA TEMPERATURA ENTRE 15°C Y 25°C

Observación: N/A



*[Handwritten signature]*

DRA. DOPHAN ELIZABETH SALVADO RAMOS

Directora General de Regulación Sanitaria

El presente registro es válido para la venta y distribución de este medicamento en el territorio nacional, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Regulación Sanitaria y el Reglamento de la Ley de Regulación Sanitaria.

El presente registro es válido para la venta y distribución de este medicamento en el territorio nacional, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Regulación Sanitaria y el Reglamento de la Ley de Regulación Sanitaria.



farmacéutica internacional, s.a. de C.V.

Productos farmacéuticos, cosméticos, licores y productos de limpieza

# Farinter

Tegucigalpa, M.D.C.  
26 de febrero del 2025

Señores  
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)  
Presente

Estimados Señores:

Cotización S/N

En respuesta a su solicitud de cotización es grato presentarle nuestra oferta de precios

| CODIGO   | CANT. | PRES. | DESCRIPCION                                 | PRECIO UNITARIO | TOTAL L.    |
|----------|-------|-------|---|-----------------|-------------|
|          |       |       | RISDIPLAM                                   |                 |             |
| 10030560 | 1     | FCO   | EVRYSDI 0.75 MG/ML POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL | L286,020.00     | L286,020.00 |
| TOTAL L. |       |       |   |                 | L286,020.00 |

**UNICAMENTE VENDEMOS CAJAS COMPLETAS**

Este producto NO paga impuesto sobre ventas.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Lab Fabricante:         | F. HOFFMANN-LA ROCHE LTD. KAISERAUGST  |
| País de Origen:         | SUIZA  |
| Nº Registro Sanitario:  | HN-M-0124-0022 (9/01/2029)   |
| Presentación Comercial: | CAJA CONTENIENDO 1 FRASCO CON POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL                                 |
| Concentración:          | CADA mL DE SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA CONTIENE: RISDIPLAM 0.75 mg, EXCIPIENTES C S P. |
| Forma Farmacéutica      | POLVO PARA RECONSTITUIR SOLUCIÓN ORAL  |

OBSERVACIONES:

- \* Precio sujeto a cambio de acuerdo al deslizamiento de la tasa de cambio del Dólar.
- \* Precio exclusivo para compras institucionales.

En espera de sus prontas y gratas noticias, me suscribo de usted

Atentamente,

Cecily Ordoñez  
Depto. De Compras

Teléfonos (504) 2225 27 18, 2225-2720, Fax: (504) 2225 27 32, Apartado Postal 3183  
Correo Electrónico: [compras@farinter.hn](mailto:compras@farinter.hn)

Visite nuestra página en internet: [www.farinter.hn](http://www.farinter.hn)

95

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

|                      |            |                  |                |
|----------------------|------------|------------------|----------------|
| Tipo de contrato(s): | Suministro | Monto de compra: | L 1,435,000.00 |
|----------------------|------------|------------------|----------------|

**Medicamento:**

| PARTIDA | CÓDIGO   | DESCRIPCIÓN   | U/P | CANTIDAD |
|---------|----------|---|-----|----------|
| 1       | M09AX001 | RISDIPLAM 0.75MG/ML polvo para reconstituir a solución oral | FCO | 5        |

**REQUERIMIENTOS GENERALES:**

**CADA OFERENTE DEBERA PRESENTAR SU OFERTA TECNICA CONFORME FORMATO EN EXCELL (Ver anexo)**

1. **Especificaciones Técnicas Del Producto**, expresando:
  - a. Principio Activo en forma de BASE o SAL, en su caso
  - b. Forma Farmacéutica,
  - c. Concentración
  - d. Unidad de presentación
  - e. Vía de administración
2. Fotocopia legible y autenticada del **CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO O COPIA DE LA CONSTANCIA DE RENOVACIÓN DEL PRODUCTO** ofertado, emitido por la ARSA.
3. Copia del **CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA** debidamente AUTENTICADO.
  - a. Para productos importados: Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante del producto ofertado, (tipo OMS) extendido por la autoridad competente de regulación sanitaria del país de fabricación del producto o Certificado de Libre Venta (CLV) en el país de origen, vigente y emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado, debidamente apostillado o, en su defecto, Fotocopia del Certificado vigente de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS).
4. **AUTORIZACIÓN DEL FABRICANTE O LABORATORIO TITULAR (ver anexo)**, original, en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso según formato anexo. En caso de ser copia, deberá presentarse debidamente autenticada.
5. **DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICION (ver anexo)**, debidamente autenticada y según formato anexo, donde el oferente se comprometen a reponer, sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. Asimismo, reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso.
6. **CARACTERÍSTICAS DE ENVASES**
  - a. **EMPAQUE/ENVASE PRIMARIO:** Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento y deberá cumplir con lo siguiente:
    - i. Debe ser inerte, aislar y proteger medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.

96



- ii. Los envases primarios cuyas PRESENTACIONES SEAN FRASCOS, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal. Cualquier otro frasco que difiera de los antes indicados, y que presente dudas respecto a exposición de la luz, deberá comprobarse con el respectivo estudio de estabilidad vigente para su aceptación.

- b. **EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO:** Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario y deberá cumplir con lo siguiente:
- El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina).
  - El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
  - Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.

- c. **EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO:** Se entiende como envase terciario, el recipiente exterior donde viene el envase secundario y será responsabilidad del proveedor, definir la estiba y las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto. Deberá ser de cartón u otro material resistente a la estiba (no se aceptará, por ejemplo, empaque tipo cartulina ni cartoncillo); de tal forma que facilite la manipulación, transporte y almacenamiento, sellado con cinta de embalaje u otros recursos necesarios que garanticen la integridad del contenido, conservación, transporte y almacenamiento, sin riesgo de daño, indicando el número de cajas que contiene y su tamaño debe ser congruente con el contenido.

## 7. CONDICIONES DEL ETIQUETADO:

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

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

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

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

- Condiciones de almacenamiento (cuando no tiene envase o empaque secundario).
- Agítese antes de usar (solo para emulsiones y suspensiones).

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

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

- **Primera entrega:** 100% entrega inmediata hasta 20 días calendario una vez recibida la orden de compra
- Al momento de la entrega, se deberá presentar copia del Registro Sanitario vigente o copia de la constancia de renovación y copia del certificado de BPM, según corresponda.

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

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

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

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

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

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



ANEXOS

**DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICION**

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

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

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

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

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

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

[Indicar nombre de la droguería]

### AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE DEL PRODUCTO

*[El Oferente solicitará al Titular o Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membretado del Titular o Fabricante y deberá estar firmada por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan al Titular o Fabricante. El Oferente deberá incluirla 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 Titular o Fabricante], como [titular oficial / fabricantes oficiales] de [indique el nombre de los bienes fabricados], con fábricas ubicadas en [indique la dirección completa de las fábricas o sede del titular], 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 nuestra fabricación o titularidad: [nombre y breve descripción de los bienes], y a negociar y firmar el Contrato que corresponda.

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 Titular o Fabricante]

Nombre: [indicar el nombre completo del representante autorizado]

Cargo: [indicar cargo]

Debidamente autorizado para firmar esta Autorización en nombre de: [nombre completo del Titular o Fabricante] Fechado en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024\_\_ [fecha de la firma]

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

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

- Si existe alguna excepción o dificultad para cumplir con alguna condición en alguna partida, la he detallado claramente en la tabla de excepciones.
- Entiendo que la Comisión de Evaluación decidirá si acepta o rechaza estas excepciones.

Excepciones (si existen, indicar a continuación):

| Nº<br>PARTIDA | NOMBRE GENERICO | UM | Indicar en que<br>empaque o<br>etiquetado<br>Primario<br>Secundario<br>Terciario | ¿Qué aspecto no<br>cumple? | Explique el<br>motivo del<br>incumplimiento |
|---------------|-----------------|----|--|----------------------------|---|
|               |                 |    |  |                            |   |
|               |                 |    |  |                            |   |
|               |                 |    |  |                            |   |
|               |                 |    |  |                            |   |
|               |                 |    |  |                            |   |

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ SELLO \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_



## 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  
DESEGURIDAD SOCIAL, IHSS  
Su oficina

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

Proceso: (ejemplo: Compra Directa/Licitación Pública/Licitación Privada) Numero de Proceso:  
(ejemplo: CD-No.0XX-2024)

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

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

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

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

**FORMATO DE PRESENTACIÓN OFERTA "ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS"**
**CUADRO DE EVALUACIÓN TÉCNICA CD-004-2025 "IHSS-ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)"**

| INFORMACION GENERAL DE LA PARTIDA SOLICITADA |   |  |   |  |  |  |                                       |             |
|--|---|--|---|--|--|--|---------------------------------------|-------------|
|  | N° PARTIDA  | CODIGO SAP                                       | DESCRIPCION TECNICA SOLICITADA          | CANTIDAD SOLICITADA  |  |  |                                       |             |
| Sección para llenado del oferente            | COMPLETE  | COMPLETE   | COMPLETE                                | COMPLETE   |  | Nombre del Oferente:   | Sección para llenado del oferente     |             |
|  |   |  |   |  |  | Firma del Oferente:  | Sección para llenado del oferente     |             |
|  |   |  |   |  |  |  |                                       |             |
| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS          |   |  |   |  |  |  |                                       |             |
|  | DROGUERÍA   | NOMBRE COMERCIAL                                 | LABORATORIO FABRICANTE (PAÍS DE ORIGEN) | 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 ADMINISTRACIÓN                    |             |
| Sección para llenado del oferente            | COMPLETE  | COMPLETE   | COMPLETE                                | COMPLETE   | COMPLETE   | COMPLETE   | COMPLETE                              |             |
|  |   |  |   |  |  |  |                                       |             |
| CONDICIONES TÉCNICAS OFERTADAS               |   |  |   |  |  |  |                                       |             |
|  | REGISTRO SANITARIO  | PERÍODO EXPIRACIÓN (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES | PLAN DE ENTREGA OFERTADO                | CERTIFICADO DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO / CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA / | AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE / N° FOLIO   | DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICIÓN / N° FOLIO                            | CANTIDAD OFERTADA                     | OBSERVACIÓN |
| Sección para llenado del oferente            | NUMERO RS<br>FECHA QUE VENCE<br>N° RS ANTERIOR              | COMPLETE (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES           | COMPLETE                                | COMPLETE (fecha vencimiento)   | COMPLETE (con el nombre de quien emite la autorización laboratorio titular o fabricante) | COMPLETE<br>Nombre y cargo de quien firma la declaración jurada        | COMPLETE                              | COMPLETE    |
| Sección para llenado del oferente            | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)<br>N° folio autentica | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)            | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)   | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio apostillado<br>N° folio autentica                      | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)<br>N° folio autentica                              | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s)<br>N° folio autentica            | COMPLETE<br>UBICACIÓN<br>N° folio (s) |             |



REPÚBLICA DE HONDURAS  
SECRETARÍA DE FINANZAS

## PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DETALLADO

PEI - POA

EJERCICIO: 2025



REP:R00822747  
GESTIÓN:2025  
27/08/2024 11:18:58 a.m.

ESTADO: AUTORIZADO

INSTITUCIÓN: 601 - Instituto Hondureño de Seguridad Social

### MISIÓN:

Somos la institución de seguridad social a nivel nacional, comprometida en brindar a la población prestaciones y servicios dignos en materia de salud, pensiones, cobertura laboral y otras que sean necesarias para proteger el patrimonio familiar de los asegurados, cumpliendo con los mejores estándares de profesionalismo, calidad y calidez en el servicio, en procura de la protección y desarrollo inclusivo de las familias hondureñas.

### VISIÓN:

Ser una Institución moderna en seguridad social con cobertura universal, siendo referente nacional en transparencia, buena gobernanza, excelencia en la calidad y calidez del servicio; comparando favorablemente respecto a las mejores prácticas que rigen la materia, por su suficiencia y sostenibilidad, su alto grado de profesionalismo, así como modernos sistemas y procesos de mejora continua que perfeccionan su operatividad, para mejorar la calidad de vida de las familias hondureñas.

### OBJETIVO ESTRATÉGICO

1

Garantizar los servicios de asistencia en salud oportuna y de calidad a la población económicamente activa asegurada y sus beneficiarios, para mejorar su calidad de vida y contribuir al desarrollo integral de nuestro país.

### VINCULACIÓN PLANIFICACIÓN

|  |   |  |
|--|---|--|
| OBJETIVO ESTRATÉGICO SUB-SECTORIAL (PES) | 0 | SIN VINCULACION PES  |
| RESULTADO SUB-SECTORIAL (PES)            | 0 | SIN VINCULACION PES  |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO DE GOBIERNO (PEG)   | 8 | Establecer un sistema único de salud pública, universal y gratuita, con énfasis en la prevención, que garantice la atención integral, el acceso a medicamentos, tratamientos, y procedimientos inmediatos y oportunos. |
| RESULTADO DE GOBIERNO (PEG)              | 1 | Establecido un Sistema Único de Salud con enfoque preventivo y en Atención Primaria, y regular los servicios de subrogación.   |
| OBJETIVO VISIÓN DE PAÍS                  | 1 | Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana con sistemas consolidados de previsión social.  |
| META VISIÓN DE PAÍS                      | 4 | Alcanzar el 95% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema   |

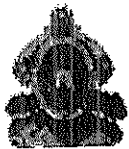
Vigencia del Objeto Estratégico

| 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
|------|------|------|------|
| S    | S    | S    | N    |

|                         |   |   |
|-------------------------|---|---|
| RESULTADO INSTITUCIONAL | 1   | AMPLIADAS LAS ATENCIONES MÉDICAS DE LA POBLACIÓN ASEGURADA DEL IHSS |
| SUSPUESTOS              | Tendencia a reducir la morbilidad y mortalidad de la población asegurada que demanda servicios ambulatorios y hospitalarios.<br>Mejorado el proceso de otorgamiento de prestaciones económicas a la población asegurada |   |

USUARIO : LMROMERO

Página 1 de 7



REPÚBLICA DE HONDURAS  
SECRETARÍA DE FINANZAS

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DETALLADO  
PEI - POA  
EJERCICIO: 2025



REP:R00822747  
GESTIÓN:2025  
27/08/2024 11:18:58 a.m.

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
| <b>OBJETIVO OPERATIVO</b> | 1 | Incrementar la cantidad de consultas de medicina, mejorando con ello la relación del promedio de atenciones médicas por derechohabiente implementando nuevas modalidades. |
|---------------------------|---|---|

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| <b>PRODUCTO</b> | 1 | SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD ENTREGADOS A HOMBRES Y MUJERES DEL REGIMEN DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD |
|-----------------|---|--|

|                  |           |              |              |           |                       |                  |           |                   |           |               |            |            |  |
|------------------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------------------|------------------|-----------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|--|
| Unidad de Medida | 416       | INTERVENCIÓN | Periodicidad | 6         | Mensual               | Tipo de Producto | FINAL     | Producto Primario | S         | No Acumulable | N          |            |  |
| CANTIDAD         | Periodo 1 | Periodo 2    | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5             | Periodo 6        | Periodo 7 | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |  |
|                  | 310471    | 255339       | 282684       | 229096    | 283955                | 311909           | 311741    | 312959            | 310639    | 256609        | 312130     | 229923     |  |
| Produccion Anual | 2025      | 2026         | 2027         | 2028      | Total Global Cantidad |                  |           |                   |           |               |            | 3407455    |  |
|                  | 3407455   | 3577828      | 3756719      | 0         |                       |                  |           |                   |           |               |            |            |  |

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| <b>PRODUCTO</b> | 2 | CONSULTAS MÉDICAS BRINDADAS A HOMBRES Y MUJERES DEL REGIMEN DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD |
|-----------------|---|--|

|                  |           |           |              |           |                       |                  |            |                   |           |               |            |            |  |
|------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------------------|------------------|------------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|--|
| Unidad de Medida | 25        | CONSULTA  | Periodicidad | 6         | Mensual               | Tipo de Producto | INTERMEDIA | Producto Primario | S         | No Acumulable | N          |            |  |
| CANTIDAD         | Periodo 1 | Periodo 2 | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5             | Periodo 6        | Periodo 7  | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |  |
|                  | 298375    | 244125    | 271250       | 217000    | 271250                | 298375           | 298375     | 298375            | 298375    | 244125        | 298375     | 216998     |  |
| Produccion Anual | 2025      | 2026      | 2027         | 2028      | Total Global Cantidad |                  |            |                   |           |               |            | 3254998    |  |
|                  | 3254998   | 3417748   | 3588635      | 0         |                       |                  |            |                   |           |               |            |            |  |

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| <b>PRODUCTO</b> | 3 | EGRESOS HOSPITALARIOS BRINDADOS A HOMBRES Y MUJERES DEL REGIMEN DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD |
|-----------------|---|--|

|                  |           |           |              |           |                       |                  |            |                   |           |               |            |            |
|------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------------------|------------------|------------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|
| Unidad de Medida | 36        | EGRESO    | Periodicidad | 6         | Mensual               | Tipo de Producto | INTERMEDIA | Producto Primario | S         | No Acumulable | N          |            |
|                  | Periodo 1 | Periodo 2 | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5             | Periodo 6        | Periodo 7  | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |
| CANTIDAD         | 9450      | 9450      | 9450         | 9450      | 10500                 | 11550            | 10500      | 12600             | 10500     | 10500         | 11500      | 10500      |
|                  | 2025      | 2026      | 2027         | 2028      | Total Global Cantidad |                  |            |                   | 125950    |               |            |            |
| Produccion Anual | 125950    | 132300    | 138915       | 0         |                       |                  |            |                   |           |               |            |            |



REPÚBLICA DE HONDURAS  
SECRETARÍA DE FINANZAS

## PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DETALLADO

PEI - POA

EJERCICIO: 2025



REP:R00822747  
GESTIÓN:2025  
27/08/2024 11:18:58 a.m.

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| <b>PRODUCTO</b> | 4 | SUBSIDIOS TRAMITADOS POR ENFERMEDAD COMÚN Y MATERNIDAD A HOMBRES Y MUJERES DEL REGIMEN DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD |
|-----------------|---|---|

|                  |           |           |           |              |                       |           |                  |            |           |                   |            |               |   |
|------------------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------------------|-----------|------------------|------------|-----------|-------------------|------------|---------------|---|
| Unidad de Medida | 277       | SUBSIDIO  |           | Periodicidad | 6                     | Mensual   | Tipo de Producto | INTERMEDIA |           | Producto Primario | S          | No Acumulable | N |
| CANTIDAD         | Periodo 1 | Periodo 2 | Periodo 3 | Periodo 4    | Periodo 5             | Periodo 6 | Periodo 7        | Periodo 8  | Periodo 9 | Periodo 10        | Periodo 11 | Periodo 12    |   |
|                  | 2646      | 1764      | 1984      | 2646         | 2205                  | 1984      | 2866             | 1984       | 1764      | 1984              | 2205       | 2425          |   |
| Produccion Anual | 2025      | 2026      | 2027      | 2028         | Total Global Cantidad |           |                  |            |           |                   |            |               |   |
|                  | 26457     | 27780     | 29169     | 0            | 26457                 |           |                  |            |           |                   |            |               |   |

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| <b>OBJETIVO ESTRATEGICO</b> | 2 | Fortalecer y dar sostenibilidad al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM); para brindar las coberturas de acuerdo a la contribución realizada por los afiliados a fin de retribuir a través de medios económicos de subsistencia como lo es la pensión o jubilación. |
|-----------------------------|---|--|

### VINCULACIÓN PLANIFICACIÓN

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>OBJETIVO ESTRATEGICO SUB-SECTORIAL (PES)</b> | 0 | SIN VINCULACION PES   |
| <b>RESULTADO SUB-SECTORIAL (PES)</b>            | 0 | SIN VINCULACION PES   |
| <b>OBJETIVO ESTRATEGICO DE GOBIERNO (PEG)</b>   | 6 | Asistir a la población más vulnerable mediante un sistema de protección y previsión social integral.            |
| <b>RESULTADO DE GOBIERNO (PEG)</b>              | 3 | Incrementada la cobertura del sistema de protección y previsión social y actualizado el monto de las pensiones. |
| <b>OBJETIVO VISIÓN DE PAIS</b>                  | 1 | Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana con sistemas consolidados de previsión social.                 |
| <b>META VISIÓN DE PAIS</b>                      | 5 | Universalizar el régimen de jubilación y pensión para el 90% de los asalariados en Honduras.                    |

|  |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|
| <b>Vigencia del Objeto Estratégico</b> | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
|  | S    | S    | S    | N    |

106



REPÚBLICA DE HONDURAS  
SECRETARIA DE FINANZAS

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DETALLADO  
PEI - POA  
EJERCICIO: 2025



REP:R00822747  
GESTIÓN:2025  
27/08/2024 11:18:58 a.m.

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| <b>RESULTADO INSTITUCIONAL</b> | 1 | Incrementado el otorgamiento de pensiones del Regimen de Invalidez, Vejez y Muerte, otorgadas en comparacion al año 2024  |
| <b>SUSPUESTOS</b>              |   | *Análisis y revisión de los tiempos de entrega de las pensiones a la población asegurada.<br>*Utilización de los medios de comunicación del pago del otorgamiento económico a la población asegurada.<br>*Mejoramiento del proceso de entrega de las pensiones a la población asegurada |
| <b>OBJETIVO OPERATIVO</b>      | 1 | Entregar oportunamente los beneficios a los derechohabientes.   |

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| <b>PRODUCTO</b> | 1 | Pensiones otorgadas a las y los derechohabientes del Regimen de Invalidez, Vejez y Muerte. |
|-----------------|---|--|

|                  |           |           |              |           |           |                  |           |                   |           |               |            |            |
|------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|------------------|-----------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|
| Unidad de Medida | 464       | PENSION   | Periodicidad | 6         | Mensual   | Tipo de Producto | FINAL     | Producto Primario | S         | No Acumulable | S          |            |
| CANTIDAD         | Periodo 1 | Periodo 2 | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5 | Periodo 6        | Periodo 7 | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |
|                  | 72308     | 72453     | 72598        | 72743     | 72889     | 73034            | 73180     | 73327             | 73473     | 74620         | 74769      | 75941      |
| Produccion Anual | 2025      | 2026      | 2027         | 2028      |           |                  |           |                   |           |               |            |            |
|                  | 0         | 76320     | 76702        | 0         |           |                  |           |                   |           |               |            |            |

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| <b>PRODUCTO</b> | 2 | Pensiones tramitadas a las y los derechohabientes del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte |
|-----------------|---|--|

|                  |           |           |              |           |           |                  |            |                   |           |               |            |            |
|------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|------------------|------------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|
| Unidad de Medida | 464       | PENSION   | Periodicidad | 6         | Mensual   | Tipo de Producto | INTERMEDIA | Producto Primario | S         | No Acumulable | S          |            |
|                  | Periodo 1 | Periodo 2 | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5 | Periodo 6        | Periodo 7  | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |
| CANTIDAD         | 72308     | 72453     | 72598        | 72743     | 72889     | 73034            | 73180      | 73327             | 73473     | 74620         | 74769      | 75941      |
|                  | 2025      | 2026      | 2027         | 2028      |           |                  |            |                   |           |               |            |            |
| Produccion Anual | 0         | 76320     | 76702        | 0         |           |                  |            |                   |           |               |            |            |



REPÚBLICA DE HONDURAS  
SECRETARÍA DE FINANZAS

## PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DETALLADO

PEI - POA

EJERCICIO: 2025



REP:R00822747  
GESTIÓN:2025  
27/08/2024 11:18:58 a.m.

|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| <b>OBJETIVO ESTRATEGICO</b> | 3 | Intensificar las gestiones que realiza el Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales orientadas en la prevención e intervención a las empresas afiliadas al sistema, contando con personal capacitado y eficiente que permita estar vigilante en la seguridad e higiene del trabajo que el patrono brinde a los empleados, y asimismo otorgar las prestaciones económicas enmarcadas en Ley ante cualquier caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional que se presente. Además, velar por el cumplimiento de todas las disposiciones enmarcadas en ley a beneficio del empleado. |
|-----------------------------|---|---|

### VINCULACIÓN PLANIFICACIÓN

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>OBJETIVO ESTRATEGICO SUB-SECTORIAL (PES)</b> | 0 | SIN VINCULACION PES   |
| <b>RESULTADO SUB-SECTORIAL (PES)</b>            | 0 | SIN VINCULACION PES   |
| <b>OBJETIVO ESTRATEGICO DE GOBIERNO (PEG)</b>   | 6 | Asistir a la población más vulnerable mediante un sistema de protección y previsión social integral.            |
| <b>RESULTADO DE GOBIERNO (PEG)</b>              | 3 | Incrementada la cobertura del sistema de protección y previsión social y actualizado el monto de las pensiones. |
| <b>OBJETIVO VISIÓN DE PAIS</b>                  | 1 | Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana con sistemas consolidados de previsión social.                 |
| <b>META VISIÓN DE PAIS</b>                      | 5 | Universalizar el régimen de jubilación y pensión para el 90% de los asalariados en Honduras.                    |

|  |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|
|  | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Vigencia del Objeto Estratégico</b> | S    | S    | S    | N    |

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| <b>RESULTADO INSTITUCIONAL</b> | 1   | INCREMENTADO EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS A LAS Y LOS DERECHOHABIENTES DEL RÉGIMEN DE RIESGO PROFESIONAL                    |
| <b>SUSPUESTOS</b>              | Equipo especializado para capacitar a personal de las empresas para reducir los eventos a través de acciones de promoción in situ a empleados relacionados con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales |   |
| <b>OBJETIVO OPERATIVO</b>      | 1   | Brindar las prestaciones económicas que tienen derecho las y los asegurados por concepto de accidente de trabajo o enfermedad profesional |

108



REPÚBLICA DE HONDURAS  
SECRETARÍA DE FINANZAS

# PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DETALLADO

PEI - POA

EJERCICIO: 2025



REP:R00822747  
GESTIÓN:2025  
27/08/2024 11:18:58 a.m.

|                 |          |   |
|-----------------|----------|---|
| <b>PRODUCTO</b> | <b>1</b> | OTORGAMIENTO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LOS Y LAS DERECHAHABIENTES DEL REGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES |
|-----------------|----------|---|

|                  |           |              |              |           |           |                  |           |                   |           |               |                       |            |
|------------------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------|------------------|-----------|-------------------|-----------|---------------|-----------------------|------------|
| Unidad de Medida | 416       | INTERVENCIÓN | Periodicidad | 6         | Mensual   | Tipo de Producto | FINAL     | Producto Primario | S         | No Acumulable | N                     |            |
|                  | Periodo 1 | Periodo 2    | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5 | Periodo 6        | Periodo 7 | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11            | Periodo 12 |
| CANTIDAD         | 4097      | 4029         | 4071         | 4121      | 4111      | 4076             | 4146      | 4084              | 4057      | 4068          | 4122                  | 4121       |
|                  |           |              |              |           |           |                  |           |                   |           |               | Total Global Cantidad | 49103      |
|                  |           |              |              |           |           |                  |           |                   |           |               |                       |            |
| Produccion Anual | 2025      | 2026         | 2027         | 2028      |           |                  |           |                   |           |               |                       |            |
|                  | 49103     | 51562        | 54141        | 0         |           |                  |           |                   |           |               |                       |            |

|                 |          |  |
|-----------------|----------|--|
| <b>PRODUCTO</b> | <b>2</b> | PENSIONES TRAMITADAS A HOMBRES Y MUJERES POR ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL REGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES. |
|-----------------|----------|--|

|                  |           |           |              |           |           |                  |            |                   |           |               |            |            |
|------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|------------------|------------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|
| Unidad de Medida | 464       | PENSION   | Periodicidad | 6         | Mensual   | Tipo de Producto | INTERMEDIA | Producto Primario | S         | No Acumulable | S          |            |
| CANTIDAD         | Periodo 1 | Periodo 2 | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5 | Periodo 6        | Periodo 7  | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |
|                  | 3754      | 3758      | 3762         | 3766      | 3770      | 3774             | 3778       | 3782              | 3786      | 3790          | 3794       | 3798       |
| Produccion Anual | 2025      | 2026      | 2027         | 2028      |           |                  |            |                   |           |               |            |            |
|                  | 0         | 3965      | 4163         | 0         |           |                  |            |                   |           |               |            |            |

|                 |          |  |
|-----------------|----------|--|
| <b>PRODUCTO</b> | <b>3</b> | SUBSIDIOS TRAMITADOS A HOMBRES Y MUJERES POR ENFERMEDAD PROFESIONAL Y ACCIDENTES DEL REGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES. |
|-----------------|----------|--|

|                  |           |           |              |           |                       |                  |            |                   |           |               |            |            |
|------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------------------|------------------|------------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|
| Unidad de Medida | 277       | SUBSIDIO  | Periodicidad | 6         | Mensual               | Tipo de Producto | INTERMEDIA | Producto Primario | S         | No Acumulable | N          |            |
|                  | Periodo 1 | Periodo 2 | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5             | Periodo 6        | Periodo 7  | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |
| CANTIDAD         | 306       | 204       | 229          | 306       | 255                   | 229              | 331        | 229               | 204       | 229           | 255        | 280        |
|                  | 2025      | 2026      | 2027         | 2028      | Total Global Cantidad |                  |            | 3057              |           |               |            |            |
| Produccion Anual | 3057      | 3213      | 3374         | 0         |                       |                  |            |                   |           |               |            |            |





REPÚBLICA DE HONDURAS  
SECRETARÍA DE FINANZAS

## PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DETALLADO

PEI - POA

EJERCICIO: 2025



REP:R00822747  
GESTIÓN:2025  
27/08/2024 11:18:58 a.m.

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| <b>PRODUCTO</b> | 4 | INTERVENCIONES DE RIESGO PROFESIONAL REALIZADA A LAS EMPRESAS |
|-----------------|---|---|

|                  |           |              |              |           |                       |                  |            |                   |           |               |            |            |
|------------------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------------------|------------------|------------|-------------------|-----------|---------------|------------|------------|
| Unidad de Medida | 416       | INTERVENCION | Periodicidad | 6         | Mensual               | Tipo de Producto | INTERMEDIA | Producto Primario | S         | No Acumutable | N          |            |
| CANTIDAD         | Periodo 1 | Periodo 2    | Periodo 3    | Periodo 4 | Periodo 5             | Periodo 6        | Periodo 7  | Periodo 8         | Periodo 9 | Periodo 10    | Periodo 11 | Periodo 12 |
|                  | 37        | 67           | 80           | 49        | 86                    | 73               | 37         | 73                | 67        | 49            | 73         | 43         |
| Produccion Anual | 2025      | 2026         | 2027         | 2028      | Total Global Cantidad |                  |            |                   |           |               |            |            |
|                  | 734       | 771          | 810          | 0         | 734                   |                  |            |                   |           |               |            |            |

110