



**GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS**



Señores
DROGUERIAS

Su Oficina.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) está realizando un proceso de Compra Directa CD-007-2026 amparado en el Decreto Ejecutivo PCM-007-2026, emitido por el Presidente de la República, con carácter urgente, con el fin de suplir de manera inmediata algunos medicamentos vitales, para continuidad de tratamientos para los derechohabientes.

Por lo anterior, estamos remitiendo a su representada, pliego de condiciones abreviadas de los documentos a presentar y de los medicamentos, con sus respectivas especificaciones y condiciones técnicas, los cuales adjuntamos.

Su representada deberá presentar una Garantía de Mantenimiento de Oferta correspondiente al 2% del monto total ofertado mediante Garantía Bancaria, Fianza o en su defecto Cheque Certificado, por el mismo monto, a nombre del IHSS, según lo establecido en artículo 99 de la Ley de Contratación del Estado.

Las ofertas, tanto en formato físico como digital, deberán ser **presentadas** en el Salón de Sesiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) del IHSS.

La **Comisión de Recepción, Apertura y Evaluación** recibirá las mismas el día **4 de Junio de 2026**, en un horario de **08:00 a.m. a 10:00 a.m.** (hora oficial de la República de Honduras). Una vez concluido el horario de presentación, a las **10:15 a.m.** del mismo día y en el mismo **lugar**, la Comisión procederá al acto de apertura de ofertas en audiencia pública.

Fuente de Financiamiento: Fondos Propios.

Agradecemos su participación en este proceso, por la importancia del mismo, De Ustedes con todo respeto y consideración.

Atentamente;

ABOG. VICTOR ANTONIO MARTINEZ CACERES
DIRECTOR EJECUTIVO DEL IHSS



**DOCUMENTO ABREVIADO
CONTRATACIÓN DIRECTA POR EMERGENCIA
PCM-007-2026.**

1. Antecedentes

Mediante Decreto Ejecutivo **PCM-007-2026**, publicado en el diario oficial la Gaceta, el Poder Ejecutivo declaró Estado de Emergencia en el Régimen de Enfermedad y Maternidad del IHSS, autorizando mecanismos excepcionales de Contratación Directa para garantizar la continuidad y eficiencia de los servicios públicos de salud.

La presente Contratación Directa se realiza al amparo de:

1. Decreto Ejecutivo **PCM-007-2026**
2. Artículos 9 y 63 numeral 1 de la Ley de Contratación del Estado;
3. Principios de continuidad del servicio público, necesidad inmediata, proporcionalidad y eficiencia administrativa.

2. Justificación de la Contratación Directa

La necesidad identificada consiste en: **“IHSS-DMN ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) A NIVEL NACIONAL”**

La Contratación Directa resulta indispensable para:

- Garantizar la continuidad de los servicios asistenciales;
- Evitar afectación a los derechohabientes;
- Reducir riesgos operativos y sanitarios;
- Atender de manera inmediata las necesidades derivadas de la emergencia declarada.

Debido al carácter emergente y excepcional de la situación, un procedimiento ordinario de Licitación Público o Privada, comprometería la oportunidad de respuesta institucional y la finalidad del Decreto de Emergencia.

3. Objeto de la Contratación Directa

El objeto de la Contratación Directa consiste en la **ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) A NIVEL NACIONAL.**

4. Fundamento Legal

La presente Contratación Directa se fundamenta en:

1. Decreto Ejecutivo PCM-007-2026
2. Constitución de la República;





3. Ley General de la Administración Pública;
4. Ley de Contratación del Estado, artículos 9 y 63 numeral 1;
5. Procedimiento de Contrataciones Directas del IHSS para el PCM 007-2026
6. Demás normativa aplicable.

La contratación se efectúa bajo un régimen excepcional y temporal derivado de la Declaratoria de Emergencia nacional en el IHSS, estableciendo los pliegos de condiciones de manera abreviada.

5. Requisitos Legales a presentar:

1. Certificación vigente de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratista de la Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (ONCAE). O Constancia de estar en Trámite siendo permitido presentar ofertas, sin embargo, previo a la firma del contrato deberá presentar el Certificado de inscripción.
2. Declaración Jurada autenticada, del representante legal actual de la empresa sobre las Prohibiciones o Inhabilidades previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado. (formato en anexos).
3. Declaración Jurada autenticada del 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).
4. Declaración Jurada de Integridad firmada y sellada por el oferente.
5. Fotocopia del DNI de su representante legal.
6. Fotocopia del permiso de Operación Municipal de la localidad de la Empresa, vigente a la fecha de apertura.

En el caso en que el oferente presente la Certificación de estar inscrito en el Registro de Proveedores, no deberá presentar copia autenticada de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas y notificadas, poder del representante legal del oferente, constancia de colegiación del oferente y copia autenticada de RTN del oferente, **a menos que alguno de los datos haya cambiado y no haya sido reportado a la ONCAE.**

Requisitos Económicos:

1. Carta Formulario de Presentación de Oferta, la cual debe presentarse de conformidad con el formato que se acompaña firmado en cada una de sus páginas, por el Representante Legal actual de la empresa.
2. Lista de Precios (conforme al formulario), 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 servicios pagan este impuesto debe de indicarlo mediante una nota marginal.



3. 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 (conforme al formulario).



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

Requisitos Técnicos

➤ **DOCUMENTACIÓN TÉCNICA**

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

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

A manera de ejemplo se detalla:

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

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

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

- Omisión del Formato de evaluación Técnico de la oferta impreso,
- Falta de firma Representante Legal y sello del proveedor en el Formato de evaluación Técnico,
- La no presentación de los tiempos de entrega de forma impresa en Formato de evaluación Técnico.

La información técnica debe incluir:

1. **DECLARACIÓN JURADA POR REPOSICIÓN** debidamente Autenticada del representante legal, según formato anexo, donde el oferente se compromete a reponer sin costo alguno, la totalidad del producto adquirido que antes de su fecha de expiración le sobrevinieran fallas imputables al suplidor/fabricante, defectos físicos, químicos o microbiológicos o fallas de cualquier tipo. Asimismo, reponer la cantidad existente de los productos que resultaran vencidos en la institución que hayan sido entregados con vida útil menor a la solicitada y que cuenten con carta de compromiso. **Según formulario anexo.**
2. Original de la **AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE** en la que se autorice al distribuidor de medicamentos a participar en el proceso, o en caso de ser copia esta deberá estar Autenticada. **Según formulario anexo.**

➤ **CONDICIONES TÉCNICAS**

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

1. Cada producto se deberá ofertar expresando:





- a. Principio Activo
- b. Presentación farmacéutica
- c. Forma Farmacéutica
- d. Concentración
- e. Vía de administración
- f. Especificaciones requeridas para cada producto

2. Fotocopia legible y autenticada del **CERTIFICADO VIGENTE DEL REGISTRO SANITARIO** de cada producto ofertado, emitido por el ARSA.

- a. No se aceptarán como válidos los certificados de Registro Sanitario que indiquen que el producto farmacéutico solicitado está en otra presentación, o forma farmacéutica. Para todos los Certificados de Registro Sanitarios de los productos ofertados, el Oferente deberá emitir una única auténtica.
- b. En caso de que el Registro Sanitario se encuentre en trámite de renovación, modificación o ampliación, el Oferente deberá presentar constancia emitida por ARSA, en la que se indique que dicho registro se encuentra en proceso, especificando el número de expediente, fecha de ingreso y estatus del trámite.
- c. No se aceptarán trámites de Registro Sanitario por primera vez, cuando el producto no cuente con un Registro Sanitario vigente

Nota: Será objeto de descalificación el ítem que presente un Registro Sanitario vencido y/o constancias emitidas por una institución distinta a ARSA

3. En el caso de productos fabricados dentro del Marco de la Unión Aduanera Centroamericana, se aceptará copia del **CERTIFICADO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO**, debidamente autenticado, con el sello de reconocimiento mutuo vigente, del ARSA o si estuviese en trámite deberá de presentar copia de la Solicitud de Renovación del Reconocimiento Mutuo.

4. Copia del **CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA** debidamente autenticado, para la forma farmacéutica ofertada.

- a. Para **FABRICANTES NACIONALES:** contar con la Copia de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente emitido por Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) debidamente autenticado.
- b. Para **PRODUCTOS IMPORTADOS:** Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante del producto ofertado, (tipo OMS) extendido por la autoridad competente de regulación sanitaria del país de fabricación del producto o Certificado de Libre Venta (CLV) en el país de origen, vigente y emitido por Autoridad Reguladora del país de origen del fabricante, que garantice que el laboratorio está acreditado para fabricar el producto ofertado, debidamente apostillado o, en su defecto, Fotocopia del Certificado vigente de calidad, del producto farmacéutico objeto de comercio internacional (tipo OMS). Debidamente autenticado

Nota: Será objeto de descalificación el ítem que presente un Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y/o Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) vencido, así como aquel cuyo laboratorio fabricante no corresponda al consignado en el Registro Sanitario.

Los medicamentos se deberán entregar con las siguiente **VIDA ÚTIL:**

4. **EL OFERENTE** debe garantizar que los productos ofrecidos son de producción con fecha de expiración no menor de **VEINTICUATRO MESES (24)**, para los biológicos, biotecnológicos y





oncológicos con fecha de expiración no menor a **DIECIOCHO (18) MESES**, contados a partir de su entrega en el Departamento de Almacén Central del IHSS.

- b. En casos excepcionales, El IHSS, aceptará al menos **DOCE (12) MESES** de vida útil, como mínimo contados a partir de su entrega en el Departamento de Almacén Central del IHSS, por lo tanto **NO SE ACEPTARAN MEDICAMENTOS CON FECHAS DE VENCIMIENTO MENOR A DICHO PERÍODO, no se considerara solicitudes posteriores a la adjudicación con vida útil como mínima menor a doce meses.**

En aquellos casos justificados en que se acepte productos con fechas de expiración por un periodo menor a 24 MESES o 18 MESES, según lo descrito en el numeral anterior, al momento de la entrega y recepción; el Proveedor presentará una **CARTA COMPROMISO DE REPOSICIÓN O REEMPLAZO** al Almacén Central, con copia a la Dirección Administrativa y Financiera del IHSS, para asegurar la reposición de los productos que expiren o estén próximos a vencerse, reemplazándolos con períodos de acuerdo con los literales precedentes. Las mismas condiciones aplicarán para los medicamentos que se pretenda entregar en reposición o reemplazo. Así mismo se deberán reponer los medicamentos cumpliendo el procedimiento administrativo vigente establecido por el IHSS.

6. Para los productos **BIOLÓGICOS Y HEMODERIVADOS**, al momento de su entrega, deberá presentar certificado de liberación del registro del monitoreo de temperatura de la cadena de frio del fabricante del lote entregado.
7. Para los productos de **INGENIERÍA GENÉTICA Y BIOLÓGICOS** deberá presentar Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) o Certificado de Libre Venta (CLV) y Certificados de Buenas Prácticas de Manufactura de los laboratorios involucrados en la fabricación, según aplique, vigente y emitido por una de las siguientes autoridades reguladoras:
- a. Administración de Alimentos Medicamentos de Estados Unidos (FDA).
 - b. Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o Autoridades competentes de los estados miembros de la Unión Europea,
 - c. Health Canadá,
 - d. Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (MHLW),
 - e. Administración de Productos Terapéuticos de Australia (TGA),
 - f. Agencia Suiza de Medicamentos (Swissmedic),
 - g. Agencia de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido (MHRA).

8. ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD

Todos los medicamentos adquiridos quedarán **EXENTOS DEL ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD**.

Sin embargo, en casos eventuales, el IHSS podrá realizar monitoreo y análisis de control de calidad en cualquier momento que considere pertinente, conforme a la normativa vigente. Los costos derivados de dichos análisis, así como la reposición de las muestras utilizadas, serán asumidos por el proveedor. En caso de obtenerse resultados no conformes o rechazo del producto, el proveedor deberá efectuar el retiro y reposición correspondiente, sin perjuicio de las acciones administrativas y regulatorias que puedan ser aplicadas por el **IHSS y la ARSA**.

Con el propósito de evaluar la **CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS** a adquirir el IHSS considerará:





- a. Informes de análisis de calidad emitidos por Laboratorio Oficial de Especialidades Farmacéuticas.
- b. Alarmas de sistemas de Farmacovigilancia, emitidas por autoridades regulatorias de medicamentos, tanto nacional como las reconocidas internacionalmente para todas las partidas y las documentadas en el instituto.
- c. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), desestimaré las ofertas de proveedores donde los laboratorios fabricantes y titulares hayan presentado RECHAZO en los resultados de análisis de control de calidad por el laboratorio oficial de referencia, en más de una forma farmacéutica dentro de sus líneas de producción, en los últimos tres (3) años. Asimismo, se desestimaré toda la oferta de laboratorio fabricante o laboratorio titular con los mismos resultados en dos (2) productos o más, este criterio no aplicará cuando el parámetro del análisis de control de calidad corresponde a volumen incompleto, manteniendo la concentración requerida por unidad de volumen.

No se deberá observar anotaciones a mano, tachaduras, sellos irregulares que no correspondan a la impresión original de la etiqueta, cinta adhesiva sobre la etiqueta, empaque o embalaje. Asimismo se debe presentar información sobre condiciones de almacenamiento, tiempo de descarte después de abierto el recipiente, forma de preparación, diluyentes y reconstitución, equivalencia de unidades o unidades internacionales al sistema métrico (miligramos, microgramos, gramos, etc.) y además de las medidas de bioseguridad y de manipulación segura.

Cuando exista **FUSIÓN ENTRE LABORATORIOS FABRICANTES** el proveedor deberá presentar documentación soporte que acredite la misma debidamente autenticado.

➤ **FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO**

En el caso de medicamentos que no son innovadores, identificados en la base como **FÁRMACOS DE RIESGO SANITARIO**, deben demostrar evidencia de Intercambiabilidad o Equivalencia Terapéutica, con el medicamento de referencia o comparador emitido por las autoridades reguladoras requeridas por el IHSS según categoría:

LISTA DE MEDICAMENTOS DE RIESGO SANITARIO Y REQUERIMIENTO A PRESENTAR SEGÚN CATEGORÍA DE AUTORIDAD REGULADORA		
DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO	U.P.	RIESGO SANITARIO
DIMETIL FUMARATO 240mg microcapsula gastroresistente. Vía de administración: Oral.	CAP	1
DIMETIL FUMARATO 120mg microcapsula gastroresistente. Vía de administración: Oral.	CAP	1
QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	1, 2, 3
INFLIXIMAB 100mg polvo para concentrado para solución para perfusión frasco 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	1, 2





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

AUTORIDADES REGULADORAS ESTRUCTAS, (Categoría 1)		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	Agencia Europea de Medicamento	EMA – European Medicines Agency
2	Estados Unidos de América	USFDA – Food and Drug Administration
3	Canadá	HC – Health Canadá
4	Oficina de Seguridad Farmacéutica y de Alimentos de Japón	Pharmaceuticals and Medical Devices Agency PMDA
5	Suiza	Swissmedic
6	Australia	Therapeutic Goods Administration (TGA)
7	Islandia	Agencia de Medicamentos de Islandia (IMA)
8	Noruega	Agencia Noruega de Medicamentos
9	Liechtenstein	Oficina de la Salud/Departamento de Farmacia
AUTORIDADES REGULADORAS DE ALTA VIGILANCIA, (Categoría 2)		
No.	País	Autoridad Reguladora
1	Suecia	Agencia de Productos Médicos (MPA)
2	España	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)
3	Reino Unido	Agencia Regulatoria para Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA)
4	Finlandia	Agencia Finlandesa de Medicamentos (FIMEA)
5	Francia	Agencia Nacional Francesa de Seguridad de los medicamentos y Productos de Salud (ANSM)
6	Bélgica	Agencia Federal de Medicamentos y Productos para la salud (AFMPS)
7	Austria	Agencia Austriaca para la Salud y la Seguridad Alimentaria (AGES)
8	Alemania	Ministerio Federal de Salud (BMG) Autoridad Central de los Lander para la Protección de la Salud relativa a los productos medicinales y dispositivos médicos (ZLG)





AUTORIDADES REGULADORAS DE ALTA VIGILANCIA, (Categoría 2)

No.	País	Autoridad Reguladora
9	Dinamarca	Agencia Danesa de Medicamentos (DKMA)
10	Nueva Zelanda	Autoridad de Seguridad de Medicamentos y Dispositivos Médicos (MedSafe)
11	Holanda	Inspección de Asistencia Sanitaria (IGZ)
12	Irlanda	Autoridad Reguladora de los Productos de Salud (HPRA)
13	Italia	Agencia de Medicamentos Italiana (AIFA)

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

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

➤ **CONDICIONES DEL ETIQUETADO**

Todos los medicamentos adquiridos quedarán **EXENTOS DEL ETIQUETADO** de la leyenda “Propiedad del IHSS”, tanto en el envase primario como en el secundario.

ETIQUETADO EN EL ENVASE PRIMARIO: Se entiende por envase primario el recipiente inmediato en que viene el contenido del medicamento.

1.1. Todo medicamento deberá tener etiqueta en español en envase primario, secundario y terciario 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, gel, implante, parches, cremas, 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.

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

1.2. 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.

2. **ETIQUETADO EN EL ENVASE SECUNDARIO:** Se entiende como envase secundario, el recipiente exterior donde viene el envase primario.

En el empaque secundario deberá tener en español las condiciones del numeral 1.2 y adicionalmente los siguientes datos:

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

3. **ETIQUETADO EN EL ENVASE TERCIARIO:** Se entiende como envase terciario, el recipiente exterior donde viene el envase secundario, deberá tener en español las condiciones del envase secundario.

➤ CARACTERÍSTICAS DE ENVASES

EMPAQUE / ENVASE PRIMARIO:

- Debe ser inerte, debe aislar y proteger a medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.
- En el caso de los medicamentos que requieran **Envase Primario protegido de la luz**, deberá estar fabricado en un material que no permita el paso de la luz o este empacado en una caja individual; en el caso de ampollas y viales transparentes, que requieran protección a la luz se aceptarán en empaques, máximo de 25 ampollas o viales, por caja (empaque secundario)
- Los envases primarios cuyas **PRESENTACIONES SEAN FRASCOS**, deberán tener sello de seguridad de plástico o metal y en el caso de los secundarios (cajas), deberán tener los sellos de





alta seguridad ya descritos de la etiqueta principal.

- Las formas farmacéuticas **LIQUIDAS**: soluciones, suspensiones, etc.; deberán ser envasadas en frascos de plástico o de vidrio que ofrezcan protección contra la luz. Las de uso oftalmológico deben envasarse en frasco gotero plástico no reactivo con tapadera de seguridad del tipo que se desprende al abrirlo.

Los frascos conteniendo **POLVOS** para inyección deben tener sello y tapón de seguridad y si acompañan el solvente deben indicarlo. Los polvos para reconstitución oral, en los frascos debe indicarse la escala de volumen a llevar para realizar el preparado e indicar el volumen de solvente a utilizar.

- Las formas farmacéuticas **LIQUIDAS Y POLVOS PARA SUSPENSIÓN ORALES**, deben tener sabor agradable e incluir dosificadores para facilitar su Administración, los cuales deben ser incorporados a cada frasco y podrán ser: Cuchara graduada de 2.5ml a 5ml, Jeringa o copita graduada en escala fraccionada de 0ml hasta 10ml.
 - Formas farmacéuticas **SÓLIDAS**: Las tabletas orales, grageas, óvulos, Capsulas, etc., deberán ser envasadas en blíster plástico/aluminio, blíster aluminio/aluminio u otro tipo de envase debidamente calificado como tiras de papel aluminio/aluminio, tiras de Plástico/aluminio. El blíster o tiras deberán tener impreso en la parte posterior (reverso) el nombre del medicamento y los datos necesarios según lo expresado en especificaciones de etiqueta, en algunos casos especiales de tratamientos específicos debidamente justificados, se puede aceptar estas presentaciones en frascos cuyo contenido máximo será hasta 120 tabletas.
 - Formas farmacéuticas **SEMISÓLIDAS**: Los ungüentos, cremas, gel deberán ser envasados en tubo de plástico o metal con tapa de seguridad de manera que al enroscar la tapa se perfore el sello hermético del tubo.
 - Líquidos para **USO PARENTERAL**: las ampollas deberán tener bien clara la marca para poder abrirla. Las preparaciones inyectables con presentación en bolsas deberán estar constituidas por plástico resistente, no reactivo, con escala de volumen y con dispositivo que permita la conexión de catéter, así como el respectivo colgante para insertarlo fácilmente en un soporte de forma que se facilite su administración intravenosa (I.V).
 - Los medicamentos que se especifiquen **EN BLÍSTER**, deberán utilizar películas de PVC/PVDC (Cloruro de Polivinilo con Cloruro de Polivinilideno), ámbar o transparente según el diseño y sensibilidad del principio activo. Los medicamentos que se especifiquen **en tiras de papel de aluminio**, debe entenderse que es por ambos lados. Ambos empaques (**Blíster o Tiras**) con características físicas que permita diferenciarse individualizado, mediante el color del blíster y/o tira, o el color de la tinta (blíster ámbar o cualquier empaque unitario equivalente con protección a la luz.
 - Las cantidades que se especifiquen en **TIRAS O BLÍSTER**, no deberán ser mayores de 1,000 tabletas, grageas o capsulas por caja.
 - Se podrá aceptar un margen superior a lo establecido en las presentaciones líquidas, orales, siempre y cuando se indique el correspondiente volumen en la etiqueta.
 - Para los productos que requieren **CADENA DE FRÍO O ALMACENAMIENTO ESPECIAL** a una temperatura determinada, según disponga el fabricante, se deberá adjuntar la información sobre tales indicaciones que constarán en la orden de compra. Estos protocolos deberán mantenerse y comprobarse mediante dispositivos electrónicos empleados durante su almacenamiento y transporte del producto, hasta su entrega efectiva en el lugar designado por el IHSS. De no ser así, el IHSS no se responsabiliza de su deterioro.





Asimismo al momento de la entrega de productos farmacéuticos refrigerados que sean transportados en vehículos con sistema de refrigeración activo (Termoking), a fin de garantizar la integridad del producto, el proveedor está obligado a suministrar el o los dispositivos de registro de temperatura (data logger) y el material logístico (Hieleras, paquetes fríos, acumuladores de frío) necesarios para el traslado seguro del producto desde el vehículo hasta el cuarto frío o área de almacenamiento refrigerado del instituto.

EMPAQUE / ENVASE SECUNDARIO:

- El empaque secundario debe ser resistente que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará por ejemplo empaque tipo cartulina).
- El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
- Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.

EMPAQUE / ENVASE TERCIARIO:

- 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.
- Caja de cartón u otro material resistente a la estiba (no se aceptará por ejemplo empaque tipo cartulina ni cartoncillo); de tal forma que facilite la manipulación, transporte y almacenamiento, sin riesgo de daño, sellado con cinta de embalaje u otros recursos necesarios que garanticen la integridad del contenido, conservación, transporte y almacenamiento.
- Especificar el número de cajas que contiene el empaque terciario.
- Especificar la cantidad de cajas que se pueden estibar por tarima.
- El tamaño del empaque debe ser congruente con el contenido.
- En caso de saldos (complementos) debe identificar claramente la caja que lo contenga

PLAZO Y CANTIDADES DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

El IHSS requiere **DOS (02) Entregas:**

50% I ENTREGA 1 A 20 DIAS CALENDARIO DESPUES DE LA ENTREGA DE LA ORDEN DE COMPRA	50% II ENTREGA A 40 DIAS CALENDARIO DESPUES DE LA ENTREGA DE LA ORDEN DE COMPRA
---	--

Prevalecerá el menor tiempo de entrega ofertado por el proveedor, en beneficio de garantizar el abastecimiento oportuno y de medicamentos al IHSS.

LISTADO DE MEDICAMENTOS A ADQUIRIR

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad
1	ACICLOVIR 200mg/5ml suspensión oral frasco. Vía de Administración: Oral.	FCO	2,700
2	ACICLOVIR 3% ungüento oftálmico tubo. Vía de Administración: Oftálmica.	TUB	1,000





Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad
3	ÁCIDO IBANDRONICO (Ibandronato) 150 mg tabletas recubiertos. Vía de administración: Oral	TAB	15,000
4	AGUA DESTILADA ESTÉRIL para inyección frasco o bolsa 100ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO-BOL	5,000
5	ALUMINIO (acetato) Fórmula de polvo 2-3g para solución, sobre. Vía de Administración: Tópica.	SOB	7,000
6	BENZOILO PERÓXIDO 5% gel cutánea tubo. Vía de Administración: Tópica.	TUB	1,000
7	BUPIVACAINA 5mg/ml (equivalente a 0.5%) solución inyectable sin preservantes derivados del parabeno frasco o ampolla 10-20ml. Vía de Administración: Epidural.	AMP-FCO	5,000
8	CALCIO (carbonato) que equivale a 600mg calcio elemental, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	65,000
9	CALCIPOTRIOL (monohidrato) 50mcg + Betametasona (dipropionato) 0.5mg ungüento tópico tubo 30g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	480
10	CALCIPOTRIOL (monohidrato) 50mcg + Betametasona (dipropionato) 0.5mg gel tópico frasco 30g. (antiseborreico, antisoriático para piel cabelluda) Vía de Administración: Tópica.	FCO	660
11	CLORDIAZEPOXIDO+CLIDINIO (bromuro) 5mg + 2.5mg respectivamente tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	60,000
12	CLOTRIMAZOL 500mg ovulo vaginal. Vía de Administración: Vaginal.	OVG	75,000
13	CODEINA (FOSFATO) + ACETAMINOFÉN 30-50mg +325-500 mg respectivamente, capsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	36,000
14	COLECALCIFEROL (Vitamina D3) 10,000 UI capsula o tableta. Vía de administración: Oral.	TAB-CAP	110,000
15	DIGOXINA 0.25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	30,000
16	DIMETIL FUMARATO 240mg microcapsula gastroresistente. Vía de administración: Oral.	CAP	14,300
17	DIMETIL FUMARATO 120mg microcapsula gastroresistente. Vía de administración: Oral.	CAP	1,400
18	ETONOGESTREL Implante 68 mg. Vía de administración: Subcutánea	IMPLANTE	900
19	FORMULA ELEMENTAL, BAJA EN RESIDUO polvo, sobre 76g Vía de Administración: Oral.	SOB	3,000
20	FUSIDATO (sódico) 2% Sobre de 10 gasas impregnadas 10 x 10cm. Vía de Administración: Tópica.	GASA	11,000
21	HIDROCORTISONA (succinato sódico) 500mg polvo estéril para reconstitución a solución inyectable frasco 4ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	11,000
22	HIDROLIZADO DE CASEÍNA polvo 357- 454 g Lata. Vía de Administración: Oral.	LAT	6,500
23	HIDROXICLOROQUINA (Sulfato) 400mg equivalente a 310mg de Hidroxicloroquina base, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	215,000
24	CIANOCOBALAMINA (Vitamina B12) solución inyectable 1mg/ml. Ampolla o frasco. Vía de administración: Intramuscular.	AMP	18,000





Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad
25	HIDROXIZINA (Clorhidrato) 25mg/5ml solución oral frasco 120ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	500
26	HIDROXIZINA (Pamoato) 25mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	16,000
27	ITRACONAZOL 100mg capsula con microgránulos. Vía de Administración: Oral.	CAP	8,000
28	L.ASPARAGINASA 10,000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco 10ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	180
29	LACTULOSA 10g/15ml solución Oral frasco 200-240ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	25,000
30	LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	100,000
31	LIDOCAÍNA 2% (equivalente a 20mg/ml) solución inyectable, sin preservante derivado del parabeno frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular, subcutánea.	FCO	10,000
32	LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 1:200000 solución inyectable, sin preservante derivados del parabeno frasco 50ml. Vía de Administración: Intramuscular, Infiltración, Intratecal.	FCO	500
33	METILCELULOSA Sinónimo(s): Hidroxipropil Metilcelulosa, Hipromelosa, Carboximetilcelulosa, Carmelosa 0.3-0.5% (equivalente a 3- 5mg/ml) solución oftálmica frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	50,000
34	MOXIFLOXACINO 0.5% frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	250
35	PANCREATINA 300 mg que equivale equivalente a amilasa 18,000 U, Lipasa 25,000 U y Proteasa 1,000 U capsula Vía de administración Oral.	CAP	27,000
36	PENICILINA G BENZATINICA 1, 200,000 UI polvo estéril para reconstituir a suspensión inyectable frasco. Vía de Administración: Intramuscular.	FCO	70,000
37	PENICILINA G CRISTALINA Sinónimo(s): Bencilpenicilina o Penicilina G Sódica 1,000.000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	1,400
38	PENTOXIFILINA 400mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	200,000
39	PIMECROLIMUS 1% crema cutánea, tubo 10-40g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	2,500
40	PROPILENGLICOL 3 mg + POLIETILENGLICOL 4 mg gel frasco gotero 10 ml Vía de administración oftálmica.	FGT	4,800
41	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	91,000
42	RIVASTIGMINA 9,5mg parche Transdermico de 10 cm2. Vía de Administración: Transdermico.	PAR	3,000
43	SERTRALINA 100 mg tableta o capsula. Vía de administración: Oral.	TAB	100,000
44	VITAMINA B1 (TIAMINA) (clorhidrato) 100mg tableta. Vía de administración Oral.	TAB	1,900,000
45	VITAMINA B6 (piridoxina clorhidrato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	125,000
46	VORTIOXETINA 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	50,000
47	CABOZANTINIB 60mg, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	540





Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad
48	INFLIXIMAB 100mg polvo para concentrado para solución para perfusión frasco 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	100
49	LENVATINIB 4mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	540
50	RIOCIGUAT 1.5mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	3,780

ESPECIFICACIONES DE FORMULAS PARA ALIMENTACIÓN		
V06DB001	FORMULA ELEMENTAL, BAJA EN RESIDUO polvo, sobre 76g Vía de Administración: Oral. (uso exclusivo en UCI, Servicio de apoyo nutricio- hospitalario)	
	COMPOSICIÓN MEDIA	Por cada sobre
	Proteínas	13-15g
	Grasas	26-27g
	Hidrato de Carbono con vitaminas y minerales	53-55
	Presentación: sobre 76g	
V06DE001	HIDROLIZADO DE CASEÍNA polvo 357- 454 g Lata. Vía de Administración: oral. (Uso exclusivo en gastroenterología pediátrica, inmunología y cuidados intensivos- pediátricos, Servicio de apoyo nutricio- hospitalario).	
	Indicación: Alergia a proteína de leche de vaca, mal nutrido, problemas intestinales severos, intolerancia a proteína de leche de vaca.	
	COMPOSICIÓN MEDIA	Por 100g de polvo
	Proteínas (Hidrolizados de caseína)	14g -16g
	Grasas	26g - 29g
	Hidratos de Carbono con vitaminas y minerales	52g - 54g
	Presentación: Polvo, en Lata de 357-454g	

PRESENTACIÓN DE MUESTRAS

- Únicamente se solicitarán muestras en el caso que el IHSS requiera practicar el análisis técnico del producto, por lo tanto, al existir discrepancia en la información de ésta y la que aparezca en el Formato de evaluación Técnico, dichas muestras quedaran en poder de la Dirección Médica Nacional del Instituto Hondureño de Seguridad Social.
- El proveedor deberá presentar en su oferta el prospecto del medicamento y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario

Criterios de Evaluación

La evaluación se realizará con un mínimo de un oferente que se presente el día de la recepción y apertura de ofertas.





La adjudicación recaerá en el oferente que cumpla con las condiciones legales, administrativas y especificaciones técnicas requeridas, y cuya oferta sea considerada la más conveniente y ventajosa para la institución, atendiendo criterios de economía, calidad y cumplimiento.

La adjudicación del contrato, se dará dentro de los *diez (10) días hábiles posteriores* a la fecha de presentación y apertura de las ofertas.

7. Declaración de Partidas Desiertas o Fracasadas

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) declarará desiertas aquellas partidas cuando no se hubieren presentado ofertas; y fracasadas cuando concurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando se hubiere omitido en el procedimiento alguno de los requisitos esenciales establecidos en la Ley de Contratación del Estado o en sus disposiciones reglamentarias.
- Cuando las ofertas no se ajusten a lo establecido en el Reglamento de la Ley de Contratación del Estado o en el Pliego de Condición y/o términos de referencia.
- Cuando se comprobare que ha existido colusión.

8. FORMA DE CONTRATACIÓN

La Contratación Directa podrá formalizarse mediante:

1. Orden de Compra SAP, y
2. Contrato.

9. Garantías:

Garantía de Cumplimiento

El oferente que contrate con la administración deberá presentar una Garantía de Cumplimiento del contrato, en original equivalente al quince por ciento (15%) de monto contractual, con una vigencia de tres (3) meses después del plazo previsto para la prestación total de los servicios.

Garantía de Calidad

El oferente de igual forma deberá presentar una Garantía de Calidad, en original en un plazo de hasta 10 días calendario después de la recepción provisional final de los productos, equivalente al cinco por ciento (5%) del monto total de los productos

Recepcionados, con una vigencia de 1 año contado a partir de la recepción provisional final.

Estas garantías deben ser presentadas en la Subgerencia de Suministros, Materiales y Compras.





10. Forma de Pago

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), a través de la Dirección Administrativa y Financiera, de acuerdo con la naturaleza del objeto de contratación, efectuara el pago de acuerdo a las entregas en moneda nacional, debiendo presentar la siguiente documentación:

1. Factura comercial original
2. Hoja de Ingresos extendida por el Almacén Central.
3. Recibo membretado de pago
4. Copia del pago de la planilla del IHSS vigente
5. Copia de la Garantía de Cumplimiento
6. Constancia electrónica de estar sujetos al régimen de pagos a cuenta.
7. Constancia de Solvencia Fiscal
8. Copia de la Orden de Compra exonerada (cuando aplique)
9. Copia del Contrato
10. Orden de Compra Original SAP.

11. Negociación

De conformidad a lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contracción del Estado, **el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) a través de la Dirección Ejecutiva, deberá negociar el precio del contrato, para obtener las condiciones más ventajosas para la administración.**

12. Notificación de Adjudicación del Contrato

La Dirección Ejecutiva, procederá a emitir la Resolución correspondiente, de acuerdo al Informe de Recomendación emitido por la Comisión de Recepción y Evaluación de Ofertas.

La Resolución 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.

13. Firma del Contrato

Se procederá a la firma del contrato dentro de los **diez (10) días hábiles** 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 tres (03) días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la Notificación los siguientes documentos debidamente autenticados en caso de ser copias:

- | |
|---|
| 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. Certificación 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 de Solvencia Patronal original y vigente, extendida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), a nombre de la empresa oferente, acreditando que se encuentra al día con el pago de sus cotizaciones y aportes. No se aceptarán fotocopias ni constancias que presenten tachaduras o enmiendas que sean verificables por la comisión de evaluación.

14. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN

El oferente adjudicado hará las entregas de los medicamentos de conformidad con los términos del contrato y la orden de compra emitida por el IHSS, dentro de los plazos y cantidades establecidos en este documento. Las entregas de los productos serán en el Almacén Central 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.





FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

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

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

Contratación Directa N. 007-2026

A: [nombre completo y dirección del Comprador]

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- (a) Hemos examinado y no hallamos objeción alguna a los documentos de Contratación Directa, incluso sus Enmiendas Nos. [indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda];
(b) Ofrecemos proveer los siguientes servicios de conformidad con los Documentos de Contratación Directa y de acuerdo con el Plan de Entregas establecido en la Lista de Requerimientos: [indicar una descripción breve de los 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 el presente documento a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con el apartado Presentación de Ofertas. 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.
(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
(i) Nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del contrato son elegibles.
(j) 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:

Table with 4 columns: Nombre del Receptor, Dirección, Concepto, Monto

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





**GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS**
★ ★ ★ ★ ★



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).





SECCIÓN IV: LISTA DE PRECIOS.

Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	ACICLOVIR 200mg/5ml suspensión oral frasco. Vía de Administración: Oral.	FCO	2,700		
2	ACICLOVIR 3% ungüento oftálmico tubo. Vía de Administración: Oftálmica.	TUB	1,000		
3	ACIDO IBANDRONICO (Ibandronato) 150 mg tabletas recubiertos. Vía de administración: Oral	TAB	15,000		
4	AGUA DESTILADA ESTÉRIL para inyección frasco o bolsa 100ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO-BOL	5,000		
5	ALUMINIO (acetato) Fórmula de polvo 2-3g para solución, sobre. Vía de Administración: Tópica.	SOB	7,000		
6	BENZOILO PERÓXIDO 5% gel cutánea tubo. Vía de Administración: Tópica.	TUB	1,000		
7	BUPIVACAINA 5mg/ml (equivalente a 0.5%) solución inyectable sin preservantes derivados del parabeno frasco o ampolla 10-20ml. Vía de Administración: Epidural.	AMP-FCO	5,000		
8	CALCIO (carbonato) que equivale a 600mg calcio elemental, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	65,000		
9	CALCIPOTRIOL (monohidrato) 50mcg + Betametasona (dipropionato) 0.5mg ungüento tópico tubo 30g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	480		
10	CALCIPOTRIOL (monohidrato) 50mcg + Betametasona (dipropionato) 0.5mg gel tópico frasco 30g. (antiseborreico, antisoriático para piel cabelluda) Vía de Administración: Tópica.	FCO	660		
11	CLORDIAZEPOXIDO+CLIDINIO (bromuro) 5mg + 2.5mg respectivamente tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	60,000		
12	CLOTRIMAZOL 500mg ovulo vaginal. Vía de Administración: Vaginal.	OVG	75,000		
13	CODEINA (FOSFATO) + ACETAMINOFÉN 30-50mg +325-500 mg respectivamente, capsula o tableta. Vía de Administración: Oral.	CAP-TAB	36,000		
14	COLECALCIFEROL (Vitamina D3) 10,000 UI capsula o tableta. Vía de administración: Oral.	TAB-CAP	110,000		
15	DIGOXINA 0.25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	30,000		
16	DIMETIL FUMARATO 240mg microcapsula gastroresistente. Vía de administración: Oral.	CAP	14,300		
17	DIMETIL FUMARATO 120mg microcapsula gastroresistente. Vía de administración: Oral.	CAP	1,400		
18	ETONOGESTREL Implante 68 mg. Vía de administración: Subcutánea	IMPLANTE	900		
19	FORMULA ELEMENTAL, BAJA EN RESIDUO polvo, sobre 76g Vía de Administración: Oral.	SOB	3,000		
20	FUSIDATO (sódico) 2% Sobre de 10 gasas impregnadas 10 x 10cm. Vía de Administración: Tópica.	GASA	11,000		
21	HIDROCORTISONA (succinato sódico) 500mg polvo estéril para reconstitución a solución inyectable frasco 4ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	11,000		





Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
22	HIDROLIZADO DE CASEÍNA polvo 357-454 g Lata. Vía de Administración: Oral.	LAT	6,500		
23	HIDROXICLOROQUINA (Sulfato) 400mg equivalente a 310mg de Hidroxicloroquina base, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	215,000		
24	CIANOCOBALAMINA (Vitamina B12) solución inyectable 1mg/ml. Ampolla o frasco. Vía de administración: Intramuscular.	AMP	18,000		
25	HIDROXIZINA (Clorhidrato) 25mg/5ml solución oral frasco 120ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	500		
26	HIDROXIZINA (Pamoato) 25mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	16,000		
27	ITRACONAZOL 100mg capsula con microgránulos. Vía de Administración: Oral.	CAP	8,000		
28	L.ASPARAGINASA 10,000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco 10ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular.	FCO	180		
29	LACTULOSA 10g/15ml solución Oral frasco 200-240ml. Vía de Administración: Oral.	FCO	25,000		
30	LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA 25mg tableta ranurada. Vía de Administración: Oral.	TAB	100,000		
31	LIDOCAÍNA 2% (equivalente a 20mg/ml) solución inyectable, sin preservante derivado del parabeno frasco 50ml. Vía de Administración: Intravenosa, Intramuscular, subcutánea.	FCO	10,000		
32	LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 1:200000 solución inyectable, sin preservante derivados del parabeno frasco 50ml. Vía de Administración: Intramuscular, Infiltración, Intratecal.	FCO	500		
33	METILCELULOSA Sinónimo(s): Hidroxipropil Metilcelulosa, Hipromelosa, Carboximetilcelulosa, Carmelosa 0.3-0.5% (equivalente a 3- 5mg/ml) solución oftálmica frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	50,000		
34	MOXIFLOXACINO 0.5% frasco gotero. Vía de Administración: Oftálmica.	FGT	250		
35	PANCREATINA 300 mg que equivale equivalente a amilasa 18,000 U, Lipasa 25,000 U y Proteasa 1,000 U capsula Vía de administración Oral.	CAP	27,000		
36	PENICILINA G BENZATINICA 1, 200,000 UI polvo estéril para reconstituir a suspensión inyectable frasco. Vía de Administración: Intramuscular.	FCO	70,000		
37	PENICILINA G CRISTALINA Sinónimo(s): Bencilpenicilina o Penicilina G Sódica 1,000.000UI polvo estéril para reconstituir a solución inyectable frasco. Vía	FCO	1,400		





Partida	Descripción del Medicamento	UM	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
	de Administración: Intravenosa, Intramuscular.				
38	PENTOXIFILINA 400mg tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	200,000		
39	PIMECROLIMUS 1% crema cutánea, tubo 10-40g. Vía de Administración: Tópica.	TUB	2,500		
40	PROPILENGLICOL 3 mg + POLIETILENGLICOL 4 mg gel frasco gotero 10 ml Vía de administración oftálmica.	FGT	4,800		
41	QUETIAPINA (Fumarato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	91,000		
42	RIVASTIGMINA 9,5mg parche Transdermico de 10 cm2. Vía de Administración: Transdermico.	PAR	3,000		
43	SERTRALINA 100 mg tableta o capsula. Vía de administración: Oral.	TAB	100,000		
44	VITAMINA B1 (TIAMINA) (clorhidrato) 100mg tableta. Vía de administración Oral.	TAB	1,900,000		
45	VITAMINA B6 (piridoxina clorhidrato) 50mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	125,000		
46	VORTIOXETINA 10mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	50,000		
47	CABOZANTINIB 60mg, tableta recubierta. Vía de Administración: Oral.	TAB	540		
48	INFLIXIMAB 100mg polvo para concentrado para solución para perfusión frasco 10ml. Vía de Administración: Intravenosa.	FCO	100		
49	LENVATINIB 4mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	540		
50	RIOCIGUAT 1.5mg tableta. Vía de Administración: Oral.	TAB	3,780		

Este listado de precios Original debe estar firmado en cada una de las páginas por el representante legal del ofertante.

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





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) Tratarse de sociedades mercantiles en cuyo capital social participen funcionarios o empleados públicos que tuvieren influencia por razón de sus cargos o participaren directa o indirectamente en cualquier etapa de los procedimientos de selección de contratistas. Esta prohibición se aplica también a las compañías que cuenten con socios que sean cónyuges, personas vinculadas por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de los funcionarios o empleados a que se refiere el numeral anterior, o aquellas en las que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de relación o de parentesco; y,
- 8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción”. “ARTÍCULO 16.- funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la República y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de Estado, los Directores Generales, 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





**GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS**
★ ★ ★ ★ ★



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 _____.

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, cohersiva 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 CONTRATACIONES 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.** Incurre 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).





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

BANCO
GARANTIA DE CALIDAD N°:

FECHA DE EMISION:

GARANTIZADO:

DIRECCION Y TELEFONO:

Fianza / Garantía a favor de, para garantizar la CALIDAD de los servicios, 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.





ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICIÓN

Ref: [indicar el número del proceso Contratación Directa]”**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 2026 [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 limitación para el cumplimiento de alguna condición en determinada partida, se detalla claramente en la tabla de excepciones.
- Entiendo que la Comisión de Evaluación decidirá si acepta o rechaza estas excepciones.

(Partidas que NO CUMPLEN con los requerimientos de etiquetado según el documento base), se indican a continuación:

N° PARTIDA	NOMBRE GENERICO	UM	Indicar en que empaque o etiquetado	¿Qué aspecto NO CUMPLE?	Explique el motivo del excepciones
			Primario Secundario Terciario		

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: Compra Directa CD-No. 007-2026.

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

Table with 9 columns: No. PDA, Código SAP, Descripción, Unidad de medida, Cantidad, Lote, Fecha de vencimiento, No. Entrega y %, No. Pallets con # de cajas

- Se requiere describan el tipo de entrega y porcentaje de la cantidad del producto a entregar
Indicar cómo deben almacenarse y el tipo de pallets que utilizarán para la entrega

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





FORMATO DE EVALUACIÓN TÉCNICA - ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)*

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTIDA SOLICITADA										
N° PARTIDA	DESCRIPCIÓN TÉCNICA SOLICITADA	UNIDAD DE PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA							
■ Sección para llenado del oferente				COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	■ Sección para llenado del oferente		
Nombre del Oferente:										
■ Sección para llenado del oferente										
Firma del Oferente:										
■ Sección para llenado del oferente										
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS										
ORQUERÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FABRICANTE (PAÍS DE ORIGEN)	PRINCIPIO ACTIVO OFERTADA	CONCENTRACIÓN (MG, GRAMO, LITROS, ML, MCG, ETC.)	FORMA FARMACÉUTICA (POLVO, SOLUCIÓN, SUSPENSIÓN, TAB, CAP, ETC.)	UNIDAD DE PRESENTACIÓN (FCSO, AMP, TAB, CAP, JIP, CAJA, BLISTER, ETC.)	VIA ADMINISTRACIÓN	UBICACIÓN presentación oferta (país) N° folio (s)		
■ Sección para llenado del oferente										
COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	
■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)										
■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)										
CONDICIONES TÉCNICAS OFERTADAS										
REGISTRO SANITARIO	PERIODO EXPIRACIÓN (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES	PLAN DE ENTREGA OFERTADO	CERTIFICADO EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA	CERTIFICADO DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO / CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA *	AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE / N° FOLIO	DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICIÓN / N° FOLIO	CANTIDAD OFERTADA (cantidad de unidades por empaque)	ETIQUETADO		
■ Sección para llenado del oferente										
NUMERO RS FECHA QUE VENCE N° RS ANTERIOR	COMPLETE (VIDA ÚTIL) OFERTADO EN MESES	COMPLETE	INDICAR: 1. INNOVADOR O 2. GÉNERICO CON EQUIVALENCIA (adjuntar certificado) 3. NO APLICA	COMPLETE (fecha vencimiento (BPM))	INDICAR: 1. PRESENTA AUTORIZACIÓN DEL TITULAR O FABRICANTE	INDICAR: 1. PRESENTA DECLARACIÓN JURADA DE REPOSICIÓN	COMPLETE 1. Cantidad ofertada	ADJUNTAR FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ETIQUETADO		
■ Sección para llenado del oferente										
COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s) N° folio auténtica	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s)	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s) N° folio auténtica	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s) N° folio auténtica	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s) N° folio auténtica	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s) N° folio auténtica	COMPLETE 2. Cantidad de unidades por empaque	COMPLETE UBICACIÓN N° folio (s) N° folio auténtica		
■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)										
■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	■ Sección para uso interno del IHSS (evaluador)	
■ Sección para uso interno del IHSS										
CONCLUSIÓN TÉCNICA DEL EVALUADOR						FECHA DE EVALUACIÓN TÉCNICA				
FIRMA Y NOMBRE DEL TÉCNICO EVALUADOR						SUBSANACIÓN O ACLARACIÓN				
						RESPUESTA DEL PROVEEDOR (si aplica)				

