

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de octubre de 2017
OFICIO No. 868-2017 ULMIE

Licenciada
Lesly Barahona Vivas
Directora Unidad de Transparencia

Asunto: Remisión documentos Compromisos Pactos de Integridad

Estimada Lic. Barahona

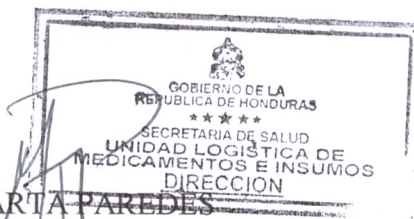
Reciba un cordial saludo de nuestra parte y éxito en sus funciones diarias.

Por medio del presente y en seguimiento a los compromisos de Ética y Transparencia y al Plan de mejora de compras y contrataciones adjunto envío Documentación soporte de las compras de medicamentos realizados a través del Mecanismo de Banco de Occidente:

1. Proceso de Compra a través del Banco de Occidente
2. Oficio No. 2876-SS-2017 Solicitando iniciar el proceso de compra a través del banco de Occidente.
3. Formato Invitación a Proveedores Compra inmediata CI-FBO 2017-001
4. Términos de Referencia Compra Con Proveedores Registrados CI FBO 2017-002

Adjunto: Correo electrónico transparencia.saludhn@gmail.com a la cual se envió la información en digital.

Atentamente,



DRA. MARTA PAREDES

Directora Unidad de Logística de Medicamentos e Insumos ULM I

C: *Dra. Blanca Munguía- Transparencia Internacional ASJ*
Lic. Elizabeth Torres- Coordinadora Administrativa de Recursos Humanos ULM I
Archivo
**/Cintia Torres*

Tegucigalpa, M.C.D. 08 septiembre de 2017

**SEÑORES
XXXXXXXXXX
Presente. -**

**ASUNTO: INVITACIÓN A COMPRA INMEDIATA DE
MEDICAMENTOS No. CI FBO 2017-001**

Estimados Señores:

Reciba un cordial saludo de parte de **BANCO DE OCCIDENTE, S. A.** Institución Bancaria que mediante Decreto Ejecutivo PCM 047-2017 del 24 de Julio de 2017 publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" el 07 de agosto de 2017 ha sido autorizada para realizar Contrataciones de Medicamentos e Insumos a través de los procesos de Compra del Banco.

Por este medio, **INVITAMOS A OFERTAR** a su Representada el siguiente ítem, en el marco del Proceso de Compra Inmediata del Banco, tomando como referencia al Contrato de Suministros suscrito con su representada y El Banco en fecha descrita:

| NO. ITEM | NOMBRE | DESCRIPCION TECNICA | U.P. | CANTIDAD REQUERIDA | REFERENCIA FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO |
|---------------------|---------------|--------------------------------|-------------|-------------------------------|--|
| | | | | | |

Para dichos medicamentos, se requiere un Plazo de Entrega de: Primera Entrega 50% inmediata (1-5 días), Segunda Entrega 50% a 30 días calendario.

Por tanto, se debe tomar las siguientes Condiciones de Compra para la presentación de su Oferta Económica:

- a) **El Precio Unitario del ítem** no podrá ser mayor al precio previamente pactado en el Contrato de Suministros al cual hacemos referencia, sin excepción.
- b) Deberán cumplir íntegramente con la **Descripción Técnica Requerida**, no se aceptará, ningún producto alterno o similar.

- c) Si no es posible cumplir con el **Tiempo de Entrega Requerido** le solicitamos presentar en su Oferta al Banco un Plan de Entrega según la capacidad real que tiene su representada para la entrega de las Cantidades Requeridas.
- d) De no contar con la **Cantidad Total Requerida**, deberá indicar que cantidad con exactitud podrán entregar dentro del Tiempo de Entrega requerido. Dicho Tiempo de Entrega inicia a partir de la Firma del Contrato de Suministros con nuestra institución Bancaria.
- e) Deberá detallar la **Vida Útil del ítem** que cuenta en existencia para el cumplimiento de la Cantidad Total Requerida, en tal caso, se debe detallar la fecha de Vencimiento.
- f) Deberá indicar y detallar ampliamente el **Empaque Primario, Secundario y Etiquetado** en el que se encuentra y contiene el producto a entregar.
- g) Deberá proporcionar fotocopia del **Registro Sanitario Vigente** o en su defecto, un documento autorizado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).
- h) La Contratación se realizará en Términos incoterm: **DDP - Delivered Duty Paid**.
- i) La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) se reserva el derecho de realizar los respectivos **Análisis de Calidad** al Medicamento e Insumos de Salud entregado, y podrá realizar durante la Vida Útil del mismo en los casos que la SESAL estime conveniente asegurar y verificar la Calidad de los mismos.
- j) El **Lugar de Entrega** será en las instalaciones del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos de Salud (ANMI).
- k) El Banco una vez realice la **Notificación de Contratación de Compra** del Ítem a El Proveedor, le concederá tres (03) días hábiles para que El Proveedor se presente al Banco a firmar el respectivo Contrato de Suministros.
- l) Para la Compra en mención, una vez El Proveedor sea Notificado de su Contratación de Compra, deberá presentar al Banco en un término de tres (03) días hábiles la respectiva Garantía de Cumplimiento y la Garantía de Calidad una vez realizada la entrega de los medicamentos.
- m) La **Garantía de Cumplimiento** será del diez por ciento (10%) sobre el Monto Total Contratado, de conformidad al Formato establecido por El Banco.
- n) La **Garantía de Calidad** será del cinco por ciento (5%) sobre el Monto Total Contratado, de conformidad al Formato establecido por El Banco.
- o) El pago de los medicamentos a contratar se realizará treinta (30) días después de que se haya realizado la entrega, con la presentación del Acta de Recepción emitida por el Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos de Salud (ANMI), la Factura Comercial Original de los medicamentos entregados y la respectiva Garantía de Calidad.

A partir de la Fecha de Envío de esta INVITACIÓN A COMPRA INMEDIATA DE MEDICAMENTOS, **se le concede a El Proveedor un término de tres (03) días hábiles para presentar la OFERTA DE COMPRA** ante El Banco, miércoles 13 de septiembre de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

Agradeciéndoles de antemano su colaboración, les saluda,

Atentamente,

**FIRMA AUTORIZADA
BANCO DE OCCIDENTE, S. A.**

Cc: Archivo



SECRETARÍA DE SALUD

Tegucigalpa, M.D.C 05 de septiembre de 2017
OFICIO No. 2876-SS-2017
1 de 2

Licenciada
Juanita Brizo de Hernández
Jefe Departamento de Fideicomiso
Banco de Occidente S.A.
Su oficina

ASUNTO: COMPRA DE MEDICAMENTOS PRIORIZADOS SECRETARIA DE SALUD

Estimada Lic. Brizo,

Reciba un cordial saludo de nuestra parte y éxito en sus funciones diarias; la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de proteger la salud del pueblo hondureño, por lo que frecuentemente se hacen revisiones periódicas de la existencia de medicamentos e insumos para garantizar la misma, hemos detectado la disminución en el inventario de 92 medicamentos para este último trimestre del año que puede afectar de manera significativa la salud de las personas, debido a que tiene que ver con enfermedades crónicas, oncológicas, psiquiátricas entre otras.

Sabemos que la licitación pública mediante el mecanismo de compra de la Oficina de las Naciones Unidas de servicios para Proyectos (UNOPS) está en curso y por los tiempos que se desarrolla este tipo de procesos, estos estarían ingresando hasta el próximo año, razón por la cual solicitamos al Banco de Occidente que realice una adquisición a la brevedad posible de estos medicamentos a través del Fideicomiso para evitar el desabastecimiento, lo anterior se solicita en amparo del Decreto Ejecutivo **PCM 047-2017** emitido el veinticuatro (24) de julio de 2017 y publicado en el Diario Oficial la Gaceta el siete (7) de agosto de 2017 en el cual se autoriza el proceso de Adquisición de los medicamentos mediante el Mecanismo del Banco de Occidente (Banco Fiduciario).

Barrio El Centro, Avenida Cervantes, Contiguo al Correo Nacional
Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C. A.
Tel. (504) 2222-8518, Fax. (504) 2222-5226, www.salud.gov.hn



OFICIO No. 2876-SS-2017
2 de 2

Las condiciones de entrega solicitados son los siguientes:

- Plazos de Entrega:
Primera Entrega: 50% inmediata (1-5 días)
Segunda Entrega: 50% a 30 días calendario
- Lugar de entrega: Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI).

Agradeciéndoles anticipadamente su apoyo.

Atentamente.


DRA. DELIA RIVAS LOBO
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud


SECRETARIA DE SALUD
Tegucigalpa M.D.C. Honduras, C. A.
Secretario (a)

C. Dra. Martha Paredes- Directora Unidad de Logística de Medicamentos e Insumos (ULMIE)
Comité Técnico del Fideicomiso
Archivo
*/ULMIE

| ITEM | CODIGO | MEDICAMENTOS | DESCRIPCIÓN | UD | Cantidad a adquirir (5 meses) | Monto Estimado | |
|------|-----------|--|--|----------|-------------------------------|----------------------|----------------|
| | | | | | | Precio de referencia | Monto total |
| 1 | C02DB0200 | HIDRALAZINA (clorhidrato) 20 mg/mL | Solución inyectable de 20mg/mL de hidralazina (clorhidrato) en ampollas de 1mL. Administración: IV,IM | AMP | 10,410 | L. 153.86 | L. 1601,706.64 |
| 2 | C02DD01 | NITROPRUSIATO de sodio 50mg/ml | PoVo estéril para reconstituir a solución inyectable de Nitroprusiato (sódico) 50mg/ml. En vial resistente a la luz. Administración: IV | VIAL | 5,111 | L. 310.00 | L. 1584,519.79 |
| 3 | C01DA14 | ISOSORBIDE (mononitrato) 20 mg | Tableta ranurada de 20mg de isosorbide (mononitrato). En blíster. Administración: oral. | TAB | 573,159 | L. 0.96 | L. 550,232.59 |
| 4 | C02AB01 | ALFAMETILDOPA 500 mg | Tableta de 500mg de Alfametildopa. En blíster o tiras. Administración: oral. | TAB | 413,008 | L. 1.20 | L. 495,609.75 |
| 5 | C02DB0201 | HIDRALAZINA (clorhidrato) 50 mg | Tableta de 50mg de hidralazina (clorhidrato). En blíster. Administración: oral. | TAB | 28,646 | L. 9.50 | L. 272,140.36 |
| 6 | C03AA03 | HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg | Tableta ranurada de 25mg de hidroclorotiazida. En blíster o tira. Administración: oral | TAB | 4953,904 | L. 0.42 | L. 2080,639.48 |
| 7 | C03CA0100 | FUROSEMIDA 10mg/mL | Solución inyectable de 10mg/mL de furosemida. En ampolla o vial resistente a la luz con 2mL. Vía de administración: IM,IV | AMP/VIAL | 268,795 | L. 2.10 | L. 564,469.76 |
| 8 | C03CA0101 | FUROSEMIDA 40 mg | Tableta ranurada de 40mg de furosemida. En blíster o tira. Administración: Oral | TAB | 4254,793 | L. 0.14 | L. 595,671.00 |
| 9 | C03DA01 | ESPIRONOLACTONA 100 mg | Tableta ranurada de 100mg de espironolactona. En blíster o tira. Administración: Oral | TAB | 627,621 | L. 1.38 | L. 866,116.79 |
| 10 | C07AB0700 | BISOPROLOL (fumarato o hemifumarato) 2 | Tableta de 2.5mg de Bisoprolol (fumarato o hemifumarato). En blíster o tira. Administración: oral | TAB | 1224,052 | L. 1.76 | L. 2154,331.79 |
| 11 | C08CA01 | AMLODIPINO (besilato) 10mg | Tableta de 10mg de amlodipino (besilato). En blíster o tira. Administración: oral. | TAB | 1146,270 | L. 0.30 | L. 343,881.09 |
| 12 | C08CA0500 | NIFEDIPINA 10 mg | Tableta o cápsula de acción rápida de 10mg de nifedipina, en blíster o tira. Administración: oral | TAB/CAP | 240,159 | L. 0.76 | L. 182,521.13 |
| 13 | C08CA0501 | NIFEDIPINA 20 mg | Tableta o cápsula de liberación prolongada de 20mg de nifedipina. En blíster o tira. Administración: oral. | TAB/CAP | 2620,504 | L. 0.42 | L. 1100,611.61 |
| 14 | C08DA01 | VERAPAMILO (clorhidrato) 120mg | Tableta recubierta de liberación prolongada de 120mg de verapamilo (clorhidrato). En blíster. Administración: oral. | TAB | 632,280 | L. 1.20 | L. 758,736.38 |
| 15 | C09AA0200 | ENALAPRIL (maleato) 5 mg | Tableta de 5mg de enalapril (maleato). En blíster o tiras. Administración: oral. | TAB | 111,907 | L. 0.07 | L. 7,833.50 |
| 16 | C09AA0201 | ENALAPRIL (maleato) 20mg | Tableta de 20mg de enalapril (maleato), en blíster o tira. Administración: oral. | TAB | 8486,733 | L. 0.15 | L. 1273,009.99 |
| 17 | C09CA04 | IRBESARTAN 300mg | Tableta ranurada de 300mg de irbesartan. En blíster o tira. Administración: oral | TAB | 3580,543 | L. 1.62 | L. 5800,480.32 |
| 18 | A10BA02 | METFORMINA (clorhidrato) 850 mg | Tableta recubierta de 850mg de Metformina (clorhidrato) en blíster o tiras. Administración: oral. | TAB | 8752,674 | L. 0.27 | L. 2363,222.04 |
| 19 | A10BB01 | GLIBENCLAMIDA 5 mg | Tableta de 5 mg de Glibenclamida, en blíster o tira. Administración: oral | TAB | 9554,391 | L. 0.08 | L. 764,351.27 |
| 20 | A04AA01 | ONDANSETRON (clorhidrato) 2mg/mL | Solución inyectable 2 mg/mL de Ondansetron (clorhidrato) en ampolla o vial resistente a la luz de 4 mL. Administración: IV,IM | AMP | 17,500 | L. 8.95 | L. 156,625.00 |
| 21 | I01BA0100 | METOTREXATO 2.5mg | Tableta de 2.5mg de metotrexato. En blíster. Administración: oral | TAB | 42,500 | L. 5.91 | L. 251,175.00 |
| 22 | I01BC02 | 5-FLUOROURACILO (5-FU) 50 mg/ml | Solución inyectable con 50mg/ml de 5-Fluoracilo. En vial de 10ml. Administración: IV | VIAL | 2,500 | L. 66.64 | L. 166,600.00 |
| 23 | I01BC06 | CAPECITABINE 500 mg | Tableta recubierta de 500mg de Capecitabine. En blíster resistente a la luz. Administración: oral | TAB | 43,996 | L. 39.75 | L. 1748,834.38 |
| 24 | I01CA01 | VINBLASTINA (sulfato) 10 mg | PoVo estéril para reconstituir a solución inyectable o Solución inyectable de Vinblastina (sulfato) de 10mg. En vial resistente a la luz. Administración: IV | VIAL | 195 | L. 628.00 | L. 122,460.00 |
| 25 | I01CA04 | VINORELBINA (bitartrato) 10mg/mL | Solución inyectable de 10mg/mL de Vinorelbina (bitartrato). En vial resistente a la luz, de 10mL. Administración: IV | VIAL | 425 | L. 3,361.67 | L. 1428,709.75 |
| 26 | I01DC01 | BLEOMICINA (sulfato) 15 UI | PoVo liofilizado para reconstituir a solución inyectable de Bleomicina (sulfato) 15 UI. En vial protegido de la luz. Administración: IV,IM, SC, IP (trapeural) | VIAL | 250 | L. 478.65 | L. 119,662.50 |
| 27 | I02BA01 | TAMOXIFENO (citrato) 20 mg | Tableta recubierta de 20mg de Tamoxifeno (citrato). En blíster. Administración: oral | TAB | 35,000 | L. 7.44 | L. 260,400.00 |
| 28 | I02BB03 | BICALUTAMIDA 50mg | Tableta recubierta con 50mg de bicalutamida. En blíster. Administración: oral. | TAB | 5,150 | L. 106.70 | L. 549,505.00 |
| 29 | I04AX01 | AZATIOPRINA 50mg | Tableta de 50mg de azatioprina. En blíster Administración: oral. | TAB | 14,292 | L. 5.15 | L. 73,602.08 |
| 30 | V03AF0301 | FOLINATO DE CALCIO 50mg (Leucovorina) | PoVo estéril para reconstituir a solución inyectable o Solución inyectable de Folinato de calcio 50mg. En vial protegido de la luz. Administración: IV, IM | VIAL | 460 | L. 350.00 | L. 161,000.00 |



LISTADO DE MEDICAMENTOS PRIORIZADOS, COMPRA BANCO OCCIDENTE 2017

sep-17

| ITEM | CODIGO | MEDICAMENTOS | DESCRIPCIÓN | UD | Cantidad a adquirir (5 meses) | Monto Estimado | | Monto total |
|------|-----------|--|--|----------|-------------------------------|---------------------|------------------|-------------|
| | | | | | | Preco de referencia | L. 163727,867.44 | |
| 31 | B05BA0300 | DEXTROSA EN AGUA 10% en 250 mL | Solución inyectable de Dextrosa al 10% en bolsa conteniendo 250 mL. Administración: IV | BOL | 16,830 | L. 13.45 | L. 226,368.40 | |
| 32 | B05BA0305 | DEXTROSA EN AGUA 50% en 50 mL | Solución inyectable de Dextrosa al 50% en bolsa o vial conteniendo 50 mL. Administración: IV | VIAL/BOL | 15,802 | L. 10.00 | L. 158,019.84 | |
| 33 | B05BB0204 | DEXTROSA 5% + CLORURO DE SODIO 0.9% en 250 mL | Solución inyectable de Dextrosa al 5% más Cloruro de sodio al 0.9% en bolsa conteniendo 250 mL. Administración: IV | BOL | 25,874 | L. 15.83 | L. 409,592.02 | |
| 34 | B05XA0301 | SODIO (cloruro) 0.9% en 1000 mL | Solución inyectable de sodio (cloruro) al 0.9%. En bolsa conteniendo 1000 mL. Administración: IV | BOL | 146,846 | L. 19.54 | L. 2869,369.21 | |
| 35 | B05XA0303 | SODIO (cloruro) 0.9% en 500 mL | Solución inyectable de sodio (cloruro) al 0.9%. En bolsa conteniendo 500 mL. Administración: IV | BOL | 298,482 | L. 10.51 | L. 3137,047.04 | |
| 36 | G02AD06 | MISOPROSTOL 200 mcg | Tableta ranurada de Misoprostol 200mcg en blister. Administración: oral | TAB | 26,719 | L. 9.00 | L. 240,469.69 | |
| 37 | G02AB01 | ERGONOVINA (maleato) (metilergometrina) 0.2 mg/1mL | Solución inyectable al 0.2mg/mlde ergonovina (maleato) en ampolla protegida de la luz de 1mL. Administración: I.M. IV. | AMP | 12,654 | L. 5.14 | L. 65,041.52 | |
| 38 | B05XA05 | MAGNESIO (sulfato heptahidratado) 10% (100mg/mL) | Solución estéril inyectable al 10% (100mg/mL) de magnesio (sulfato heptahidratado). Ampolla de 10mL. Vía de Administración: IV | AMP | 110,514 | L. 4.00 | L. 442,054.27 | |
| 39 | A12AA0300 | CALCIO (gluconato) 10% | Solución inyectable al 10% de Calcio (gluconato) (equivalente a 100mg/mL) en ampolla de 10mL. Administración: IV | AMP | 42,077 | L. 5.33 | L. 224,320.90 | |
| 40 | G01AF01 | METRONIDAZOL 0.75% | Gel vaginal de Metronidazol a 0.75%. En Tubo de 40g incluyendo aplicador/es. Administración: Vaginal. | TUB | 110,618 | L. 24.99 | L. 2764,345.71 | |
| 41 | B03BB0100 | ACIDO FOLICO 1 mg | Tableta de 1mg de ácido fólico. En blister o tira. Vía de Administración: Oral | TAB | 22805,523 | L. 0.09 | L. 2052,497.09 | |
| 42 | B03BB0101 | ACIDO FOLICO 5 mg | Tableta de 5mg de ácido fólico. En blister o tira. Vía de Administración: Oral | TAB | 7460,058 | L. 0.15 | L. 1119,008.64 | |
| 43 | J01XE01 | NITROFURANTOÍNA 100mg | Tableta de 100mg de Nitrofurantoina. En blister o tira. Administración: oral. | TAB | 172,904 | L. 6.38 | L. 1103,126.89 | |
| 44 | J01FF0101 | CLINDAMICINA (fosfato) 150mg/mL | Solución inyectable de Clindamicina (fosfato) 150mg/mL. Ampolla de 2mL. Administración: IM,IV | AMP | 172,592 | L. 3.82 | L. 659,299.72 | |
| 45 | B02BA0100 | VITAMINA K1 (Fitomenadiona) 1 mg/1mL | Solución inyectable con 1mg/mL de Vitamina K1. Ampolla resistente a la luz de 1mL. Administración: IV,IM,SC | AMP | 19,781 | L. 2.52 | L. 49,848.13 | |
| 46 | B02BA0102 | VITAMINA K1 (Fitomenadiona) 10mg/1mL | Solución inyectable con 10mg/mL de vitamina K1. Ampolla resistente a la luz de 1mL. Administración: IV,IM,SC | AMP | 52,262 | L. 2.52 | L. 131,701.45 | |
| 47 | N05AND1 | LITIO (carbonato) 300 mg | Tableta o cápsula de 300mg de litio (carbonato). En blister o tira. Administración: oral | TAB/CAP | 602,688 | L. 1.25 | L. 753,359.38 | |
| 48 | A11AA0300 | MULTIVITAMINAS + ACIDO FOLICO 0.5mg + FLUOR 1 mg + HIERRO 60mg elemental para uso prenatal | Tableta o cápsula en blister o tira resistente a la luz. Administración: oral. Cada tableta o cápsula debe contener: Hierro (como sulfato o fumarato): 60 mg Ácido fólico 400µg hasta 500µg Puede contener al menos calcio, flúor y otras vitaminas y minerales. | TAB/CAP | 15944,374 | L. 0.34 | L. 5421,087.21 | |
| 49 | A11AA0302 | MULTIVITAMINAS PEDIATRICAS | la luz. Cada frasco debe tener al menos la siguiente | FCO | 932,367 | L. 18.65 | L. 17388,636.74 | |
| 50 | J01CF0100 | DICLOXACILINA (sódica) 125 mg/5mL | PoVo para reconstituir a suspensión oral. Cada 5 mL de suspensión contienen 125mg de dicloxacilina (125mg/5mL). Frasco resistente a la luz, de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 175,512 | L. 19.40 | L. 3404,928.35 | |
| 51 | J01EF0100 | TRIMETOPRIM 40 mg + SULFAMETOXAZOL 200mg/5mL | Suspensión oral. Cada 5mL contienen Trimetoprim 40mg + Sulfametoxazol 200mg. Frasco resistente a la luz de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 876,792 | L. 7.49 | L. 6567,171.63 | |
| 52 | J01FA0900 | CLARITROMICINA 250mg/5mL | PoVo para reconstituir a suspensión oral. Cada 5mL de suspensión contienen 250mg de claritromicina (250mg/5mL). En frasco resistente a la luz con capacidad para reconstituir a 60mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral. | FCO | 10,760 | L. 50.00 | L. 537,989.58 | |



LISTADO DE MEDICAMENTOS PRIORIZADOS, COMPRA BANCO OCCIDENTE 2017

sep-17

| ITEM | CODIGO | MEDICAMENTOS | DESCRIPCIÓN | UD | Cantidad a adquirir (5 meses) | Monto Estimado | |
|------|-----------|--|--|---------|-------------------------------|----------------------|------------------|
| | | | | | | Precio de referencia | Monto total |
| | | | | | | | L. 163727,867.44 |
| 53 | J01FA1000 | AZITROMICINA (dihidrato) 200mg/5mL | PoVo para reconstituir a suspensión oral . Cada 5mL contienen Azitromicina 200mg (200mg/5mL). Frasco resistente a la luz de 15-25mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 35,159 | L. 33.77 | L. 1187,312.45 |
| 54 | J01FF0100 | CLINDAMICINA (palmitato) 75mg/5mL | Solución oral. Cada 5mL contiene 75mg de Clindamicina (palmitato). Frasco resistente a la luz, de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 7,129 | L. 135.99 | L. 969,498.92 |
| 55 | P01AB0100 | METRONIDAZOL (benzoato) 125mg/5mL | Suspension oral de Metronidazol (benzoato) 125mg/5mL en frasco resistente a la luz de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral. | FCO | 456,613 | L. 6.50 | L. 2967,982.13 |
| 56 | R03BB0100 | IPRATROPIO (bromuro) 20 mcg/disparo | Solución o suspensión para Inhalación de 20mcg/disparo de Ipratropio (bromuro). Envase de aluminio presurizado cerrado con 10 mL de solución o suspensión más válvula dosificadora. Administración: Inhalación Oral. | FCO | 56,286 | L. 43.60 | L. 2454,091.25 |
| 57 | R03BB0101 | IPRATROPIO (bromuro) 250 mcg/mL | Solución para nebulización con 250mcg/mL de Ipratropio (bromuro). En frasco gotero resistente a la luz de 20mL. Administración: Inhalación por nebulización. | FCO | 22,227 | L. 58.54 | L. 1301,170.61 |
| 58 | R06AA0200 | DIFENHIDRAMINA 2.5mg/ml | Solución oral. Cada mL de solución contiene 2.5mg de difenhidramina (clorhidrato). En frasco resistente a la luz de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 333,123 | L. 5.54 | L. 1845,498.68 |
| 59 | R06AX1300 | LORATADINA 1 mg/mL | Solución oral. Cada mL contiene 1 mg de loratadina (1mg/mL). Frasco resistente a la luz en volumen de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: Oral. | FCO | 128,169 | L. 7.78 | L. 997,157.45 |
| 60 | R01AD01 | BECLOMETASONA (dipropionato) 50mcg/disparo | Suspensión para pulverización nasal con 50mcg/disparo de beclometasona (dipropionato) en frasco de polipropileno con válvula dosificadora y un adaptador/aplicador nasal con tapa protectora. Administración: nasal | FCO | 70,414 | L. 40.84 | L. 2875,712.51 |
| 61 | R03AC0202 | SALBUTAMOL (sulfato) 5 mg/mL (0.5%) | Solución para nebulización de Salbutamol (sulfato) 5mg/mL equivalente a 0.5%. Frasco gotero resistente a la luz de 20 mL. Administración: Inhalación por nebulización. | FCO | 105,705 | L. 7.50 | L. 792,787.14 |
| 62 | N03AA0201 | FENOBARBITAL (sódico) 100 mg | Tableta de 100mg de fenobarbital (sódico) en blister o tira. Administración: oral | TAB | 2440,533 | L. 0.59 | L. 1439,914.31 |
| 63 | N03AG0101 | VALPROATO (sódico) 200 mg/mL | Solución oral. Cada mL de solución contiene 200mg de valproato (sódico) (200mg/mL). Frasco de 40mL, resistente a la luz, acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL y mg. Administración: oral. | FCO | 29,154 | L. 74.20 | L. 2163,240.33 |
| 64 | N03AX1101 | TOPIRAMATO 25mg | Tableta recubierta de 25mg de topiramato. En blister, tira o frasco. Administración: oral | TAB | 85,604 | L. 2.88 | L. 246,538.50 |
| 65 | N05AB02 | FLUFENAZINA (decanoato o enantato) 25mg | Solución inyectable de depósito con 25mg/mL de flufenazina (decanoato o enantato) en ampolla de 1 mL. Administración: IM | AMP | 20,349 | L. 75.16 | L. 1529,466.85 |
| 66 | N05AH0201 | CLOZAPINA 100 mg | Tableta ranurada de 100mg de clozapina. En blister. Administración: oral | TAB | 336,311 | L. 13.75 | L. 4624,282.55 |
| 67 | N05AH0200 | CLOZAPINA 25 mg | Tableta ranurada de 25mg de clozapina, en blister. Administración: oral | TAB | 2,083 | L. 5.00 | L. 10,416.67 |
| 68 | N05AH04 | QUETIAPINA (fumarato) 300mg | Tableta recubierta de 300mg de quetiapina (fumarato). En blister. Administración: oral | TAB | 238,615 | L. 32.80 | L. 7826,558.33 |
| 69 | N05AN01 | LITIO (carbonato) 300 mg | Tableta o cápsula de 300mg de litio (carbonato). En blister o tira. Administración: oral | TAB/CAP | 602,688 | L. 1.25 | L. 753,359.38 |
| 70 | N05AX0800 | RISPERIDONA 1 mg | Tableta recubierta de 1mg de risperidona. En blister o tira. Administración: oral | TAB | 2,083 | L. 2.00 | L. 4,166.67 |
| 71 | N05AX0801 | RISPERIDONA 3 mg | Tableta recubierta de 3mg de risperidona. En blister o tira. Administración: oral | TAB | 1275,000 | L. 4.90 | L. 6247,500.00 |
| 72 | N06AA09 | AMITRIPTILINA (clorhidrato) 25 mg | Tableta ranurada de 25 mg de amitriptilina (clorhidrato). En blister o tira. Administración: Oral. | TAB | 1452,853 | L. 0.19 | L. 276,042.06 |
| 73 | A02BC0100 | OMEPRAZOL (sódico) 20mg | Capsula de 20mg de Omeprazol. En blister o tira. Administración: oral. | CAP | 1832,049 | L. 0.39 | L. 714,499.01 |



LISTADO DE MEDICAMENTOS PRIORIZADOS, COMPRA BANCO OCCIDENTE 2017

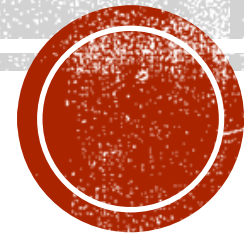
sep-17

| ITEM | CODIGO | MEDICAMENTOS | DESCRIPCIÓN | UD | Cantidad a adquirir (5 meses) | Monto | |
|------|-----------|--|---|------|-------------------------------|----------------------|------------------|
| | | | | | | Estimado | L. 163727,867.44 |
| | | | | | | Precio de referencia | Monto total |
| 74 | A03BA0300 | HIOSCINA (butilbromuro) 10mg | Tableta de 10mg de hioscina (butilbromuro). En blíster o tira resistente a la luz. Administración: oral. | TAB | 1717,393 | L. 2.86 | L. 4911,742.88 |
| 75 | A03BA0301 | HIOSCINA (butilbromuro) 20mg/mL | Solución inyectable de 20mg/mL de hioscina (butilbromuro). En ampolla o vial resistente a la luz de 1ml Administración: IV,IM | AMP | 138,930 | L. 2.27 | L. 315,371.46 |
| 76 | A06AD11 | LACTULOSA 10 g/15 mL | Suspensión oral de 10g/15mL de lactulosa. Frasco resistente a la luz de 200-240mL. Administración: oral. | FCO | 5,683 | L. 90.77 | L. 515,847.80 |
| 77 | B01AC06 | ACIDO ACETIL SALICILICO 100mg | Tableta de 100mg de ácido acetil salicílico. En blíster o tira. Administración: Oral | TAB | 8066,085 | L. 0.11 | L. 887,269.37 |
| 78 | C10AA0501 | ATORVASTATINA 40mg | Tableta de 40mg de Atorvastatina. En blíster o tira. Administración: oral | TAB | 1899,196 | L. 5.13 | L. 9742,873.29 |
| 79 | H02AB0701 | PREDNISONA 50 mg | Tableta ranurada de Prednisona 50mg en blíster o tira. Administración: oral. | TAB | 348,357 | L. 1.37 | L. 477,248.93 |
| 80 | H02AB0901 | HIDROCORTISONA (succinato sódico) 500 mg | PoVo estéril para reconstituir a solución inyectable con 500mg de hidrocortisona (succinato sódico) en vial de vidrio, con o sin diluyente. Administración: IM,IV | VIAL | 210,143 | L. 20.84 | L. 4379,376.66 |
| 81 | J01DH51 | IMIPENEM (monohidrato) 500mg + CILASTATINA (sódica) 500mg. | PoVo estéril para reconstituir a solución inyectable de Imipenem (monohidrato) 500 mg + Cilastatina (sódica) 500mg. en vial. Administración: IV | VIAL | 32,388 | L. 99.84 | L. 3233,617.92 |
| 82 | J01XA01 | VANCOMICINA (clorhidrato) 500 mg | PoVo estéril para reconstituir a Solución inyectable de vancomicina (clorhidrato) 500mg en Vial. Administración: IV | VIAL | 52,127 | L. 38.08 | L. 1985,010.99 |
| 83 | N03AA0201 | FENOBARBITAL (sódico) 100 mg | Tableta de 100mg de fenobarbital (sódico) en blíster o tira. Administración: oral | TAB | 2440,533 | L. 0.59 | L. 1439,914.31 |
| 84 | R06AX1301 | LORATADINA 10 mg | Tableta ranurada de 10mg de loratadina. En bister o tira. Administración: Oral | TAB | 1638,604 | L. 0.10 | L. 163,860.36 |
| 85 | M01AE17 | DESKETOPROFENO 25mg/ml | Solución inyectable de 25mg/mL de dexketoprofeno (trometanol) en ampolla resistente a la luz de 2mL. Administración: IV,IM. | AMP | 317,823 | L. 33.69 | L. 10707,440.73 |
| 86 | N02AA0101 | MORFINA 10mg/ml | Solución inyectable de Morfina (sulfato o clorhidrato) 10mg/mL en ampolla de 1mL. Administración: IM, IV. | AMP | 10,676 | L. 35.52 | L. 379,227.71 |
| 87 | N03AG0102 | VALPROATO (sódico) 500 mg | Tableta recubierta de 500mg de Valproato (sódico) . En blíster aluminio/aluminio o tira de aluminio ambos lados. Administración: Oral | TAB | 1759,316 | L. 1.86 | L. 3272,327.39 |
| 88 | N02AX02 | TRAMADOL (clorhidrato) 50mg/mL | Solución inyectable de Tramadol (clorhidrato) 50mg/mL en ampolla de 2mL. Administración: IM,IV. | AMP | 195,320 | L. 2.52 | L. 492,205.44 |
| 89 | H02AB0201 | DEXAMETASONA (fosfato) 4mg/mL | Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración: IM, IV. | VIAL | 221,915 | L. 2.67 | L. 592,514.02 |
| 90 | LD1CB01 | ETOPOSIDO (VP-16) 20 mg/mL | Solución inyectable de 20mg/ml de Etoposido. En vial protegido de la luz con 5mL de solución. Administración:IV | VIAL | 660 | L. 138.00 | L. 91,080.00 |
| 91 | L02BG06 | EXEMESTANO 25 mg | Gragea de 25mg de exemestano, en blíster. Administración: oral | GG | 6000 | L. 83.30 | L. 499,800.00 |
| 92 | LD1XA01 | CISPLATINO 50mg | Solución inyectable o PoVo estéril para reconstituir a solución Inyectable de Cisplatino 50mg. En vial protegido de la luz. Administración: IV | VIAL | 1250 | L. 232.00 | L. 290,000.00 |





Proceso de Adquisición de Medicamento e Insumos de Salud
para la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL)
Tegucigalpa, M.D.C



OBJETIVO

Establecer un mecanismo Ágil y Transparente para las Adquisiciones de Medicamentos e Insumos de Salud que sean requeridos por parte de la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) bajo el amparo del DECRETO EJECUTIVO PCM 47-2017 del 24 de Julio de 2017 publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” el 07 de Agosto de 2017 y Administrado en el Fideicomiso Bancario para tal fin.



ANTECEDENTES

- La Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) suscribió el 25 de Marzo de 2014 un Contrato de Fideicomiso de Administración para la Adquisición de Medicamentos e Insumos a ser utilizados en la Red Integrada de Servicios en Salud (RISS).
- El Mecanismo de Adquisición cuenta con la veeduría permanente de ASJ – Transparencia Internacional, Transformemos Honduras, La Iglesia Católica e Iglesia Evangélica.
- Se emplean procesos de Adquisición a través de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), por medio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por medio del Fondo de la Población de Naciones Unidas (UNFPA), por medio de El Banco de Occidente (EL FIDUCIARIO) o por medio del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA)
- A través de este Mecanismo de Adquisición se han obtenido logros muy importantes, tales como, un Precio Justo de los productos, reducción de los tiempos de Compra y Entrega, Productos de Calidad, Transparencia en las Adquisiciones entre otros de vital importancia para la población hondureña.



ETAPAS DEL PROCESO DE ADQUISICIÓN

Como parte de un mecanismo integral, BANCOCCI establece un proceso que permita de manera Inmediata, Transparente y Asegurando un Producto de Calidad a un precio Justo las etapas de Adquisición de Medicamentos e Insumos de Salud que la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) le requiera, siendo estas las siguientes:

1. ETAPA I: ADQUISICIÓN INMEDIATA
2. ETAPA II: ADQUISICIÓN CON PROVEEDORES PRE-CERTIFICADOS
3. ETAPA III: ADQUISICIÓN ABIERTA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS



ETAPA I: ADQUISICIÓN INMEDIATA

Esta etapa consiste una vez recibido formalmente el OFICIO del Secretario de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) con el requerimiento de los Productos y el detalle del Nombre Genérico, Descripción General, Descripción Técnica, Cantidad Requerida y Tiempo de Entrega, de notificar dando un periodo de tres (03) días hábiles a los últimos tres (03) proveedores que hubiesen suscrito un Contrato de Suministros con BANCOCCI del producto con el mismo Nombre Genérico, Descripción General y Descripción Técnica requerida por SESAL.

Los proveedores deberán en el periodo establecido confirmar que puedan realizar la entrega correspondiente en los plazos establecidos sin alteración del precio pactado en el Contrato de Suministros previamente firmado. BANCOCCI presentara una Recomendación de Adjudicación de Contrato (RAC) para efectos de ratificación por el Comité Técnico de El Fideicomiso (CTF).

De no contar con un Proveedor que confirme su aceptación, se procederá a la ETAPA II ADQUISICIÓN CON PROVEEDORES PRE-CERTIFICADOS.



ETAPA II: ADQUISICIÓN CON PROVEEDORES PRE-CERTIFICADOS

Esta etapa es consecuente de que la Etapa I no obtuvo ninguna oferta satisfactoria. En tal sentido, BANCOCCI procederá a invitar a todos los Proveedores con los que ha suscrito al menos un (01) Contrato de Suministros durante el periodo 2014, 2015, 2016 y 2017. Siendo así, considerado los 34 Proveedores que han suscrito un Contrato de Suministros con BANCOCCI como Proveedores Pre-Certificados.

Se otorgara un periodo de diez (10) días hábiles para que los Proveedores presenten su Oferta Económica y Técnica, se realizara una Apertura de Ofertas de manera Pública, con las Autoridades del Gobierno de la Republica de Honduras y en compañía de la Sociedad Civil como Veedor, para luego, pasar a un proceso de Evaluación de Ofertas y la presentación por BANCOCCI de la Recomendación de Adjudicación de Contrato (RAC) para efectos de ratificación por el Comité Técnico de El Fideicomiso (CTF).

De no contar con un Proveedor que cumpla, se procederá a la ETAPA III: ADQUISICIÓN ABIERTA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS.



ETAPA III: ADQUISICIÓN ABIERTA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS

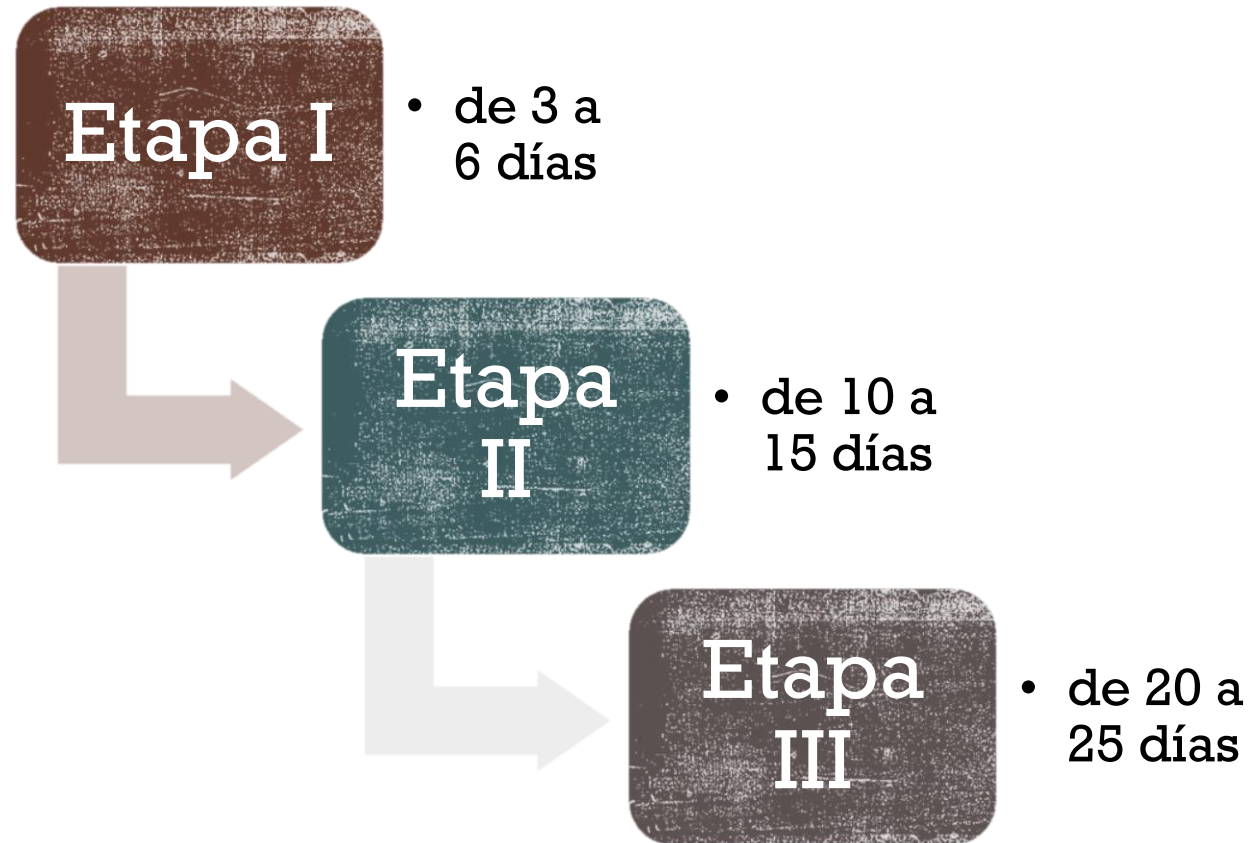
Esta etapa es producto que la Etapa II tampoco obtuvo una oferta satisfactoria. Por lo tanto, BANCOCOCI procederá a publicar en dos (02) diarios de mayor circulación del país la invitación a Empresas Nacionales e Internacionales a que se presenten al Departamento de Fideicomiso del Banco a requerir los listados de Medicamentos e Insumos de Salud que el Banco esta solicitando, así también, el Banco podrá, en la medida de sus posibilidades, buscar tanto Nacional como Internacionalmente las alternativas que permitan identificar posibles oferentes.

Se otorgara un periodo de quince (15) días una vez realizada la publicación para que se presenten las Ofertas y posteriormente el Banco realizar su Evaluación de Las Ofertas Presentadas y Cotizaciones Requeridas por el Banco para la presentación de la Recomendación de Adjudicación de Contrato (RAC) para efectos de ratificación por el Comité Técnico de El Fideicomiso (CTF).

Si esta III Etapa no alcanza una Oferta Satisfactoria se declarara desierto el proceso de Adquisición del Medicamento o Insumo de Salud requerido.

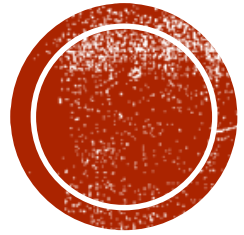


LÍNEA DE TIEMPO PARA OBTENER OFERTAS



Los Tiempos de Entrega corresponden a los requeridos por la SESAL, por lo que BANCOCCI asegura un Proceso de Adquisición Ágil y Transparente, que permita un Producto de Calidad a un Precio Justo.





MUCHAS GRACIAS.!





TÉRMINOS DE REFERENCIA

**ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS
CON PROVEEDORES REGISTRADOS
PARA LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL)
No. CI FBO 2017-002**

FIDEICOMISO DE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

28 DE SEPTIEMBRE DE 2017



I. INVITACIÓN

Banco de Occidente, S.A. (BANCOCCI), tiene el agrado de invitarle a presentar ofertar en el Proceso de la ETAPA II: Compra de Medicamentos con Proveedores Registrados para la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL), de conformidad con las condiciones establecidas en el presente documento.

II. MARCO LEGAL

- Decreto Ejecutivo PCM 047-2017 del 24 de Julio de 2017 publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” el 07 de agosto de 2017.
- Contrato de Fideicomiso de Administración para la Adquisición de Medicamentos y Otros, Celebrado entre la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) y El Banco de Occidente, S.A. (BANCOCCI), y sus Adendum.
- Manual de Procedimiento de Compra de Medicamentos e Insumos de Salud para la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL)

III. REQUISITO ESENCIAL

Para participar en el presente Proceso de Compra, las empresas interesadas en ofertar deben haber suscrito al menos un (1) Contrato con **Banco de Occidente, S.A. (BANCOCCI)**, denominado en adelante **EL FIDUCIARIO**, para una Compra de Medicamentos en el Marco del Fideicomiso de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) y la ETAPA II del Proceso de Compra de Medicamentos e Insumos de Salud para la SESAL.

IV. INSTRUCCIONES PARA LOS OFERENTES

Las empresas que cumplen con el Requisito Esencial y que estén interesadas en presentar OFERTAS, denominados en adelante **EL PROVEEDOR**, deberán tomar en cuenta y seguir las siguientes instrucciones:

a) FECHA LIMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS

La Oferta debe ser presentada el **13 de octubre de 2017** de 09:00 a 9:50 a.m.; toda oferta fuera de este plazo no será aceptada.

b) APERTURA DE LAS OFERTAS

La apertura de las ofertas se realizará según se indica a continuación, con el acompañamiento de los **PROVEEDORES** y ASJ | Transparencia Internacional:

Fecha: **13 de octubre 2017**

Hora: **10:00 a.m., hora local**

Lugar: **Oficina Principal Banco de Occidente, S.A., Boulevard Centroamérica, Colonia Las Colinas, Tegucigalpa, M.D.C.**



c) FORMATO, FIRMA Y PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

EL PROVEEDOR preparará un sobre conteniendo el original de los documentos que comprenden la oferta. Todas las hojas contenidas en dicho sobre deberán ser mecanografiadas o escritas con tinta indeleble y deberán estar firmadas por la persona debidamente autorizada para firmar en nombre del **EL PROVEEDOR**. La oferta deberá presentarse foliada (páginas enumeradas consecutivamente). Los sobres estén rotulados de la siguiente manera:

***** OFERTA DE LA ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS PARA LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL) No. CI FBO 2017-002 *****

FIDEICOMISO DE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD / BANCO DE OCCIDENTE, S.A.

NOMBRE DEL PROVEEDOR
Dirección y Teléfono

d) PERIODO DE VALIDEZ DE LA OFERTA

El Periodo de Validez de la Oferta para su aceptación por **BANCOCCI (EL FIDUCIARIO)**, será de sesenta días (**60 días calendarios**), a partir de la fecha de Apertura de la Ofertas.

e) IDIOMA DE LA OFERTA

La oferta debe emitirse en idioma **español**, pudiendo acompañarla de documentos complementarios en otro idioma, en cuyo caso, se debe adjuntar la respectiva traducción. Para la interpretación de la oferta, prevalecerá la traducción y **EL PROVEEDOR** será el único responsable de la traducción y de la precisión de la misma.

f) PRECIO DE LA OFERTA

El Precio de los medicamentos deben ofertarse en Términos incoterm: DDP - Delivered Duty Paid / Entregada Derechos Pagados. **EL PROVEEDOR** debe tomar en cuenta todos los aranceles e impuestos que ameriten para la entrega efectiva de los medicamentos ofertados. Así también, el precio ofertado debe incluir cualquier descuento considerado por **EL PROVEEDOR**.

g) MONEDA DE LA OFERTA

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



h) GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

EL PROVEEDOR debe proporcionar, como parte de su oferta, una Garantía de Mantenimiento de Oferta del dos por ciento (2%) del valor total de su Oferta, extendida a nombre de **BANCO DE OCCIDENTE, S.A.**; y podrá consistir en Cheque Certificado, Cheque de Caja, Garantía Bancaria o Fianza extendida por una Institución Bancaria o una Institución Financiera del País aprobada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. En las Garantías Bancarias o Fianzas deberá incluirse la cláusula obligatoria: “LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A. COMO FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD CON DICHA INSTITUCIÓN BANCARÍA, SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE INCUMPLIMIENTO”.

La Garantía en mención debe permanecer válida por un periodo de sesenta (60) días calendario después de la fecha de expiración de la validez de la oferta, comenzando su vigencia a partir de la fecha de apertura de las ofertas y emitida según el Formulario suministrado en el Anexo 1.

La Garantía de Mantenimiento de Oferta se hará efectiva:

- Si **EL PROVEEDOR** retira su oferta antes de la expiración del Periodo de Validez de la Oferta.
- Si se selecciona a **EL PROVEEDOR** y éste no firma el Contrato de Suministros en el plazo establecido por **EL FIDUCIARIO** en la Notificación de Compra.
- Si **EL PROVEEDOR** no entrega la Garantía de Cumplimiento en el plazo establecido por **EL FIDUCIARIO** en la Notificación de Compra.

i) CARTA PRESENTACIÓN DE OFERTA

EL PROVEEDOR presentará su Carta Propuesta de Oferta utilizando el formulario suministrado en el Anexo 2, este formulario deberá ser debidamente llenado sin alterar su forma y no se aceptarán sustitutos. Todos los espacios en blanco deberán ser llenados con la información solicitada.

j) CUADRO DESCRIPTIVO DE PRODUCTOS Y PRECIOS

EL PROVEEDOR presentará, para cada ítem que compone su oferta, el Cuadro Descriptivo de Productos y Precios utilizando el formulario suministrado en el Anexo 3.

Este cuadro debe usarse estrictamente por ítem individual. El orden y forma de los requisitos de este formato son inalterables. Las formas farmacéuticas Ofertadas deberán cumplir con las especificaciones de la farmacopea reconocidas en el país de origen del laboratorio fabricante e internacionalmente. Indicar farmacopeas utilizadas y número de edición, únicamente se aceptará las últimas tres ediciones de cada farmacopea.



k) DOCUMENTOS QUE COMPONEN LA OFERTA

- Carta Presentación de Oferta
- Cuadro Descriptivo de Productos y Precios
- Fotocopia del Registro Sanitario Vigente, o en su defecto, un documento autorizado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA), de encontrarse en trámite de renovación y/o modificación.
- En el caso de productos fabricados dentro del CA-4, el Certificado de Producto Farmacéutico vigente de los países del CA-4 (Unión Aduanera Centroamericana) con el sello de Reconocimiento Mutuo, o en su defecto, un documento autorizado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).
- Fotocopia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas (BPM) tipo OMS del Laboratorio Fabricante.
- Garantía de Mantenimiento de Oferta.
- Declaración de Ética y Transparencia en el Marco de los Pactos de Integridad firmado por el Representante Legal de **EL PROVEEDOR (Adjunto al presente Documento)**.

Todos los documentos que se presenten en fotocopia deberán estar autenticados por Notario Público; según establece la Ley de Notariado en su Reglamento vigente Artículo No. 40. Una autentica deberá incluir todas las fotocopias de los documentos que lo ameriten. Todas las fotocopias deberán ser legibles.

l) SOLICITUDES DE ACLARACIONES DE LOS PROVEEDORES A EL FIDUCIARIO

EL PROVEEDOR en esta ETAPA II podrán remitirle a **EL FIDUCIARIO** durante los primeros cinco (05) hábiles a partir de la fecha de enviadas las Invitaciones a Ofertar, las Aclaraciones que requieran con respecto a los Términos de Referencia (TDR's). Las solicitudes de aclaración deben enviarse a los correos: jbrizo@bancocci.hn; jpcasco@bancocci.hn; nvalle@bancocci.hn y lherrera@bancocci.hn

m) ACLARACIONES SOBRE LAS OFERTAS PRESENTADAS

EL FIDUCIARIO podrá solicitar a los **PROVEEDORES** aclaraciones o información adicional en cualquier momento durante el proceso de evaluación. Las respuestas proporcionadas por los **PROVEEDORES** no deberán contener modificación alguna en cuanto al contenido o precio de la oferta, salvo si es para confirmar la corrección de errores aritméticos observados por **EL FIDUCIARIO** en el momento de la evaluación.

n) MUESTRAS

EL PROVEEDOR deberá presentar una (1) muestra, con la cual, respalden técnicamente su oferta, sin costo alguno para **EL FIDUCIARIO**, cuando este último lo estime conveniente. Dicha muestra debe consistir en una réplica de lo que finalmente entregarán a la SESAL, con excepción del etiquetado especial de la Leyenda "Propiedad del Estado de Honduras".



o) FIRMA DE CONTRATO

El plazo entre la Notificación de Compra al proveedor y firma del contrato es de tres (3) días hábiles.

p) DOCUMENTOS OBLIGADOS PREVIOS A LA FIRMA DEL CONTRATO

EL FIDUCIARIO se reserva el derecho de solicitar nuevamente a los **PROVEEDORES**, los siguientes documentos para la elaboración del Contrato de Suministros:

- Escritura de Constitución y/o sus modificaciones.
- Poder de Representación cuando aplique
- Fotocopia del RTN numérico de la empresa.
- Identificación y Copia del RTN numérico del Representante Legal de la Empresa.
- Permiso de Operación de la empresa.
- Constancia de la Procuraduría General de la República (PGR)

q) GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

Recibida la Notificación de Contratación de Compra, **EL PROVEEDOR** suministrará a **EL FIDEICOMISO** al momento de la firma del Contrato de Suministros una Garantía de Cumplimiento de Contrato y emitida según el Formulario suministrado en el Anexo 4.

Esta Garantía deberá ser emitida en Lempiras (Lps.) y extendida a favor de **Banco de Occidente, S. A.**, por el equivalente al diez por ciento (10%) del monto total del Contrato de Suministros, pudiendo consistir en una Fianza o Garantía Bancaria extendida por una Institución Bancaria o una Institución Financiera del país aprobada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, debiendo estar vigente, durante sesenta (60) días calendarios más el tiempo contratado de entrega de los medicamentos, el tiempo se contabiliza a partir de la fecha de este documento. En la Garantía de Cumplimiento deberá incluirse esta cláusula obligatoria: "LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., COMO EL FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD CON DICHA INSTITUCIÓN BANCARIA, SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE INCUMPLIMIENTO". Además de la cláusula obligatoria, en dicha garantía se deberá relacionar el Contrato a suscribir, pues a partir de él se emitirá la misma.

Si el licitante seleccionado no presenta la Garantía de Cumplimiento mencionada o no firma el Contrato de Suministros, esto se considerará motivo suficiente para anular Notificación de Contratación de Compra y hacer efectiva la Garantía de Mantenimiento de Oferta. En este caso, **EL FIDUCIARIO** podrá Recomendar la Contratación a la siguiente oferta que cumple sustancialmente con lo establecido en presente documento.



r) GARANTÍA DE CALIDAD

Una vez realizada la entrega total o parcial de los medicamentos contratados, se haya extendido o no el ACTA DE RECEPCIÓN de los productos, **EL PROVEEDOR** presentará una Garantía de Calidad de los productos entregados en el Departamento de Fideicomisos de **EL FIDUCIARIO**, y emitida según el Formulario suministrado en el Anexo 5.

Esta Garantía deberá ser emitida en Lempiras y extendida a favor de la “BANCO DE OCCIDENTE, S. A.”, por el equivalente al cinco por ciento (5%) del monto total del contrato, pudiendo consistir en una Fianza o Garantía Bancaria extendida por una Institución Bancaria o una Institución Financiera del país aprobada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, debiendo estar vigente, con una duración mínima de dos (2) años, el tiempo se contabiliza a partir de la fecha de las entregas. En la Garantía de Calidad deberá incluirse esta cláusula obligatoria: “LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., COMO EL FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD CON DICHA INSTITUCIÓN BANCARIA, SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE INCUMPLIMIENTO”. Además de la cláusula obligatoria, en dicha garantía se deberá relacionar el Contrato, pues a partir de él se emite la misma.

Si se realiza cualquier tipo de reclamo relacionado con los bienes objeto de esta compraventa, y si no es atendido por **EL PROVEEDOR** dentro del plazo de diez (10) días hábiles, o no se llegare a un acuerdo conciliatorio entre **EL FIDUCIARIO** y **EL PROVEEDOR**, **EL FIDUCIARIO** mediante autorización de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL), ejecutará la Garantía de Calidad sin perjuicio de las otras sanciones que legalmente proceden por incumplimiento de contrato.

V. CONDICIONES GENERALES

Los **PROVEEDORES**, deberán considerar y tener en cuenta las siguientes condiciones generales:

a) REQUERIMIENTO

Son Objeto de este Proceso de **la ETAPA II: Compra de Medicamentos con Proveedores Registrados No. CDM FBO 2017-002, cincuenta y ocho (58) Medicamentos** que son parte del Listado de Medicamentos a Comprar detallados en el **numeral VI Lista de Requerimiento. EL FIDUCIARIO** se reserva el Derecho de aumentar o reducir, previo a la firma del Contrato de Suministros, en un treinta por ciento (30%) la cantidad de los medicamentos requeridos originalmente en los Términos de Referencia (TDR's), sin ninguna variación del precio unitario o de otros términos y condiciones. Una vez firmado el respectivo Contrato de Suministros, en el marco de la ETAPA II del Proceso de Compra de **EL FIDUCIARIO**, no se podrá realizar ningún incremento al mismo.



b) OFERTAS ALTERNATIVAS

En el caso que **EL PROVEEDOR** presente su oferta con una desviación a algún criterio como ser el plan de entrega, cantidad ofertada menor a la requerida, etiquetado, documento autorizado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) en lugar del Certificado de Registro Sanitario Vigente, o desviación en la especificación técnica requerida (características propias del medicamento), que no implique una desviación significativa del requerimiento establecido y que no implique disminución del rendimiento de la operatividad técnica del producto, **EL FIDUCIARIO** se reserva el Derecho Aceptarla o No.

c) LUGAR DE ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

En las instalaciones del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI), ubicado en Barrio “El Rincón”, una cuadra antes del Escuadrón Cobra de la Policía Nacional, Tegucigalpa, Honduras; u otra instalación ubicada en el departamento de Francisco Morazán, que la Secretaría de Salud (SESAL) designe, en cuyo caso será con previa comunicación.

d) PLAN DE ENTREGA

Se requiere de entregas según el detalle siguiente:

PRIMERA ENTREGA:

50% de lo requerido, de 1-5 días después de la firma el Contrato.

SEGUNDA ENTREGA:

50% de lo requerido, a 30 días calendarios después de la firma el Contrato.

EL PROVEEDOR podrá proponer ofertas de entregas en plazos diferentes a lo requerido, **EL FIDUCIARIO** se reserva el derecho de aceptar o rechazar las mismas, incluyendo en la Recomendación de Contratación de Compra (RCC) a la **SESAL** los casos que se estime conveniente.

e) REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PREVIOS A LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS

La entrega de los medicamentos se acompañará con una fotocopia del Registro Sanitario Vigente o en su defecto, un documento autorizado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA), de encontrarse en trámite de renovación y/o modificación, fotocopia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas (BPM) tipo OMS del Laboratorio Fabricante vigente, el original o fotocopia del Certificado de Análisis de Calidad del producto terminado debidamente aprobado, para cada uno de los lotes del producto que se requieran, firmado por el responsable del laboratorio del fabricante.

f) EMPAQUE Y ETIQUETADO

EMPAQUES / ENVASES



Características de Empaques / Envases PRIMARIO

- Debe ser inerte, debe aislar y proteger a medicamentos sensibles a factores ambientales (luz, temperatura y humedad) hasta su fecha de vencimiento.
- En el caso de los medicamentos que requieran Envase Primario protegido de la luz, se debe entender que este fabricado en un material que no permita el paso de la luz o este empacado en una caja individual.
- 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, 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 deben entenderse que, en las tiras, el papel aluminio es por ambos lados.
- Ambos empaques (Blíster o Tiras) con características físicas que permita diferenciarse individualizado, mediante el color del blíster y/o tira, o el color de la tinta (blíster ámbar o cualquier empaque unitario equivalente con protección a la luz).

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

Características de Empaques / Envases SECUNDARIO

- El empaque secundario debe ser resistente que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará por ejemplo empaque tipo cartulina).
- El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
- Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.
- En caso de Ampollas / Viales de vidrio transparente, se aceptarán en empaques, conteniendo como máximo 25 Ampollas / Viales por caja (empaque secundario).
- Para garantizar la dispensación según tratamiento del paciente, el contenido del envase secundario para Tabletas, Comprimidos, Grageas y Capsulas, debe



corresponder al número de unidades requeridas a dispensar según presentación comercial (Un tratamiento por paciente).

- Cada envase secundario, deberá traer cinta (sello) de seguridad.

Características de Empaques / Envases TERCIARIO

- Es responsabilidad del Proveedor la definición de la estiba y de las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto.
- Para la recepción, el proveedor debe entregar el producto debidamente paletizado según normas internacionales ISO 3676 (Tamaño de las unidades de carga de unidad modular será de 1200 mm x 1000mm), embalado y debidamente identificado.

ETIQUETADO

Condiciones de Etiquetado / Envase Primario

- El Envase Primario debe incluir la siguiente leyenda: “Propiedad del Estado de Honduras”. Se dispensa la leyenda en el envase primario, no así en el empaque secundario, en las siguientes situaciones:
 - Entrega inmediata.
 - Medicamentos que requieren red de frío y que, al manipular estos envases para rotulación, representa un riesgo en la alteración de la conservación y estabilidad de los mismos.
 - Medicamentos de bajo volumen (hasta 3 ml).
 - Medicamentos cuyo envase secundario posee sello de seguridad.
- Todo medicamento deberá tener etiqueta en español 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./ml., mEq/dosis, etc.).
 - Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
 - Número de lote.
 - Fecha de expiración (impresa en etiqueta original, no se aceptarán fotocopias adheridas) claramente especificada, no en código).
 - Vía de administración (indispensable).
 - Número de registro sanitario (si no tuviera empaque secundario).



- Leyenda: “Propiedad del Estado de Honduras”.
- Incluir Código de Barra, en Frascos.
- La información deberá ser grabada directamente en el envase primario o impreso en tinta indeleble o una etiqueta de material adecuado y que no sea fácilmente desprendible (no fotocopias).
- No se permitirán etiquetas adicionales como aclaraciones de la etiqueta principal, por tanto, el etiquetado no deberá presentarse conteniendo frases, palabras, denominaciones, símbolos, figuras o dibujos, nombres geográficos, e indicaciones que lleven a interpretaciones falsas o a error, engaño o confusión, en cuanto a su procedencia, origen, naturaleza, composición y calidad.
- El Etiquetado para soluciones, jarabes, elixires, suspensiones, emulsiones, lociones, polvos para preparación de suspensiones o soluciones, inyectables en ampollas, jeringas precargadas, vial o parenterales de gran volumen, aerosoles y otras formas similares (cualquier vía de administración), **además** de las anteriores mencionadas, La información mínima que deberá llevar el Etiquetado del envase o empaque primario del producto es la siguiente:
 - 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).

Condiciones de Etiquetado / Envase Secundario

Todo empaque secundario deberá tener en español 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.
- Concentración de principios activos de la forma farmacéutica (% , mg, g, mEq, mg/mg/ml, Al/ml, mEq/dosis, etc.).
- Forma farmacéutica (tabletas, ungüento, óvulos, cápsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, 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 del producto claramente especificada, claramente especificada, no en código Condiciones de almacenamiento.
- Contenido en unidades.
- Vía de administración incluyendo indicación especial sobre la forma de administración cuando aplique.
- Número del Registro Sanitario.
- Leyenda: Propiedad del “Propiedad del Estado de Honduras”.
- Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo (cuando aplique)
- Tiempo de vida útil después de abierto o preparado (cuando aplique).
- Incluir Código de Barra

Condiciones de Etiquetado / Terciario

Todo empaque secundario deberá tener en español 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.
- Concentración de principios activos de la forma farmacéutica (% , mg , g , mEq , mg/mg/ml , Al/ml , mEq/dosis , etc.).
- Forma farmacéutica (tabletas , ungüento , óvulos , cápsulas , grageas , tabletas recubiertas , suspensiones , soluciones , 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 del producto claramente especificada, no en código
- Condiciones de almacenamiento.
- Cantidad de medicamentos por embalaje.
- Vía de administración incluyendo indicación especial sobre la forma de administración cuando aplique.
- Condiciones de estiba.
- Incluir Código de Barra

EL PROVEEDOR podrá presentar la oferta de los productos que cuenta en existencias para una entrega inmediata con el Empaque y Etiquetado con una desviación, a lo requerido, siendo **EL FIDUCIARIO** quien se reserva el derecho de aceptar o rechazar las mismas, e incluir el producto en la Recomendación de Contratación de Compra (**RCC**) a la **SESAL**.



g) VIDA ÚTIL DE LOS PRODUCTOS

EL PROVEEDOR garantiza que los productos ofrecidos son de producción con fecha de expiración no menor de DOS (2) años, o en el caso de los Hemoderivados o Biotecnológicos, con fecha de expiración no menor de DIECIOCHO (18) meses, que son de materia prima de calidad, y se compromete a reponer los productos sin costo alguno, si antes de la fecha de expiración sobrevienen fallas imputables al laboratorio fabricante. Esto incluye el cumplimiento de las especificaciones técnicas de etiquetado de los embalajes primario y secundario, o cualquier otra especificación técnica, de la propia oferta. **EL PROVEEDOR** podrá presentar ofertas con fecha de vencimiento menor a lo requerido de los productos con que cuenta en existencias para entrega inmediata y será **LA SESAL** quien notificará a **EL FIDUCIARIO** la aceptación de la misma en respuesta a la Recomendación de Contratación de Compra (RCC).

En todo caso, para los productos con Fechas de Entregas posterior a los treinta (30) días calendarios después de la Firma del Contrato de Suministros, la fecha mínima aceptada de vida útil, al momento de la entrega a la **SESAL**, será de no menos de DOCE MESES (12) para todos los productos en general.

h) ACTA DE COMPROMISO DE REEMPLAZO

En el Marco de la **ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS** en el caso de las Ofertas presentadas por los **PROVEEDORES** donde ofrezcan una Entrega de producto que tenga una Vida Útil menor a los Términos Generalmente Aceptados, será **EL FIDUCIARIO** quien se reserva el derecho de aceptar o no la misma, pudiendo incluir en la Recomendación de Contratación de Compra (**RCC**) para la **SESAL**, para que sea la **SESAL**, quien acepte la Vida Útil de los productos ofertados para las Entregas, quedando para este caso **EL PROVEEDOR** exento de presentar el Acta de Compromiso de Reemplazo. Esta Exoneración se considera únicamente para la recepción de producto ofertado que su entrega se realice dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la firma del Contrato de Suministros y que esta al momento de su recepción tenga no menos de doce (12) meses de Vida Útil.

En el resto de los casos en que se hayan aceptado ofertas de productos con Fechas de Entregas mayores a treinta (30) días calendarios se estará procediendo conforme a los términos Generalmente Aceptados siguientes: con fechas de expiración por un período menor a DOS (2) años, o en el caso de los hemoderivados o Biotecnológicos, con fecha de expiración por un período menor a dieciocho (18) meses, al momento de la recepción, **EL PROVEEDOR** presentará al Establecimiento Receptor de los Medicamentos, un Acta de Compromiso (debidamente autenticada por un Notario), de reemplazo o reposición de los productos con un período de expiración mayor o igual a DOS (2) años, en el caso de los Hemoderivados o Biotecnológicos mayor o igual a dieciocho (18) meses, contados a partir



de la fecha en que se recepcionen. Dicha Acta deberá ser emitida según el Formulario suministrado en el Anexo 6.

Los reemplazos o reposiciones deberán realizarse en el plazo que la **SESAL** a través del Establecimiento Receptor del Medicamento los requiera, dándole notificación de al menos treinta (30) días calendario a partir de la solicitud, entregando uno (1) o los lotes de productos que correspondan. Lo anterior se aplicará de igual manera y con los mismos criterios en el caso de los productos en que se detectasen fallas que no se hubieran detectado al momento de su recepción.

i) PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA LA REPOSICIÓN DE PRODUCTOS

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (**SESAL**) podrá hacer reclamos de los productos cuando se compruebe que falla en generar el debido propósito del producto. En este caso **EL PROVEEDOR** deberá reponer a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (**SESAL**) el cien por ciento (100%) del ítem, cuando uno (1) o más lotes hayan sido objeto de algún incumplimiento de calidad, por uno de igual o superior características de las señaladas originalmente, dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha en que la **SESAL** comunique por escrito el incumplimiento respectivo, dado que las fallas antes mencionadas son responsabilidad de **EL PROVEEDOR**.

EL FIDUCIARIO a petición de la **SESAL** podrá en caso necesario cubrir el desabastecimiento causado por los rechazos de los productos mediante compra local de la cantidad requerida para cubrir su necesidad durante el período de reposición. Los costos y gastos que se originen de esta situación serán cubiertos por **EL PROVEEDOR**, y las cantidades utilizadas para suplir el desabastecimiento del medicamento con incumplimiento de calidad, serán descontados de los pagos que tenga pendiente **EL PROVEEDOR** del Contrato suscrito; lo anterior, independientemente de la reparación del daño que cause.

EL PROVEEDOR deberá garantizar que la entrega y recepción de los productos en reposición o reemplazo se efectuará en el lugar de indicado en el Contrato. Los productos en que se compruebe su falla mediante un Análisis de Laboratorio serán retenidos por la **SESAL** para su posterior destrucción conforme a los procedimientos establecidos por la Instancia Pública correspondiente y demás involucradas. Los mismos no serán devueltos a **EL PROVEEDOR**.

El hecho de contar con un Lote de la entrega con un Análisis de Laboratorio que no cumple con la Calidad requerida, serán retenidos todos los lotes que hubiesen sido entregados por **EL PROVEEDOR** y únicamente se podrá dar por recibido y emitir el Acta de Recepción de aquellos lotes a los que se les haya realizado un Análisis de Laboratorio debidamente Aprobado. **EL PROVEEDOR** se compromete a reponer el cien por ciento (100%) del medicamento entregada en caso de que el Análisis de Laboratorio no cumpla, sin importar las cantidades que hubiese de existencias de dicho medicamento en las Bodegas de Recepción de los Establecimientos de Salud de la **SESAL**.



j) INSPECCIONES Y PRUEBAS DE ANÁLISIS DE CALIDAD

- La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (**SESAL**), podrá solicitar se efectúen pruebas de calidad a su entera discreción, utilizando la metodología que estime conveniente y en los Laboratorios que decida, tomando muestreos técnicos al azar, cuyos costos de cada una de las pruebas y/o análisis que se realicen correrán por cuenta de **EL PROVEEDOR**.
- Estos análisis se podrán realizar durante toda la vida útil de los productos a fin de garantizar que éstos mantendrán la calidad en igual condición que al momento de la entrega.
- **EL PROVEEDOR** se obliga a presentar el patrón de referencia o estándar de referencia primario o secundario para la verificación de la calidad de su producto cuando este sea requerido por el laboratorio nacional o Internacional, así también, se obliga a registrarse por el Análisis del Laboratorio mediante la metodología analítica actualizada; de no aparecer la monografía en dicha Metodología, **EL PROVEEDOR** deberá presentar al Laboratorio la metodología analítica a utilizar. Además, **EL PROVEEDOR** deberá presentar al Laboratorio fotocopia del certificado del producto terminado del medicamento, certificado del estándar el cual especifique su pureza y fecha de expiración, y certificado de procedimiento.
- La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (**SESAL**) o sus representantes tendrán la facultad de inspeccionar los productos y someterlos a prueba a fin de verificar su conformidad con las especificaciones contratadas. La **SESAL** notificará oportunamente y por escrito a **EL PROVEEDOR** la identidad de todo representante designado para estos fines. Así mismo, **EL PROVEEDOR** deberá reponer sin costo alguno las muestras utilizadas para dichas pruebas.

k) LUGAR Y TIEMPO DE PAGO DE LOS CONTRATOS

Los Contratos de Suministro serán pagados por **EL FIDUCIARIO** al respectivo proveedor TREINTA días calendario después de que se haya recibido el ACTA DE RECEPCIÓN levantada por la Bodega de Recepción del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI) de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (**SESAL**) y REFRENDADA por la auditoría de **EL FIDUCIARIO**, con el informe de aprobación del Resultado de Análisis de Calidad emitido por un Laboratorio Nacional o Internacional que la **SESAL** determine sobre los medicamentos que seleccione para un análisis de este tipo y la respectiva garantía de calidad.

EL FIDUCIARIO podrá pagar a **EL PROVEEDOR** cuando no se hubiere levantado el Acta de Recepción el (ANMI) de la **SESAL**, y por causas no imputables a **EL PROVEEDOR**; éste último podrá solicitar por escrito a **EL FIDUCIARIO** el pago a su favor, siempre y cuando cuente con:



- El respectivo Informe debidamente APROBADO del Resultado de Análisis de Calidad del Laboratorio (Nacional o Internacional), cuando corresponda.
- Factura Comercial Original refrendada por la Auditoría de **EL FIDUCIARIO**.
- La presentación de la Constancia en Bulto de los productos entregados, emitida por el Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI) de la SESAL, refrendada por la auditoría de **EL FIDUCIARIO**.
- La respectiva Garantía de Calidad.

EL FIDUCIARIO recibida la solicitud de **EL PROVEEDOR** trasladará la misma al Comité Técnico del Fideicomiso (CTF) para su análisis, quien podrá proceder con su aprobación o no. En caso de ser favorable, **EL FIDUCIARIO** procederá con el pago a favor de **EL PROVEEDOR** en el plazo de hasta diez (10) días calendarios, contados a partir del día siguiente de Aprobación por parte del Comité Técnico del Fideicomiso (CTF).

I) APLICACIÓN DE MULTAS

En caso de incumplimiento en la entrega de los productos contratados en los plazos señalados en el Contrato de Suministros, cuando no sea por causa catalogada como Caso Fortuito o de Fuerza Mayor que sea presentada con justificaciones suficientes y aceptadas por **EL FIDUCIARIO**, se impondrá una multa a **EL PROVEEDOR** consistente en el cinco por ciento (5.00%) mensual sobre el valor de los productos entregados tardíamente.

La aplicación de las multas antes referidas, se deducirán del pago del medicamento o medicamentos correspondientes a favor de **EL PROVEEDOR**, señalándose, además, que, por supuesto se ejecutaría la Garantía de Cumplimiento, ante los atrasos amparados por dicha boleta bancaria, en el monto que corresponda, y sin perjuicio que se proceda la resolución del Contrato.

En caso de que se certifique el incumplimiento en la calidad de los productos entregados por **EL PROVEEDOR**, dará derecho a **EL FIDUCIARIO** de aplicar una multa adicional en concepto de atraso en el debido proceso e incumplimiento de las especificaciones técnicas del Contrato, por un monto de dos punto cincuenta por ciento (2.50%) del monto de la medicamento por cada mes de atraso, la cual se deducirá del pago pendiente del contrato, sin perjuicio del derecho de ejecutar la Garantía de Cumplimiento, Garantía de Calidad, la resolución del contrato (parcial o total), y de inhabilitar a **EL PROVEEDOR** en futuros procesos.



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

VI. LISTA DE REQUERIMIENTO

Los medicamentos requeridos son según lista a continuación:

| No. de ÍTEM | NOMBRE MEDICAMENTO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA | U.P. REQUERIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|-------------|---|---|----------------|--------------------|
| 1 | ALFAMETILDOPA 500 mg | Tableta de 500mg de Alfametildopa. En blíster o tiras. Administración: oral. | TAB | 413,008 |
| 2 | HIDRALAZINA (clorhidrato) 50 mg | Tableta de 50mg de hidralazina (clorhidrato). En blíster. Administración: oral. | TAB | 28,646 |
| 3 | FUROSEMIDA 10mg/mL | Solución inyectable de 10mg/mL de furosemida. En ampolla o vial resistente a la luz con 2mL. Vía de administración: IM,IV | AMP/VIAL | 268,795 |
| 4 | FUROSEMIDA 40 mg | Tableta ranurada de 40mg de furosemida. En blíster o tira. Administración: Oral | TAB | 4,254,793 |
| 5 | BISOPROLOL (fumarato o hemifumarato) 2.5mg | Tableta de 2.5mg de Bisoprolol (fumarato o hemifumarato). En blíster o tira. Administración: oral | TAB | 1,224,052 |
| 6 | ENALAPRIL (maleato) 5 mg | Tableta de 5mg de enalapril (maleato). En blíster o tiras. Administración: oral. | TAB | 111,907 |
| 7 | METFORMINA (clorhidrato) 850 mg | Tableta recubierta de 850mg de Metformina (clorhidrato) en blíster o tiras. Administración: oral. | TAB | 8,752,674 |
| 8 | GLIBENCLAMIDA 5 mg | Tableta de 5 mg de Glibenclamida, en blíster o tira. Administración: oral | TAB | 9,554,391 |
| 9 | METOTREXATO 2.5mg | Tableta de 2.5mg de metotrexato. En blíster. Administración: oral | TAB | 42,500 |
| 10 | VINBLASTINA (sulfato) 10 mg | Polvo estéril para reconstituir a solución inyectable o Solución inyectable de Vinblastina (sulfato) de 10mg. En vial resistente a la luz. Administración: IV | VIAL | 195 |
| 11 | AZATIOPRINA 50mg | Tableta de 50mg de azatioprina. En blíster Administración: oral. | TAB | 14,292 |
| 12 | FOLINATO DE CALCIO 50mg (Leucovorina cálcica) | Polvo estéril para reconstituir a solución inyectable o Solución inyectable de Folinato de calcio 50mg. En vial protegido de la luz. Administración: IV, IM | VIAL | 460 |



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

| No. de ÍTEM | NOMBRE MEDICAMENTO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA | U.P. REQUERIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|-------------|--|---|----------------|--------------------|
| 13 | DEXTROSA 5% + CLORURO DE SODIO 0.9% en 250 mL | Solución inyectable de Dextrosa al 5% más Cloruro de sodio al 0.9% en bolsa conteniendo 250 mL. Administración: IV | BOL | 25,874 |
| 14 | MISOPROSTOL 200 mcg | Tableta ranurada de Misoprostol 200mcg en blíster. Administración: oral | TAB | 26,719 |
| 15 | ERGONOVINA (maleato) (metilergometrina) 0.2 mg/1mL | Solución Inyectable al 0.2mg/mlde ergonovina (maleato) en ampolla protegida de la luz de 1mL. Administración: I.M. IV. | AMP | 12,654 |
| 16 | CALCIO (gluconato) 10% | Solución inyectable al 10% de Calcio (gluconato) (equivalente a 100mg/mL) en ampolla de 10mL. Administración: IV | AMP | 42,077 |
| 17 | ACIDO FOLICO 1 mg | Tableta de 1mg de ácido fólico. En blíster o tira. Vía de Administración: Oral | TAB | 22,805,523 |
| 18 | ACIDO FOLICO 5 mg | Tableta de 5mg de ácido fólico. En blíster o tira. Vía de Administración: Oral | TAB | 7,460,058 |
| 19 | NITROFURANTOÍNA 100mg | Tableta de 100mg de Nitrofurantoína. En blíster o tira. Administración: oral. | TAB | 172,904 |
| 20 | VITAMINA K1 (Fitomenadiona) 10mg/1mL | Solución inyectable con 10mg/mL de vitamina K1. Ampolla resistente a la luz de 1mL. Administración: IV,IM,SC | AMP | 52,262 |
| 21 | LITIO (carbonato) 300 mg | Tableta o cápsula de 300mg de litio (carbonato). En blíster o tira. Administración: oral | TAB/CAP | 602,688 |
| 22 | DICLOXACILINA (sódica) 125 mg/5mL | Polvo para reconstituir a suspensión oral. Cada 5 mL de suspensión contienen 125mg de dicloxacilina (125mg/5mL). Frasco resistente a la luz, de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 175,512 |
| 23 | CLARITROMICINA 250mg/5ml | Polvo para reconstituir a suspensión oral. Cada 5ml de suspensión contienen 250mg de claritromicina (250mg/5mL). En frasco resistente a la luz con capacidad para reconstituir a 60mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral. | FCO | 10,760 |



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

| No. de ÍTEM | NOMBRE MEDICAMENTO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA | U.P. REQUERIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|-------------|--|--|----------------|--------------------|
| 24 | CLINDAMICINA (palmitato) 75mg/5mL | Solución oral. Cada 5mL contiene 75mg de Clindamicina (palmitato). Frasco resistente a la luz, de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 7,129 |
| 25 | METRONIDAZOL (benzoato) 125mg/5mL | Suspension oral de Metronidazol (benzoato) 125mg/5mL en frasco resistente a la luz de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral. | FCO | 456,613 |
| 26 | DIFENHIDRAMINA 2.5mg/ml | Solución oral. Cada mL de solución contiene 2.5mg de difenhidramina (clorhidrato). En frasco resistente a la luz de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral | FCO | 333,123 |
| 27 | LORATADINA 1 mg/mL | Solución oral. Cada mL contiene 1 mg de loratadina (1mg/mL). Frasco resistente a la luz en volumen de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: Oral. | FCO | 128,169 |
| 28 | BECLOMETASONA (dipropionato) 50mcg/disparo | Suspensión para pulverización nasal con 50mcg/disparo de beclometasona (dipropionato) en frasco de polipropileno con válvula dosificadora y un adaptador/aplicador nasal con tapa protectora. Administración: nasal | FCO | 70,414 |
| 29 | FENOBARBITAL (sódico) 100 mg | Tableta de 100mg de fenobarbital (sódico) en blíster o tira. Administración: oral | TAB | 2,440,533 |
| 30 | VALPROATO (sódico) 200 mg/mL | Solución oral. Cada mL de solución contiene 200mg de valproato (sódico) (200mg/mL). Frasco de 40mL, resistente a la luz, acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL y mg. Administración: oral. | FCO | 29,154 |



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

| No. de ÍTEM | NOMBRE MEDICAMENTO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA | U.P. REQUERIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|-------------|--|--|----------------|--------------------|
| 31 | TOPIRAMATO 25mg | Tableta recubierta de 25mg de topiramato. En blíster, tira o frasco. Administración: oral | TAB | 85,604 |
| 32 | CLOZAPINA 100 mg | Tableta ranurada de 100mg de clozapina. En blíster. Administración: oral | TAB | 336,311 |
| 33 | RISPERIDONA 3 mg | Tableta recubierta de 3mg de risperidona. En blíster o tira. Administración: oral | TAB | 1,275,000 |
| 34 | AMITRIPTILINA (clorhidrato) 25 mg | Tableta ranurada de 25 mg de amitriptilina (clorhidrato). En blíster o tira. Administración: Oral. | TAB | 1,452,853 |
| 35 | OMEPRAZOL (sódico) 20mg | Capsula de 20mg de Omeprazol. En blíster o tira. Administración: oral. | CAP | 1,832,049 |
| 36 | HIOSCINA (butilbromuro) 20mg/mL | Solución inyectable de 20mg/mL de hioscina (butilbromuro). En ampolla o vial resistente a la luz de 1ml Administración: IV,IM | AMP | 138,930 |
| 37 | LACTULOSA 10 g/15 mL | Suspensión oral de 10g/15mL de lactulosa. Frasco resistente a la luz de 200-240mL. Administración: oral. | FCO | 5,683 |
| 38 | ACIDO ACETIL SALICILICO 100mg | Tableta de 100mg de ácido acetil salicílico. En blíster o tira. Administración: Oral | TAB | 8,066,085 |
| 39 | HIDROCORTISONA (succinato sódico) 500 mg | Polvo estéril para reconstituir a solución inyectable con 500mg de hidrocortisona (succinato sódico) en vial de vidrio, con o sin diluyente. Administración: IM,IV | VIAL | 210,143 |
| 40 | VALPROATO (sódico) 500 mg | Tableta recubierta de 500mg de Valproato (sódico) . En blíster aluminio/aluminio o tira de aluminio ambos lados. Administración: Oral | TAB | 1,759,316 |
| 41 | ETOPOSIDO (VP-16) 20 mg/mL | Solución inyectable de 20mg/ml de Etoposido. En vial protegido de la luz con 5mL de solución. Administración:IV | VIAL | 660 |
| 42 | EXEMESTANO 25 mg | Gragea de 25mg de exemestano, en blíster. Administración: oral | GG | 6000 |
| 43 | CISPLATINO 50mg | Solución inyectable o Polvo estéril para reconstituir a solución Inyectable de Cisplatino 50mg. En vial protegido de la luz. Administración: IV | VIAL | 1250 |



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

| No. de ÍTEM | NOMBRE MEDICAMENTO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA | U.P. REQUERIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|-------------|--------------------------------------|---|----------------|--------------------|
| 44 | NITROPRUSIATO de sodio 50mg/ml | Polvo estéril para reconstituir a solución inyectable de Nitroprusiato (sódico) 50mg/ml. En vial resistente a la luz. Administración: IV | VIAL | 5,111 |
| 45 | NIFEDIPINA 10 mg | Tableta o cápsula de acción rápida de 10mg de nifedipina, en blíster o tira. Administración: oral | TAB/CAP | 240,159 |
| 46 | NIFEDIPINA 20 mg | Tableta o cápsula de liberación prolongada de 20mg de nifedipina. En blíster o tira. Administración: oral. | TAB/CAP | 2,620,504 |
| 47 | VERAPAMILO (clorhidrato) 120mg | Tableta recubierta de liberación prolongada de 120mg de verapamilo (clorhidrato). En blíster. Administración: oral. | TAB | 632,280 |
| 48 | 5-FLUOROURACILO (5-FU) 50 mg/ml | Solución Inyectable con 50mg/ml de 5-Fluoracilo. En vial de 10ml. Administración: IV | VIAL | 2,500 |
| 49 | VINORELBINA (bitartrato) 10mg/mL | Solución inyectable de 10mg/mL de Vinorelbina (bitartrato). En vial resistente a la luz, de 10mL. Administración: IV | VIAL | 425 |
| 50 | BLEOMICINA (sulfato) 15 UI | Polvo liofilizado para reconstituir a solución Inyectable de Bleomicina (sulfato) 15 UI. En vial protegido de la luz. Administración: IV,IM, SC, IP (itrapleural) | VIAL | 250 |
| 51 | BICALUTAMIDA 50mg | Tableta recubierta con 50mg de bicalutamida. En blíster. Administración: oral. | TAB | 5,150 |
| 52 | DEXTROSA EN AGUA 10% en 250 mL | Solución inyectable de Dextrosa al 10% en bolsa conteniendo 250 mL. Administración: IV | BOL | 16,830 |
| 53 | VITAMINA K1 (Fitomenadiona) 1 mg/1mL | Solución inyectable con 1mg/mL de Vitamina K1. Ampolla resistente a la luz de 1mL. Administración: IV,IM,SC | AMP | 19,781 |
| 54 | MULTIVITAMINAS PEDIÁTRICAS | Solución Oral en frasco gotero de 120mL protegido de la luz. Cada frasco debe tener al menos la siguiente composición: Vitamina A: 1250 a 3750 UI, Vitamina D: 200 a 600 UI, Vitamina E: 5 a 15 UI, Vitamina C: 20 a 60 mg, Tiamina: 1 a 33 mg, Riboflavina: 0.4 a 1.2 mg, Piridoxina: 0.35 a 3.3 mg, Cianocobalamina: 4.5 µg, Nicotinamida: 4.5 a 13.5 mg, y puede contener: Hierro elemental: 5.0 a 15.0 mg y Flúor: 0.25 a 1mg | FCO | 932,367 |
| 55 | CLOZAPINA 25 mg | Tableta ranurada de 25mg de clozapina, en blíster. Administración: oral | TAB | 2,083 |



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

| No. de ÍTEM | NOMBRE MEDICAMENTO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA | U.P. REQUERIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|-------------|--|--|----------------|--------------------|
| 56 | RISPERIDONA 1 mg | Tableta recubierta de 1mg de risperidona. En blíster o tira. Administración: oral | TAB | 2,083 |
| 57 | DESKETOPROFENO 25mg/ml | Solución inyectable de 25mg/mL de dexketoprofeno (trometanol) en ampolla resistente a la luz de 2mL. Administración: IV,IM. | AMP | 317,823 |
| 58 | IMIPENEM (monohidrato) 500mg + CILASTATINA (sódica) 500mg. | Polvo estéril para reconstituir a solución inyectable de Imipenem (monohidrato) 500 mg + Cilastatina (sódica) 500mg, en vial. Administración: IV | VIAL | 32,388 |



VII. ANEXOS

ANEXO 1: Garantía de Mantenimiento de Oferta

GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO _____

GARANTIA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA No. _____

FECHA DE EMISION _____

AFIANZADO / GARANTIZADO _____

DIRECCION Y TELEFONO _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la OFERTA de las partidas No, _____, presentada en la Compra de Medicamentos No. CI FBO 2017-002

SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA _____

VIGENCIA De: _____ **Hasta:** _____

BENEFICIARIO: _____

CLAUSULA OBLIGATORIA: “LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A. COMO FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD CON DICHA INSTITUCIÓN BANCARÍA, SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE INCUMPLIMIENTO”.

Las garantías o fianzas emitidas a favor del BANCO DE OCCIDENTE, S.A. 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.



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

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 _____.

FIRMA AUTORIZADA



ANEXO 2: Carta Presentación de Oferta

Señores:

FIDEICOMISO BANCO DE OCCIDENTE, S.A.- SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD.
Tegucigalpa, M.D.C.

ATENCIÓN:

REF. Compra de Medicamentos para la Secretaría de Salud No. CI FBO 2017-002

Señores: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.

Actuando en mi condición de representante de la Empresa Mercantil denominada _____ por este medio DECLARO: haber obtenido y examinado las bases administrativas y listado de bienes y especificaciones técnicas de la COMPRA DE MEDICAMENTOS No. CI FBO 2017-002, cuyos bienes serán destinados a la SECRETARÍA DE SALUD y de conformidad con la misma, ofrezco suministrar: el total de los ítem ofertados objetos de esta Compra son _____ (número total de medicamentos ofertados) y los ítems ofertados son los siguientes (detallar el número del ítem de cada medicamento ofertado):

Oferta que asciende a un monto total de Lempiras

_____ (Letras y números).

Acepto que la forma de pago es en moneda nacional (Lempiras) y me comprometo a realizar la entrega de los bienes conforme al plazo establecido en el presente pliego de condiciones; de igual forma me comprometo a entregar los bienes en el lugar señalado para su recepción.

Asimismo, declaro que de resultar mi oferta como la más conveniente a los intereses del FIDUCIARIO, me comprometo a suscribir el contrato y aceptar desde ahora la(s) orden(es) de compra que se emita(n) al efecto. Rendir la Garantía de Cumplimiento correspondiente por el 15% de valor del contrato en Lempiras, la cual estará vigente por el tiempo ofertado de la entrega de los medicamentos.

De igual manera me comprometo a reponer sin costo alguno cualquier medicamento que antes de su fecha de expiración le sobrevinieren fallas imputables al suplidor por desperfectos físicos, químicos, microbiológicos o fallas de cualquier tipo.

Expresamente declaro que esta oferta permanecerá en absoluta vigencia por un período de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de entrega de la Oferta. Finalmente designo, nombre, cargo, dirección y teléfono de la persona que tiene plena autoridad para solventar cualquier reclamación que pueda surgir en relación con la oferta presentada como lo detallo a continuación.



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

NOMBRE: _____

CARGO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

La presente oferta consta de ____ folios útiles.

En fe de lo cual y para seguridad del FIDUCIARIO, firmo la presente a los

_____ días del mes de _____ del _____.

NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE

REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DE LA EMPRESA

(Se requiere el Nombre de la empresa PROVEEDOR, dirección, número de teléfono y fax y correo electrónico claramente identificados al inicio de la oferta y/o en la Página Índice.

Se requiere Nombre de la persona contacto, su número de teléfono fijo, celular y correo electrónico claramente identificados al inicio de la oferta, con suficientes facultades legales otorgadas mediante poder legalmente constituido para la toma de decisiones).



ANEXO 3: Cuadro Descriptivo de Productos y Precios

CUADRO DESCRIPTIVO DE PRODUCTOS Y PRECIOS

PROVEEDOR:

DIRECCION:

LABORATORIO FABRICANTE DEL PRODUCTO: _____

PAIS DE ORIGEN DEL PRODUCTO _____

REGISTRO SANITARIO No.: _____

VIGENCIA DEL REGISTRO: _____

FARMACOPEA: _____

TIEMPOS DE ENTREGA: _____

Vigencia del Producto: _____

COMPRA DE MEDICAMENTOS No. CI FBO 2017-001

| Ítem | Cantidad Ofertada | Unidad de Presentación | Nombre Genérico | Nombre Comercial | Descripción Técnica | Precios (Lempiras) | |
|------|-------------------|------------------------|-----------------|------------------|---------------------|--------------------|-------|
| | | | | | | Unitario | Total |
| | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA/SELLO _____

CARGO: _____



ANEXO 4: Garantía de Cumplimiento

GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE DE BANCO / ASEGURADORA

GARANTIA / FIANZA DE CUMPLIMIENTO No.

FECHA DE EMISION

GARANTIZADO / AFIANZADO

DIRECCION Y TELEFONO

Garantía / Fianza a favor de BANCO DE OCCIDENTE S.A., para garantizar que el Garantizado / Afianzado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, CUMPLIRA cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el CONTRATO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN SALUD EN EL MARCO DEL FIDEICOMISO DE ADMINISTRACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD ENTRE BANCO DE OCCIDENTE, S.A. Y _____ NOMBRE DEL PROVEEDOR _____, derivadas de la Notificación de Compra emitida por el Departamento de Fideicomisos de Banco de Occidente, S.A. de fecha ____ de ____ 2017, y/o sus enmiendas, para la Compra de Medicamentos para la Secretaría de Salud (SESAL) de la República de Honduras No. CI FBO 2017-002.

SUMA TOTAL GARANTIZADA/AFIANZADA:

VIGENCIA De: _____ **Hasta:** _____

BENEFICIARIO: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.

CLAUSULA OBLIGATORIA: “LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A. COMO FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD CON DICHA INSTITUCIÓN BANCARÍA, SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE INCUMPLIMIENTO”.

El Beneficiario ejecutara la Garantía de Cumplimiento inmediatamente que se incumpla la entrega de cada Ítem, ejecutando total o parcialmente la Garantía Bancaria o Fianza en la



TÉRMINOS DE REFERENCIA
ETAPA II: COMPRA DE MEDICAMENTOS CON PROVEEDORES REGISTRADOS
No. CI FBO 2017-002

proporción correspondiente al o los Ítems incumplidos. La Garantía Bancaria o Fianza continuara vigente por el resto de los Ítems que aun estén pendientes de Entrega.

Las garantías o fianzas emitidas a favor del Banco de Occidente, S.A, 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 Garantía / Fianza, en la ciudad de _____, Municipio de _____, a los _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA AUTORIZADA



ANEXO 5: GARANTÍA DE CALIDAD

GARANTÍA DE CALIDAD

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA DE CALIDAD : _____

FECHA DE EMISION : _____

AFIANZADO/GARANTIZADO : _____

DIRECCION Y TELEFONO : _____

Garantía / Fianza a favor de BANCO DE OCCIDENTE S.A. para garantizar la calidad de los Medicamentos adjudicados según CONTRATO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN SALUD EN EL MARCO DE UN FIDEICOMISO PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL PROCESO DE COMPRA TRANSPARENTE E INMEDIATA ENTRE EL BANCO DE OCCIDENTE, S.A. Y NOMBRE DEL PROVEEDOR, derivadas de la Notificación de Compra emitida por el Departamento de Fideicomisos de Banco de Occidente, S.A. de fecha ____ de ____ 20__, y/o sus enmiendas, para la Compra de Medicamentos para la Secretaría de Salud (SESAL) de la República de Honduras No. CI FBO 2017-002.

SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA: _____

VIGENCIA DE _____ **Hasta** _____

BENEFICIARIO: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.

CLAUSULA OBLIGATORIA: “LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A. COMO FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD CON DICHA INSTITUCIÓN BANCARÍA, SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE INCUMPLIMIENTO”.

Las garantías o fianzas emitidas a favor del Banco de Occidente, S.A. 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 _____, a los _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA AUTORIZADA



ANEXO 6: Acta de Compromiso de Reemplazo

Acta de Compromiso de Reemplazo

Nombre de la Empresa _____, Constitución de la Sociedad _____,
Autorizada por el Notario _____, el _____ de _____ del año _____,
inscrita en el Registro de Comerciantes Sociales del Registro Mercantil de con el número
tomo _____, No. _____ de Escritura Pública del representante legal de la Sociedad o
Empresa, autorizada por el Notario el _____ de _____ del año _____ inscrita en el
Registro antes referido con matrícula número _____ asiento No. _____.

Tipo/No. de Contrato:

Tipo/No. de Licitación:

Descripción del Producto con sus especificaciones:

Cantidad:

Monto (L):

Lote No.:

No. Ítem:

Fecha de Recepción:

Fecha de Expiración:

Cantidad sujeta a Reemplazar:

Por este Acto CERTIFICO que los productos entregados son de producción con fechas de expiración menor de dos años al momento de la recepción, que son de materia prima de calidad y me comprometo a reponer o reemplazarlos sin costo alguno de ser necesario con un periodo de expiración mayor o igual a dos años o en el caso de hemoderivados, igual a dieciocho meses; o si antes de la fecha de expiración sobrevienen fallas imputables al laboratorio fabricante, esto incluye el cumplimiento de las especificaciones técnicas de etiquetado de los embalajes primero y secundario, periodos contados a partir de la fecha de recepción, reemplazo que deberé realizar en el plazo que la Secretaría de Salud (SESAL) me notifique.

Ante el cual firmo y acepto la presente en Lugar _____ el día _____ del mes _____ de _____.

Firma del Representante Legal de la Empresa