



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

Tegucigalpa, M.D.C. 14 de junio de 2018
OFICIO No. 627-2018-ULMI

Licenciada
LESLY BARAHONA
Unidad de Transparencia
Secretaría de Salud
Su oficina

Asunto: Remisión de Términos de Referencia CI FBO 2018-009

Estimada Lic. Barahona

Reciba un cordial saludo, deseando el mejor de los éxitos en su gestión cotidiana.

Por medio del presente y en seguimiento a los Compromisos de Pactos de Integridad y Transparencia adjunto envío la siguiente documentación para su respectiva publicación en el Portal de Transparencia de la Secretaría de Salud (SESAL):

1. Términos de referencia CI FBO 2018-009
2. Enmienda No. 1 términos de referencia CI FBO 2018-009
3. Aclaración No. 1 términos de referencia CI FBO 2018-009

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

Agradeciendo la atención al presente.

Atentamente,



DRA. MARTA PAREDES VALLE
Directora de la Unidad de Logística De Medicamentos e Insumos

C: *Dra. Blanca Munguia- Coordinadora ASJ/Transparencia internacional.*
Dra. Anny Donaire- Enlace Pactos de Integridad ULMIE
Archivo.

**/Cintia Torres*



TÉRMINOS DE REFERENCIA

COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE
ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS No. CI FBO 2018-009

FIDEICOMISO DE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

01 DE JUNIO DE 2018



I. INVITACIÓN

Banco de Occidente, S.A. (BANCOCCI), tiene el agrado de invitarle a presentar ofertar en el Proceso de la Compra Abierta, Pública y Búsqueda de Alternativas para La Secretaría De Salud (SESAL), de conformidad con las condiciones establecidas en el presente documento.

II. MARCO LEGAL

- Decreto Ejecutivo PCM 021-2018 del 13 de abril de 2018 publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” No. 34,622 el 23 de abril de 2018.
- 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).
- Manual de Procedimiento de Compra de Medicamentos e Insumos de Salud para la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL).
- El presente Proceso de Compra se regirá por las disposiciones del Código de Comercio y de las demás Leyes Mercantiles en su defecto, por los usos y costumbres mercantiles y a falta de éstos, por las normas del Código Civil. Los usos y costumbres especiales y locales prevalecerán sobre los generales.
- De acuerdo con las Normativas emitidas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

III. INSTRUCCIONES PARA LOS OFERENTES

Las empresas 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 puede ser presentada hasta las **10:00 a.m. del lunes 11 de junio de 2018**; toda oferta fuera de este plazo no será aceptada.

b) APERTURA DE LAS OFERTAS

La apertura de las ofertas se realizará con el acompañamiento de los **PROVEEDORES** con las indicaciones siguientes:

Fecha: **lunes 11 de junio de 2018**

Hora: **10:30 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** y encuadradas en folder de dos o tres anillos. La oferta deberá presentarse foliada (páginas enumeradas consecutivamente). Los sobres estén rotulados de la siguiente manera:

***** OFERTA DE LA COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE
ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS No. CI FBO 2018-009 *****

**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; el Precio Unitario detallado en el Formulario suministrado en el Anexo 3, debe ser **EL PRECIO UNITARIO NETO**. 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 vigente por un periodo igual a la fecha de expiración de la validez de la oferta, comenzando su vigencia a partir de la fecha límite de recepción 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. **En dicho Cuadro deberán resaltar en el apartado de Observaciones toda información importante en la que se destaque si su Oferta es una alternativa a las condiciones establecidas en el presente Documento.**



Cuadro Descriptivo de Productos y Precios en Formato Excel: Adicionalmente al Formulario Anexo 3 a presentar en papel, se debe presentar el mismo en archivo electrónico **Excel** (unidad USB o CD editable) utilizando el archivo entregado junto a los Términos de Referencia, sin realizarle ninguna modificación al formato, únicamente completando los datos solicitados. Al momento de imprimir el archivo incluir solamente los ítems ofertados. La Unidad USB o CD debe ser entregada en sobre cerrado dentro del sobre de la oferta.

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) vigente, 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)**.
- Para los Proveedores que no han suscrito un Contrato de Suministros con BANCOCCI (EL FIDUCIARIO) deberán presentar adicionalmente los siguientes documentos:
 - Estados Financieros de los últimos 3 periodos fiscales
 - 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.

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 podrá remitirle a **EL FIDUCIARIO** durante los primeros tres (03) 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; y nvalle@bancocci.hn.

m) ACLARACIONES Y SUBSANACIONES SOBRE LAS OFERTAS PRESENTADAS

EL FIDUCIARIO podrá reservarse el derecho de solicitar a los **PROVEEDORES** aclaraciones, subsanaciones 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.

EL FIDUCIARIO no será responsable por ítems que sean rechazados o fracasados debido a la presentación por parte de EL PROVEEDOR de documentos vencidos, por error en la presentación de ofertas o cualquier otro que sea atribuible a EL PROVEEDOR.

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) NOTIFICACIÓN DE COMPRA Y FIRMA DE CONTRATO

El plazo entre la Notificación de Compra a **EL PROVEEDOR** y firma del contrato es de tres (3) días hábiles. El envío de la Notificación de Compra No representa la obligatoriedad de **EL FIDUCIARIO** para la suscripción del Contrato de Suministros; pudiendo **EL FIDUCIARIO** suspender la firma del contrato sin responsabilidad para las partes.

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 (L) 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 la firma del Contrato de Suministros. 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.

IV. CONDICIONES GENERALES

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

a) REQUERIMIENTO

Es Objeto de este Proceso de **COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL) No. CI FBO 2018-009**, un **(1) Medicamento** según Listado a Comprar detallados en el **numeral V 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, no se podrá realizar ningún incremento al mismo.

EL FIDUCIARIO podrá suspender o cancelar el proceso de compra de uno o más productos contenidos en el **numeral V Lista de Requerimiento**, previo a la firma del Contrato de Suministros, sin responsabilidad alguna ante los **PROVEEDORES** y sin proporcionar motivo o aviso alguno.

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	25% Inmediata (1-10 días calendario)
Segunda Entrega	25% a 45 días calendario
Tercera Entrega	25% a 90 días calendario
Cuarta Entrega	25% a 120 días calendario

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), que autorice su comercialización sin Registro Sanitario Vigente, 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”.

- 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).



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.

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 **COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS**, 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 ejecutar la Garantía de Cumplimiento, Garantía de Calidad, la resolución del contrato (parcial o total), y de inhabilitar a **EL PROVEEDOR** en futuros procesos.



V. LISTA DE REQUERIMIENTO

Los medicamentos requeridos son según lista a continuación:

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA
59	N05AH0201	CLOZAPINA 100 MG	Tableta ranurada de 100mg de clozapina. En blíster. Administración: oral	TAB	807,150



VI. 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 2018-009.

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 esta.
2. No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.



**TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009**

3. Si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el período de validez de esta, 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 2018-009

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 2018-009, 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 10% 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 sesenta (60) 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
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

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 2018-009

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 ____ 20____, y/o sus enmiendas, para la Compra de Medicamentos No. CI FBO 2018-009.

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 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.



**TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009**

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 2018-009.

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 Secretaria de Salud (SESAL) a través del Establecimiento de Salud Receptor me
notifique.

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

Firma del Representante Legal de la Empresa



TÉRMINOS DE REFERENCIA

COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL)

COMPRA DE MEDICAMENTOS No. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1

02 de junio de 2018

Los Proveedores interesados deben tomar en cuenta las modificaciones al documento para el proceso en referencia, para ser considerado en la preparación y presentación de sus ofertas.

- 1. SE MODIFICA** el numeral V Lista de Requerimiento y **SE INCLUYEN** 58 medicamentos, indicando los tiempos de entrega requeridos para cada uno de los medicamentos y el lugar de entrega, por lo tanto, la Lista de Requerimiento debe leerse así:

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
1	J01CR0200	AMOXICILINA (trihidrato) 250mg + Acido Clavulánico (como clavulanato de potasio) 62.5mg/5mL	Polvo para reconstituir a suspensión oral. Cada 5mL contienen Amoxicilina 250mgc + Acido Clavulánico (como clavulanato de potasio) 62.5mg. Frasco opaco de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral.	FCO	2,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
2	J01FA1001	AZITROMICINA (anhidra o dihidrato) 500mg	Tableta recubierta o cápsula de Azitromicina (anhidra o dihidrato) 500mg, en blister o tira. Administración: oral.	TAB/CAP	9,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
3	R03BA0100	BECLOMETASONA (dipropionato 50) mcg/disparo	Polvo para inhalación oral de 50mcg/disparo de beclometasona (dipropionato) con HFA (hidrofluoroalcanos). En envase de aluminio presurizado cerrado con 200 dosis. Administración: Inhalación Oral.	FCO	2,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
4	C07AB0701	BISOPROLOL (fumarato o hemifumarato) 10mg	Tableta de 10mg de Bisoprolol (fumarato o hemifumarato). En blister o tira. Administración: oral	TAB	15,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1
02 de junio de 2018

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
5	C07AB0700	BISOPROLOL (fumarato o hemifumarato) 2.5mg	Tableta de 2.5mg de Bisoprolol (fumarato o hemifumarato). En blister o tira. Administración: oral	TAB	21,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
6	A12AX00	CALCIO (carbonato) 600mg (elemental) + VITAMINA D 200 UI	Tableta 600mg de calcio elemental como carbonato de calcio más 200UI de Vitamina D. En blíster o tira. Administración: Oral	TAB	50,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
7	A07BA01	CARBON ACTIVADO 50g	Polvo para reconstituir a solución oral de carbón activado. Envase protegido de la luz con 50 gramos. Administración: oral.	FCO	10	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
8	J01DC01	CEFOXITINA (sódica) 1g	Polvo estéril para reconstituir a solución inyectable de Cefoxitina (sódica) 1g, en vial. Administración: IM,IV.	VIAL	200	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
9	J01FF0101	CLINDAMICINA (fosfato) 150mg/mL	Solución inyectable de Clindamicina (fosfato) 150mg/mL. Ampolla de 2mL. Administración: IM,IV	AMP	2,600	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
10	J01FF0100	CLINDAMICINA (palmitato) 75mg/5mL	Solución oral. Cada 5mL contiene 75mg de Clindamicina (palmitato). Frasco opaco de 100-120mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral	FCO	50	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
11	N03AE01	CLONAZEPAM 2 mg	Tableta biranurada de 2mg de clonazepam. En blíster, tira o frasco. Administración: oral	TAB	50,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
12	B01AC04	CLOPIDOGREL (bisulfato) 75mg	Tableta recubierta de 75mg de clopidogrel (bisulfato). En blíster o tira. Administración: Oral.	TAB	17,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
13	M04AC01	COLCHICINA 0.5 mg	Tableta de 0.5mg de colchicina. En Blíster o tira. Vía de Administración: oral.	TAB	700	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
14	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	500	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1
02 de junio de 2018

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
15	C01AA0502	DIGOXINA 0.25 mg/mL	Solución inyectable de 0.25mg/mL de digoxina, en ampolla de 2mL. Administración: IV.	AMP	200	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
16	C01CA07	DOBUTAMINA (clorhidrato) 12.5mg/mL	Solución inyectable de 12.5mg/mL de dobutamina (clorhidrato). Vial ó ampolla resistente a la luz con 10 - 20 mL. Administración: IV	VIAL	300	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
17	C09BA02	ENALAPRIL (maleato) AMPOLLA	Solución inyectable de 1.25mg/ml de Enalapril (maleato). En ampolla o vial de 1 - 2mL. Vía de administración: IV	AMP	600	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
18	J01GB03	GENTAMICINA (sulfato) 40mg/mL	Solución inyectable de gentamicina (sulfato) 40mg/mL, en vial o ampolla protegido de la luz, de 2mL. Administración:IM,IV.	VIAL	7,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
19	A10BB01	GLIBENCLAMIDA 5 mg	Tableta de 5 mg de glibenclamida, en blister o tira. Administración: oral	TAB	180,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
20	B01AB01	HEPARINA (sódica) 5,000UI/mL	Solución inyectable de 5000 UI/mL de Heparina (sódica) en vial de 5mL. Administración: IV,SC	VIAL	200	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
21	A02AB10	HIDROXIDO DE ALUMINIO 600mg + HIDROXIDO DE MAGNESIO 300 mg/5mL	Suspension oral - Cada 5 mL de suspensión contienen 600mg de Hidroxido de aluminio + 300 mg de Hidroxido de magnesio. Frasco resistente a la luz de 120-240mL. Administración: oral.	FCO	600	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
22	B03AA0701	HIERRO (sulfato) 300mg (equivalente a 60mg de hierro elemental)	Grageas de Hierro (sulfato) 300mg (equivalente a 60mg de hierro elemental). En tira o blíster resistente a la luz. Administración: oral	GG	190,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
23	A03BA0300	HIOSCINA (butilbromuro) 10mg	Tableta de 10mg de hioscina (butilbromuro). En blister o tira resistente a la luz. Administración:oral.	TAB	50,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
24	N06AA02	IMIPRAMINA (clorhidrato) 25 mg	Tableta recubierta de 25mg de imipramina (clorhidrato). En blíster o tira. Administración: Oral.	TAB	500	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1
02 de junio de 2018

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
25	J06BB02	INMUNOGLOBULINA humana antitetánica 250 U.I.	Vial con polvo liofilizado conteniendo Inmunoglobulina Humana antitetánica 250 U.I. + ampolla con disolvente contiene: Agua para Inyección 2 ml. o Jeringa prellenada que contiene una solución estéril de proteínas humanas conjuntamente con el anticuerpo de la toxina tetánica en concentración de 250 UI en solución. Administración intramuscular.	VIAL o JE/prellenada	850	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
26	C01DA14	ISOSORBIDE (mononitrato) 20 mg	Tableta ranurada de 20mg de isosorbide (mononitrato). En blister. Administración: oral.	TAB	9,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
27	N01AX03	KETAMINA (clorhidrato) 50mg/mL	Solución inyectable de Ketamina (clorhidrato) 50mg/mL en vial de 10mL. Administración: IM,IV.	VIAL	100	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
28	H03AA01	LEVOTIROXINA (sódica) 100 mcg	Tableta de 100mcg de levotiroxina (sódica). En blister o tiras. Administración: oral.	TAB	20,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
29	N01BB5206	LIDOCAINA (clorhidrato) 2% + epinefrina 1:80000 sin vasoconstrictor	Solución inyectable al 2% de Lidocaína (clorhidrato) (20mg/ml) + Epinefrina 1:80000 con o sin preservante; sin vasoconstrictor. En cartucho de vidrio de 1.8ml. Administración: bloqueo nervioso dental.	CART	600	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
30	N01BB0202	LIDOCAINA 2% (equivalente a 20mg/mL); sin preservantes derivados del parabeno)	Solución inyectable, al 2% (equivalente a 20mg/mL) de lidocaína sin preservantes derivados del parabeno, en vial de 50mL. Administración: SC, IM, IV.	VIAL	550	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
31	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	2,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
32	A10BA02	METFORMINA (clorhidrato) 850 mg	Tableta recubierta de 850mg de Metformina (clorhidrato) en blister o tiras. Administración: oral.	TAB	240,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1
 02 de junio de 2018

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
33	A03FA0100	METOCLOPRAMIDA 5 mg/ml	Solución inyectable de 5mg/ml de metoclopramida. Ampolla o vial resistente a la luz de 2ml. Administración: IM, IV.	AMP/VIAL	3,200	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
34	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	300	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
35	P01AB0101	METRONIDAZOL 500 mg	Solución inyectable de Metronidazol 5mg/mL en Vial o Bolsa de 100mL. Administración: IV	VIAL/BOL	7,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
36	G02AD06	MISOPROSTOL 200 mcg	Tableta ranurada de Misoprostol 200mcg en blister. Administración: oral	TAB	1,600	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
37	A11AA0301	MULTIVITAMINAS ADULTOS	Tableta de multivitaminas, en blister o tira resistente a la luz. administración: oral. Cada tableta o cápsula debe contener: Tiamina (clorhidrato): 1.0 a 10.0 mg Riboflavina (vit. B2): 1.0 a 10.0 mg Piridoxina (vit. B6): 2.0 a 5.0 mg Ácido pantoténico: 2.0 a 7.0 mg Nicotinamida (niacinamida): 10.0 a 100 mg Cianocobalamina (vit. B12): 3.0 a 5.0 µg Acetato de Alfatocoferol: 10.0 a 45 UI Retinol (vit. A): 2,000 a 10,000 UI Colecalciferol o ergocalciferol: 200 a 1,000 UI Vitamina C (ácido ascórbico): 30 a 90 mg Sulfato ferroso o hierro elemental: 15.0 a 60 mg Sulfato de cobre: 1.0 a 4.0 mg Fosfato de magnesio: 5.0 a 133 mg Cloruro, fosfato o sulfato de zinc: 3.0 a 25 mg	TAB/CAP	286,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
38	A11AA0302	MULTIVITAMINAS PEDIÁTRICAS	Solucion Oral en frasco gotero de 120mL protegido de la luz. Cada frasco debe contener la siguiente composición y concentraciones: Vitamina A: 1250 a 3750 UI Vitamina D2: 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 Hierro elemental: 5.0 a 15.0 mg Flúor: 0.25 a 1mg	FCO	5,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1
02 de junio de 2018

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
39	C08CA0500	NIFEDIPINA 10 mg	Tableta de acción rápida de 10mg de nifedipina, en blister o tira. Administración: oral	TAB	5,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
40	C08CA0501	NIFEDIPINA 20 mg	Tableta o cápsula de liberación prolongada de 20mg de nifedipina. En blister o tira. Administración: oral.	TAB/CAP	103,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
41	A02BC0100	OMEPRAZOL (sódico) 20mg	Capsula de 20mg de Omeprazol (sódico). En blister o tira. Administración: oral.	CAP	170,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
42	M03AC01	PANCURONIO (bromuro) 2mg/ml	Solución inyectable con 2mg/mL de pancuronio (bromuro) en ampolla 2ml. Administración: IV	AMP	100	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
43	A11HA02	PIRIDOXINA (Vitamina B6) (clorhidrato) 50 mg	Tableta o cápsula de 50mg de Piridoxina (Vitamina B6) en forma de clorhidrato. En blister o tira resistente a la luz. Administración: oral.	TAB/CAP	5,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
44	A02BA0201	RANITIDINA (clorhidrato) 75 mg/5ml	Suspensión oral. Cada 5ml de suspensión contienen 75mg de ranitidina (clorhidrato) (75mg/ 5ml. En frasco de 120 ml. Administración: oral	FCO	800	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
45	R03AC0201	SALBUTAMOL 2 mg/5ml	Solución oral. Cada 5mL de solución contienen 2mg de salbutamol (sulfato) Frasco resistente a la luz de 100ml-120 mL. Acompañado de medida dosificadora calibrada en escala fraccionada por mL o cc. Administración: oral.	FCO	100	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
46	M03AB01	SUCCINILCOLINA (cloruro) 50 mg/ml	Solución inyectable o Polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable con 50mg/mL de succinilcolina (cloruro) en ampolla o vial resistente a la luz . Administración: IV	VIAL	800	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
47	D06BA01	SULFADIAZINA DE PLATA 10 mg/g (1%)	Crema tópica con 10mg/g (equivalente a 1% p/p) de Sulfadiazina de Plata. En tubo de aluminio colapsable de 40-50 g. Administración: Tópica	TU	150	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1
02 de junio de 2018

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
48	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	28,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
49	C08DA01	VERAPAMILLO (clorhidrato) 120mg	Tableta recubierta de liberación prolongada de 120mg de verapamilo (clorhidrato). En blister. Administración: oral.	TAB	10,000	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
50	B01AA03	WARFARINA (sódica) 5 mg	Tableta ranurada de 5 mg de warfarina (sódica). En blíster o tira resistente a la luz. Administración: oral	TAB	1,200	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
51	V07AB0001	AGUA DESTILADA 500 mL	Solución inyectable de agua destilada, en bolsa de 500mL. Administración parenteral	Bolsa	1,845	100% Entrega Inmediata (1-10 días)	Hospital San Lorenzo, Valle
52	B05BB0201	DEXTROSA 5% + CLORURO DE SODIO 0.3% en 500 mL	Solución inyectable de Dextrosa al 5% más Cloruro de sodio al 0.3% en bolsa conteniendo 500 mL. Administración: IV	Bolsa	611	100% Entrega Inmediata (1-10 días)	Hospital San Lorenzo, Valle
53	B05BB0202	DEXTROSA 5% + CLORURO DE SODIO 0.45% en 500 mL	Solución inyectable de Dextrosa al 5% más Cloruro de sodio al 0.45% en bolsa conteniendo 500 mL. Administración: IV	Bolsa	726	100% Entrega Inmediata (1-10 días)	Hospital San Lorenzo, Valle
54	B05BB0203	DEXTROSA 5% + CLORURO DE SODIO 0.45% en 1000 mL	Solución inyectable de Dextrosa al 5% más Cloruro de sodio al 0.45% en bolsa conteniendo 1000 mL. Administración: IV	Bolsa	3,623	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
55	B05BA0301	DEXTROSA EN AGUA 10% en 500 mL	Solución inyectable de Dextrosa al 10% en bolsa conteniendo 500 mL. Administración: IV	Bolsa	240	100% Entrega Inmediata (1-10 días)	Hospital San Lorenzo, Valle
56	B05BB0206	LACTATO de sodio + electrolitos mixtos (solución Hartman) 1000 mL	Solución inyectable de lactato de sodio + electrolitos. Bolsa con 1000ml. Administración: IV. Cada 100ml contienen: Cloruro de Sodio: 0.6g Cloruro de Potasio: 0.03 - 0.04g Cloruro de Calcio: 0.02 - 0.027g Lactato de Sodio: 0.31- 0.312g Composición iónica en mEqq/L: Sodio: 130 -131 Potasio: 4 - 5.4 Calcio: 1.8 -2.7 Cloruro: 109 -112 Lactato: 27.7 -28	Bolsa	2,520	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE
SALUD (SESAL)
COMPRA DE MEDICAMENTOS NO. CI FBO 2018-009

ENMIENDA No. 1
02 de junio de 2018

No. de ÍTEM	CÓDIGO ATC	NOMBRE MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA REQUERIDA	U.P. REQUERIDA	CANTIDAD REQUERIDA	TIEMPO DE ENTREGA (DÍAS CALENDARIO) REQUERIDOS	LUGAR DE ENTREGA
57	B05XA0301	SODIO (cloruro) 0.9% en 1000 mL	Solución inyectable de sodio (cloruro) al 0.9%. En bolsa conteniendo 1000 mL. Administración: IV	Bolsa	8,040	40% en 30 días y 60% en 60 días	Hospital San Lorenzo, Valle
58	B05XA0303	SODIO (cloruro) 0.9% en 500 mL	Solución inyectable de sodio (cloruro) al 0.9%. En bolsa conteniendo 500 mL. Administración: IV	Bolsa	1,800	40% Entrega Inmediata (1-10 días) y 60% en 30 días	Hospital San Lorenzo, Valle
59	N05AH0201	CLOZAPINA 100 MG	Tableta ranurada de 100mg de clozapina. En blíster. Administración: oral	TAB	807,150	25% Inmediata (1-10 días), 25% a 45 días, 25% a 90 días y 25% a 120 días	Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI)

En total, es Objeto de este Proceso de COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL) No. CI FBO 2018-009, cincuenta y nueve (59) Medicamentos.

- SE MODIFICA** el inciso c) LUGAR DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS – Condiciones Generales, el cual debe leerse: *La entrega de los medicamentos se realizará en el lugar detallado en el numeral V Lista de Requerimiento.*
- SE MODIFICA** el inciso d) PLAN DE ENTREGA – Condiciones Generales, el cual debe leerse: *Se solicita que la entrega de los medicamentos se realice en los Tiempos de Entrega detallados en el numeral V Lista de Requerimiento.*

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.

El resto del documento permanece sin modificaciones.

DEPARTAMENTO DE FIDEICOMISOS
BANCO DE OCCIDENTE, S.A.



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA
SECRETARÍA DE SALUD (SESAL)
No. CI FBO 2018-009

ACLARACIONES A PROVEEDORES No. 1

07 de junio de 2018

Los Proveedores interesados deben tomar en cuenta las siguientes aclaraciones al documento para el proceso en referencia, para ser considerado en la preparación y presentación de sus ofertas, de acuerdo con consultas realizadas sobre las condiciones establecidas en los Términos de Referencia:

Aclaración No. 1: La fecha Límite para la presentación de Ofertas es hasta las **10:00 a.m. del lunes 11 de junio de 2018**; toda oferta fuera de este plazo no será aceptada.

Aclaración No. 2: 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, según se contempla en la sección IV. CONDICIONES GENERALES, inciso **b) OFERTAS ALTERNATIVAS**, página 8 de los Términos de Referencia.

Aclaración No. 3: La entrega de los medicamentos se realizará según se detalla en la columna "**Lugar de Entrega**" de la Lista del Requerimiento que se detalla en la Enmienda 1 a los Términos de Referencia, numeral 1 y 2.

Aclaración No. 4: El Plan de Entregas requerido es el que se detalla en la columna "**Tiempos de Entrega (días calendario requeridos)**" de la Lista del Requerimiento que se detalla en la Enmienda 1 a los Términos de Referencia, numeral 1 y 3.



TÉRMINOS DE REFERENCIA
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA
SECRETARÍA DE SALUD (SESAL)
No. CI FBO 2018-009

Aclaración No. 5: La Secretaría de Salud (SESAL) a través del Establecimiento Receptor, puede solicitar se realicen análisis de calidad a los medicamentos durante su vida útil y cuando lo estime conveniente, de acuerdo con lo establecido en la sección IV. CONDICIONES GENERALES, inciso j) INSPECCIONES Y PRUEBAS DE ANÁLISIS DE CALIDAD, página 15 de los Términos de Referencia.

**DEPARTAMENTO DE FIDEICOMISOS
BANCO DE OCCIDENTE, S.A.**