

San Lorenzo Valle, 23 de agosto 2021.

Licenciada

**Lesly Barahona Vivas**

Jefe de la Unidad de Transparencia Secretaria de Salud  
Su Oficina

Estimada Licenciada Barahona,

Adjunto a la presente se remite proceso orden de compra No. 191-2021  
Fondos Nacionales, Hospital San Lorenzo.

No se reporta pago de planilla, ni donaciones.

Agradeciendo su atención a la presente.

Atentamente,



Lic. Miriam Reyes  
Gestión Financiera



**ORDEN DE COMPRA**

NO.

OC-191-2021

|                         |  |                           |  |
|-------------------------|--|---------------------------|--|
| <b>Unidad Ejecutora</b> | Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo   |                           |  |
| <b>Lugar</b>            | San Lorenzo, Valle   |                           |  |
| <b>Fecha</b>            | 4 de agosto de 2021  |                           |  |
| <b>Nombre Proveedor</b> | <b>DROGUERIA PROCONSUMO SA DE CV</b>   |                           |  |
| <b>Dirección</b>        | Col. 21 de Octubre, Anillo Periferico, desvío a Valle de Angeles, Complejo de Bodegas contigua a Alutech |                           |  |
| <b>Teléfono</b>         | 22681410 / 22211259  |                           |  |
| <b>RTN</b>              | 08019995253766   | <b>Correo electrónico</b> |  |

**ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA**

| AÑO  | FUENTE | PROGRAMA | GRUPO DE GASTO | TIPO DE GASTO |         |       |
|------|--------|----------|----------------|---------------|---------|-------|
| 2021 | 11     |          | 30000          | CORRIENTE     | CAPITAL | DEUDA |
|      |        |          |                | X             |         |       |

Valores en Lempiras

| Objeto de Gasto  | Cantidad | Presentación  | Descripción   | Precio Unitario  | Precio Total |
|--|----------|---------------|---|------------------|--------------|
| 35210  | 36       | JERINGA PRELI | <b>TOCILIZUMAB 162 MG/0.9 ML -</b><br>TOCILIZUMAB 162 MG/0.9 ML | 4,757.39         | 171,266.04   |
| SON: CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS Y 04 / 100 LEMPIRAS |          |               |   | <b>SUB TOTAL</b> | L 171,266.04 |
|  |          |               |   | <b>15% ISV</b>   | L 0.00       |
|  |          |               |   | <b>TOTAL</b>     | L 171,266.04 |

Elaborado por:

Aprobado por:

Jefe de Logística y Suministros

Dirección Ejecutiva

**Nota:**

Notas: Entrega Inmediata

\*\*El Comprador al momento de recibir los productos solicitados en la presente Orden de Compra, deberá verificar que los mismos cumplen con las especificaciones así como con la calidad y entrega estipuladas en la Invitación a Cotizar, de no ser así podrá rechazar la recepción de los mismos.

\*\*El Proveedor tiene la obligación de reponer el producto defectuoso en el plazo establecido por la Fundación, de no ser así se procederá conforme a la Ley.

\*\*El plazo de cumplimiento de la Orden de Compra es efectivo a partir de la notificación por escrito de la Adjudicación de la Orden de Compra; en aplicación al artículo 72 de la Ley de Contratación del Estado la Fundación puede aplicar la multa diaria vigente establecida en las Disposiciones Generales del Presupuesto.

# FUNDACION HOSPITAL SAN LORENZO, VALLE

Colonia Morazán San Lorenzo, Valle

Tel.: 2781- 1434

## ACTA DE RECEPCIÓN



Fecha 05/08/2021

Hora 4:30PM

Por este medio, hacemos constar que hemos recepcionado de la Empresa:

**DROGUERIA PROCONSUMO SA DE CV**

los bienes y/o servicios que fueron adquiridos mediante **FACTURA N. 000-001-01-00529719 / OC-191-2021**

Según Comprobante de Entrega No **05082021-01** que se detallan a continuación:

### Transacción 1726

Original

| # | Número de artículo | Descripción               | Unidad de medida | Cantidad | Precio       | Ctd.(UM inventario) | Total          |
|---|--------------------|---------------------------|------------------|----------|--------------|---------------------|----------------|
| 1 | 4000-334           | TOCILIZUMAB 162 MG/0.9 ML | RELLENADA        | 36       | LPS 4,757.39 | 36                  | LPS 171,266.04 |

Fecha de vencimiento 05/08/2021

Empleado del departamento de ventas: -Ningún empleado del departamento de ventas-

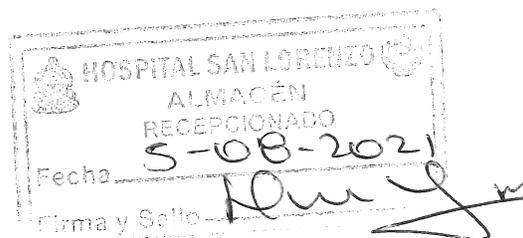
Condiciones de pago: A 30 Días

Impuesto

Total

LPS 171,266.04

Los bienes y/o servicios, antes descritos han sido previamente verificados, se encuentran físicamente en buen estado y han sido recibidos con satisfacción, por lo cual se firma la presente acta de recepción en, San Lorenzo Valle, 05/08/2021 .



Recibi conforme:

Comprobante N° 05082021-01

COMPROBANTE DE ENTREGA

Señores(as): Hospital San Lorenzo (HSL)

Por medio de la presente hacemos constar la entrega de:

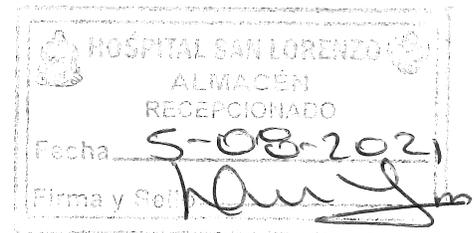
| CANTIDAD | UNIDAD  | DESCRIPCION             | LOTE     | AÑO DE VENCIMIENTO |
|----------|---------|-------------------------|----------|--------------------|
| 36       | Jeringa | Tocilizumab 162mg/0.9ml | B1143B19 | 01/2023            |

Laboratorio Fabricante: VETTER PHARMA FERTIGUNG

Nombre Comercial: Actemra 162mg/0.9ml, solución Inyectable

Orden de Compra: 191-2021

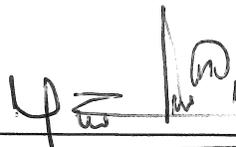
Precio por cada jeringa: LPS 4,757.39



Tegucigalpa M.D.C 05 de agosto del 2021

  
DROGUERÍA  
PROCONSUMO  
Apartado 190, Tegucigalpa, Honduras

Departamento de Ventas  
Droguería Proconsumo  
Jose Medina

  
Recibi Conforme  
Hospital San Lorenzo  
5-8-2021  



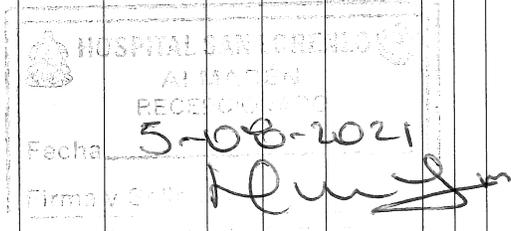

Droguería Proconsumo, S.A. de C.V. - RTN 08019995253766  
TEGUCIGALFA: Col. 21 de Octubre Final del anillo periférico - TEL: 2268-1410,2221-1259, Detalle TEL:2276-4740  
SAN PEDRO SULA: Complejo las Torres Logistics Center,33 calle, sector el Polvorín - Teléfono (+504) 2580-3253  
E-mail: legal@centroamericanconsulting.com CAI: EE84F6-78A2D9-854DAA-644431-57F361-70

Tipo de Documento: ORIGINAL

|  |                        |
|--|------------------------|
| Cliente:<br>Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo                | Código:<br>CC00001624  |
| RTN:<br>17099010303801   | Atención:              |
| Dirección:<br>Barrio Morazan, Barrio Morazan, 1709-SAN LORENZO, HONDURAS |                        |
| Ciudad:<br>1709-San Lorenzo  | Teléfono:<br>2781-1166 |

|  |                         |
|--|-------------------------|
| FECHA<br>05/08/2021                    | VENCE<br>04/09/2021     |
| TÉRMINOS DE PAGO<br>Crédito 30 Días    |                         |
| PEDIDO<br>2781-1166                    | REFERENCIA<br>110529719 |
| VENDEDOR<br>ZCS: Jose Eduardo Barahona |                         |

| Item    | Cant. | Descripción   | Lote          | Cant x Lote | Código Barra | P. Público | P. Unitario | P. Neto   | DTE% | DE%  | Descuentos y Rebajas Otorgadas | ISV ND | Importe    |
|---------|-------|---|---------------|-------------|--------------|------------|-------------|-----------|------|------|--------------------------------|--------|------------|
| 4014555 | 9     | Actemra 162 mg/0.9 ml, Solucion Inyectable 4 Jeringas Preenadas |               |             |              | 28,544.36  | 19,029.56   | 19,029.56 | 0.00 | 0.00 | 0.00                           | EXE N  | 171,266.04 |
|         |       |   | JN21-B1143B19 | 9           |              |            |             |           |      |      |                                |        |            |



Total a pagar en Lempiras: CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS Y 4/100

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>Notas:</b><br>Basado en Ofertas de ventas 726924. O/C 1912021 Basado en Pedidos de cliente 796913. Basado en Entregas 110765274. |                                  |
| Nro. orden compra exenta:   | Nro. const. del reg. exonerados: |
| Nro. registro de la SAG:  |                                  |

**FIRMA Y SELLO:**

**FECHA:** 5/8/21 **HORA:** 4:00 P.M.

|                      |    |                   |
|----------------------|----|-------------------|
| <b>Sub-Total</b>     | L. | 171,266.04        |
| Descuentos Otorgados | L. | 0.00              |
| <b>Sub-Total</b>     | L. | 171,266.04        |
| Importe Exento       | L. | 171,266.04        |
| Importe Gravado 15 % | L. | 0.00              |
| Importe Gravado 18 % | L. | 0.00              |
| Importe Exonerado    | L. | 0.00              |
| ISV 15%              | L. | 0.00              |
| ISV 18%              | L. | 0.00              |
| <b>Total a Pagar</b> | L. | <b>171,266.04</b> |

Estimado Cliente:  
Por su seguridad y la nuestra, por favor revise su mercadería antes de firmar y sellar esta factura. Asimismo, incluya la hora de recepción del producto.  
Si alguno de los productos que recibió se encuentra dañado, por favor presente su reclamo a más tardar en las próximas 24 horas.

Toda venta de productos refrigerados es No Devolutiva.  
Si cancela esta factura antes de 0 días recibirá un descuento por pronto pago en lempiras de 0.00

Desde: 000-001-01-00525001

Hasta: 000-001-01-00555000

Fecha Limite Emision: 12/07/2022

DTE: Descuento Tercera Edad DE: Descuento Especial ISV: Impuesto Sobre Venta EXE: Venta exenta EXO: Venta Exonerada OCE ND: No Devolutivo

Página 1 de 1

Para Pedidos llame a nuestro numero directo de Call Center 2268-1470 ó escribanos a nuestro whatsapp 9700-5811. Para Servicio al Cliente favor escribir al correo sac@proconsumo.hn.

Original: Cliente

Copia: Obligado tributario emisor



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

---

**NOTIFICACIÓN ADJUDICACIÓN ORDEN DE COMPRA No. OC-191-2021**

---

**Arlex Benitez** <arlex.benitez@proconsumo.hn>

5 de agosto de 2021, 09:36

Para: Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

CC: María de los Ángeles Mendoza &lt;mmendoza@hospitalsanlorenzo.com&gt;, Mirian Reyes &lt;mreyes@hospitalsanlorenzo.com&gt;, Danamy Lopez &lt;dlopez@hospitalsanlorenzo.com&gt;, Noel Matute &lt;nmatute@hospitalsanlorenzo.com&gt;, Jose Medina &lt;jose.medina@proconsumo.hn&gt;

Buen día Emerson.

Acusamos de recibido y procedemos a preparar su pedido.

Saludos.

[Texto citado oculto]

--

---

**Arlex Benítez**

Supervisor de Ventas Canal Hospitalares

 (+504) 2268-1410. Ext.147 Colonia 21 de Octubre - Final Anillo Periférico, salida a Valle de Ángeles.  
Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.**DROGUERÍA  
PROCONSUMO**



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

**NOTIFICACIÓN ADJUDICACIÓN ORDEN DE COMPRA No. OC-191-2021**

1 mensaje

4 de agosto de 2021, 18:28

Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

Para: Arlex Benitez &lt;arlex.benitez@proconsumo.hn&gt;

CC: María de los Ángeles Mendoza &lt;mmendoza@hospitalsanlorenzo.com&gt;, Mirian Reyes &lt;mreyes@hospitalsanlorenzo.com&gt;, Danamy Lopez &lt;dlopez@hospitalsanlorenzo.com&gt;, Noel Matute &lt;nmatute@hospitalsanlorenzo.com&gt;

**ESTIMADOS SEÑORES: "DROGUERIA PROCONSUMO S.A. DE C.V."**

Por este medio Estoy Notificando la Orden de Compra que encontrarán adjunta. Favor acusar recibido,

**Por favor tomar en cuenta la siguiente información al momento de elaborar la factura.**

Nombre: Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo

RTN 17099010303801

Teléfono: 2781-1166

Dirección, Barrio Morazán

**Para trámite de Pago favor adjuntar: la Solvencia Fiscal y Recibo a Nombre de la Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo**

**Así mismo entregar en almacén los siguientes documentos al momento de la entrega del producto:**

Factura Original a Nombre de la Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo

Comprobante de entrega

Si la entrega del producto es Parcial la Factura debe ser emitida por la cantidad entregada,

**Nota: De no Adjuntar los documentos Solicitados no se podrá recibir el producto.**

**Favor acusar de recibido.**

**Licdo. Emerson Sierra**  
**Jefe Logística y Suministros**  
**Hospital San Lorenzo, Valle**  
**Tel: +504 9443-2608**



 **OC-191-2021 DROGUERIA PROCONSUMO.pdf**  
1415K

## INFORME DE EVALUACIÓN Y ADJUDICACION

|   |   |
|---|---|
| <i>Modalidad de Compra</i>                        | <i>Invitación a Cotizar: FAHSL No.097-2021</i>                  |
| <i>Objetivo de Compra:</i>                        | <i>Adquisición de Medicamentos para el Hospital San Lorenzo</i> |
| <i>Fecha límite para presentación de ofertas:</i> | <i>04/08/2021</i>   |
| <i>Lugar en que se realizó la evaluación:</i>     | <i>Hospital San Lorenzo</i>                                     |
| <i>Fecha de evaluación:</i>                       | <i>04/08/2021</i>   |

**La Comisión Evaluadora fue integrada por los siguientes miembros:**

| <b>Nombre</b>          | <b>Cargo</b>                         |
|------------------------|--------------------------------------|
| <i>Hilda Granados</i>  | <i>Jefe de Hostería</i>              |
| <i>Danamy López</i>    | <i>Jefe de Almacén</i>               |
| <i>Francisco Lanza</i> | <i>Auxiliar de Bienes Nacionales</i> |

### I. INTRODUCCION

Se procedió a enviar la solicitud de cotización a las empresas que se detallan a continuación:

- **DROGUERIA PROCONSUMO**
- **DROGUERIA AMERICANA**
- **DROGUERIA RISCHBIETH S.A. (DRORISA)**
- **DROGUERIA SERVIMEDICA**
- **DROGUERIA GUARDADO**
- **FARMACEUTICA INTERNATIONAL S.A. DE C.V.**

El procedimiento de evaluación acordado por los miembros de la Comisión Evaluadora fue el siguiente:

- Verificación del cumplimiento de las Instrucciones Especiales pactadas en la cotización.
- Verificación del cumplimiento de las especificaciones solicitadas,
- Evaluación económica.

### II. EVALUACION

#### 1. Apertura

A continuación, se detallan las empresas que presentaron oferta en respuesta a esta Solicitud a Cotizar: (Ver anexo)

- **DROGUERIA PROCONSUMO**
- **FARMACEUTICA INTERNATIONAL S.A. DE C.V.**

#### 2. Verificación de cumplimiento de requisitos formales

- Las empresas que presentaron ofertas lo hicieron dentro del plazo fijado.

#### 3. Evaluación Económica y Reporte de Adjudicación

Cuadro Resumen de las Ofertas (Ver anexo II)

La verificación aritmética de los montos cotizados en las ofertas se realizó a partir de

*[Handwritten signatures and initials]*

las cantidades y el precio unitario ofertado; como resultado no se encontraron errores aritméticos.

#### **4. RECOMENDACION DE ADJUDICACION**

La Adquisición de Medicamentos para el Hospital San Lorenzo solicitados por Almacén del Hospital San Lorenzo se sometió a la modalidad de Compra mediante convocatoria a cotización con el objeto de promover la competencia en precio, "Conforme a lo establecido en el artículo; 38 y 63 de la Ley de Contratación del Estado, artículo: 139, 152; del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado y el artículo 71 de las Disposiciones Generales Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República Ejercicio Fiscal 2021" **Se recomienda la adjudicación de la siguiente manera:**

**Adjudicar a DROGUERIA PROCONSUMO:** La partida única (Oferta presentación de 162mg debido a que la presentación de 200mg se encuentra descontinuada). La Comisión de Evaluación de las ofertas recomienda realizar la adjudicación a DROGUERIA PROCONSUMO debio a:

1. El Almacén Central de Medicamentos de la SESAL no cuenta con existencia de Tocilizumab y de igual manera el Almacén del Hospital y la Farmacia se encuentran DESABASTECIDOS.
2. En base al Informe Técnico presentado por la Dirección Asistencial en el que manifiestan que el comportamiento a nivel hospitalario, indica un incremento en los casos, teniendo un promedio de 38 pacientes hospitalizados por día , que se catalogan tanto en condición estable y grave, siendo el promedio de pacientes graves el 21%.El paciente grave implica uso de mascarillas de reservorio, de mascarillas de alto flujo y uso de medicamentos, incluyendo tocilizumab que se debe principalmente a las siguientes condiciones: 1. La mayoría de los pacientes COVID-19,ingresan en Fase Pulmonar ,Etapa clínica II B, lo que aumenta el riesgo de desencadenar rápidamente la tormenta de citoquinas. 2. De acuerdo al Protocolo de Manejo Clínico del paciente adulto con COVID-19, según las etapas de la enfermedad (Septiembre 2020), en los pacientes con riesgo y/o en tormentas de citoquinas debe utilizarse Tocilizumab para modular la respuesta inmunológica del paciente. 3. Actualmente los servicios de salud a nivel nacional están agotados, por lo tanto, no existe disponibilidad para traslados de pacientes a hospitales y nacionales. Debido a lo anterior la Comisión de Evaluación de las ofertas recomienda realizar la adjudicación a DROGUERIA PROCONSUMO porque de 7 oferentes invitados a cotizar es el único que cuenta con el producto solicitado en presentación de 162mg.

**MONTO TOTAL NETO: CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS LEMPIRAS CON CUATRO CENTAVOS (LPS.171,266.04)**

Handwritten signatures and stamps in the bottom right corner of the page. There are three distinct signatures or initials, some with circular stamps around them.A faint, rectangular stamp or watermark located at the bottom center of the page.

Y para dar fe del acto, firman los suscritos miembros de la Comisión Evaluadora nominada para tal efecto, a los 4 días del mes de Agosto del 2021.

  
\_\_\_\_\_  
DANAMY LOPEZ  
JEFE DE ALMACÉN

  
\_\_\_\_\_  
FRANCISCO LANZA  
AUXILIAR DE BIENES NACIONALES

  
\_\_\_\_\_  
HILDA GRANADOS  
JEFE DE HOSTERIA



**Anexos:**

|              |            |   |
|--------------|------------|---|
| <b>Anexo</b> | <b>I</b>   | <b>Acta de Apertura de Ofertas</b>              |
| <b>Anexo</b> | <b>II</b>  | <b>Cuadro Resumen de Ofertas</b>                |
| <b>Anexo</b> | <b>III</b> | <b>Ofertas</b>                                  |
| <b>Anexo</b> | <b>IV</b>  | <b>Solicitudes de Invitaciones Cotizaciones</b> |
| <b>Anexo</b> | <b>V</b>   | <b>Solicitud de Adquisicion</b>                 |

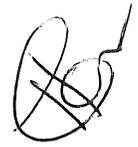
10/05/2013  
FR

**Anexo I**  
**Acta de Apertura de Ofertas**

Hung m  
FR



**Anexo II**  
**Cuadro Resumen de Ofertas**



Quirós



## RESUMEN DE INVITACIÓN A COTIZAR: 097-2021

| No | Cantidad | Presentación | DESCRIPCIÓN   | DROGUERIA PROCONSUMO |            | FARMACEUTICA INTERNACIONAL S.A. DE C.V. |    |
|----|----------|--------------|---|----------------------|------------|---|----|
|    |          |              |   | PU                   | PT         | PU                                      | PT |
| 1  | 36       | Vial         | TOCILIZUMAB 20MG/ML (EQ 200 MG/10ML) (EQUIVALENTE A 200MG/10ML) Vial de vidrio incoloro con concentrado para solución inyectable, en vial de 10 ml. Administración IV | 4,757.39             | 171,266.04 | SIN DISPONIBILIDAD DE INVENTARIO        |    |
| 2  |          |              |   |                      |            |   |    |
| 3  |          |              |   |                      |            |   |    |
|    |          |              | MONTO TOTAL ADJUDICADO  |                      | 171,266.04 |   |    |

Observaciones: Proconsumo oferta presentación de 162mg debido a que la presentación de 200mg se encuentra descontinuada. La omisión de Evaluación de las ofertas recomienda realizar la adjudicación a DROGUERIA PROCONSUMO debido a: 1. El Almacén central de Medicamentos de la SESAL no cuenta con existencia de Tocilizumab y de igual manera el Almacén del Hospital y la farmacia se encuentran DESABASTECIDOS. 2 En base al Informe Técnico presentado por la Dirección Asistencial en el que manifiestan que el comportamiento a nivel hospitalario, indica un incremento en los casos, teniendo un promedio de 38 pacientes hospitalizados por día, que se catalogan tanto en condición estable y grave, siendo el promedio de pacientes graves el 21%. El paciente grave implica uso de mascarillas de reservorio, de mascarillas de alto flujo y uso de medicamentos, incluyendo tocilizumab que debe principalmente a las siguientes condiciones: 1. La mayoría de los pacientes COVID-19, ingresan en Fase Pulmonar (Etapa Clínica II B), lo que aumenta el riesgo de desencadenar rápidamente la tormenta de citoquinas. 2. De acuerdo al Protocolo de Manejo Clínico del paciente adulto con COVID-19, según las etapas de la enfermedad (Septiembre 2020), en los pacientes con riesgo de tormenta de citoquinas debe utilizarse Tocilizumab para modular la respuesta inmunológica del paciente. 3. Actualmente los servicios de salud a nivel nacional están agotados, por lo tanto, no existe disponibilidad para traslados de pacientes a hospitales y regionales. Debido a lo anterior la Comisión de Evaluación de las ofertas recomienda realizar la adjudicación a DROGUERIA PROCONSUMO porque de 7 oferentes invitados a cotizar es el único que cuenta con el producto solicitado en presentación de 162mg.

  
DANAMY LOPEZ  
JEFE DE ALMACÉN

  
HILDA GRANADOS  
JEFE DE HOSTERÍA

  
FRANCISCO LANZA  
AUXILIAR DE BIENES NACIONALES



República de Honduras  
Secretaría de Salud

# TARJETA DE INVENTARIOS

1. Tarjeta No

|                             |  |                                  |  |                                     |
|-----------------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| 2. Código:                  | 3. Nombre de la Institución:<br>HOSPITAL "SAN LORENZO" | 4. Nivel:                        | 5. Departamental: 17   | 6. Almacén:<br>Farmacia:<br>Cocina: |
| 7. Fecha:                   | 8. Comprobante No.                                     | 9. Recibo de:<br>Despachado a:   | 10. Precio Unit.   | 11. CANTIDAD                        |
|                             |  |                                  |  | Entrada      Salida      Saldo      |
| 11-3-21                     | N de Remisión 434-ANT-ORH-BG                           | 2-21                             | Medicamento de emergencia para COVID-19, según hoja 16.1125-2021-17VME               | 100      -      100                 |
| 12-3-21                     | 17246  | Farmacia Emergencia              |  | -      40      60                   |
| 25-3-21                     | 18352  | Farmacia Consulta Externa        |  | -      20      40                   |
| 25-3-21                     | N de Remisión 530-ANT-CRH-BG                           | 2-21                             | Medicamento de emergencia para COVID-19, según hoja No. 14168-2021-ANMME hotel 04400 | 36      -      36                   |
| 26-3-21                     | 18356  | Farmacia de Emergencia           |  | -      40      36                   |
| 8-4-21                      | 18361  | Farmacia de Emergencia           |  | -      36      -                    |
| 15-4-21                     | N de Remisión 643-ANT-ODH-BG                           | 2-21                             | Emergencia COVID-19 según hoja No. 1741-2021-ANMME hotel 34051                       | 48      -      48                   |
| 24-6-21                     | 020504   | Farmacia Consulta Externa        |  | -      16      32                   |
| 28-6-21                     | 020507   | Farmacia Emergencia              |  | -      16      16                   |
| 2-7-21                      | 020509   | Farmacia Emergencia              |  | -      16      -                    |
| 12. Cantidad de Reposición: | 13. Tiempo de Entrega:                                 | 14. Nivel Mínimo de Existencias: | 15. Nivel Máximo de Existencias:   |                                     |
| 3. Código:<br>04400403      | 17. Artículo:<br>Lecitizumab 102mg/0.9 ml              | 18. Unidad de Medida:<br>ml      | Localización:  |                                     |

Formulario S-03

IMP. EL SOL CHOL TEL: 2782-0366 JUN-2020 // 2000 UNIDADES

*Handwritten signatures and initials:*  
  
 

**Anexo III  
Ofertas**

*Handwritten signature and initials*



FECHA: 03 DE AGOSTO DE 2021

**INVITACION A COTIZAR: FAHSL NO. 097-2021**

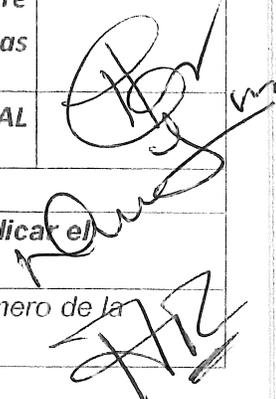
|  |  |
|--|--|
| Nombre del Oferente                    | FARMACEUTICA INTERNACIONAL S.A. DE C.V.  |
| RTN                                    | 08019003242474   |
| Dirección del Proveedor :              | Barrio la Granja, edificio Farinter, 26 calle N° 365, Comayagüela, M.D.C. Honduras |
| Teléfono                               | 2225-2718, Extensión: 117  |
| Identidad No.                          | -----  |
| Nombre del Titular del RTN o Identidad | -----  |
| Correo Electrónico                     | jocabrera@farinter.hn, compras@farinter.hn   |

**La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo, Valle: por este medio invita a presentar Cotización para los bienes y/o servicios que a continuación se detallan:**

| No. DE PARTIDA | CANTIDAD | PRESENTACION | DESCRIPCION   | PRECIO UNITARIO       | VALOR TOTAL                         |
|----------------|----------|--------------|---|-----------------------|-------------------------------------|
| 1              | 36       | Vial         | <b>TOCILIZUMAB 20 MG / ML (EQ 200 MG / 10 ML), (EQUIVALENTE A 200MG/10ML), Vial de vidrio incoloro con concentrado para solución inyectable .En vial de 10 ml. Administración: IV</b> | <b>SIN</b>            | <b>DISPONIBILIDAD DE INVENTARIO</b> |
|                |          |              | Nota: Se requiere entrega inmediata del producto solicitado, de no tener disponibilidad inmediata favor indicar el tiempo de entrega.   | Sub-Total             |                                     |
|                |          |              | Adjuntar Registro Sanitario del Producto Ofertado<br>** (Nota: Todas las Hojas de la Cotización deberán venir firmadas y selladas)  | Impuesto Sobre Ventas |                                     |
|                |          |              |   | TOTAL                 |                                     |

**I.- Instrucciones para la presentación de la Oferta:**

- 1.- La cotización deberá indicar el precio unitario por partida y el precio total. **Se deberá indicar el Impuesto Sobre Venta cuando aplique.**
- 2.-Presentar cotización debidamente **firmada y sellada en sobre cerrado** Indicando el Número de la Invitación a Cotizar.



|   |
|---|
| 3.-Cotizaciones con borrones, manchas y tachaduras no serán consideradas.   |
| 4.- El plazo de validez de la oferta será de 30 días a partir de la fecha de recepción de la Oferta.  |
| 5.- Fecha Máxima de entrega de la Oferta: <b>04 DE AGOSTO DEL 2021</b> , hasta las <b>2:00 PM</b> hora oficial de la República de Honduras.   |
| 6.- Adjuntar a su oferta fotocopia de:<br>a.- Registro Tributario Nacional (RTN).<br>b.- Permiso de Operación Vigente de la Empresa   |
| <b>II.- Condiciones Especiales :</b>  |
| 1.- La fecha de vencimiento de los bienes al momento de la recepción en el Almacén del Hospital deberá ser igual o mayor a doce (18) meses  |
| 2.- El Oferente se compromete: a reponer sin costo alguno para La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, Valle; Cualquier cantidad de bienes que no se ajustan estrictamente a las especificaciones solicitadas y que se presentan en la oferta, a los que le sobrevienen fallas imputables al suplidor por defectos físicos, químicos o irregularidades de cualquier tipo.  |
| 3.- Tiempo de entrega: Indicar en su oferta el tiempo de entrega del producto después de recibida la orden de compra aprobada. Pasado el tiempo de entrega se cobrará multa en función a lo establecido en las Disposiciones Presupuestarias del presupuesto de ingresos y egresos vigentes. El no colocar el tiempo de entrega en cada producto, se entiende que el producto es de entrega inmediata (El Hospital considera entrega inmediata: 3 días hábiles después de notificada la Orden de Compra).   |
| <b>III.- CONDICIONES GENERALES:</b>   |
| 1.- Lugar de entrega: Hospital de San Lorenzo, Valle.   |
| 2.- Moneda y Forma de Pago: La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, efectuará el pago en moneda nacional (Lempira.) dentro de los 30 días calendarios después de la recepción de los bienes, mediante la emisión de cheque de caja del FIDEICOMISO que se mantiene en el Banco FICOHSA, a favor del proveedor debiéndose presentar para el mismo los siguientes documentos:<br>a.- Factura comercial a nombre de: Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo. RTN: 17099010303801<br>b.- Comprobante de Entrega.<br>c.- Recibo de pago firmado y sellado<br>d.- Solvencia Fiscal vigente |
| 3.- Las instrucciones, condiciones y especificaciones técnicas arriba indicadas constituyen la base de cualquier oferta y se consideran incluidas en ella, y formarán parte integral de la orden de compra; a su vez constituye la aceptación incondicional por el oferente de las condiciones generales, especiales y especificaciones Técnicas.<br><b>Por este medio declaro que he leído todas las condiciones de esta cotización y que cumplo con todos los requisitos aquí solicitados, para fe de lo cual firmo a continuación la presente.</b>   |
| Firma y Sello del oferente:   |
| Lugar y Fecha: 03 de agosto, 2021   |

*Handwritten signature and date: 03/08/2021*



Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>

# INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

Jorge Cabrera <jocabrera@farinter.hn>  
Para: Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>  
CC: compras@farinter.hn, Magin Sosa <msosa@farinter.hn>

3 de agosto de 2021, 18:32

Estimado Licdo. Sierra

Me comenta el proveedor que solo hay disponibilidad de la presentación de Tocilizumab 162 mg/0.9 ml, via de administración Subcutánea

Cantidad disponible de 14 cajas con la presentación comercial: CAJA CONTENIENDO 4 JERINGAS PRELLENADAS

Recordar que la entrega seria en las Instalaciones de Farinter.

Saludos



**Ing. Jorge Luis Cabrera Cáceres**  
Departamento de Compras Pharma

Tel.: (504) 2225-2718 Extensión: 117

Barrio la Granja Edificio Farinter, 26 calle N° 365  
Comayagüela, M.D.C. Honduras C.A.

✉ [Jocabrera@farinter.hn](mailto:jocabrera@farinter.hn)

🌐 [www.farinter.com](http://www.farinter.com)



[Texto citado oculto]

*Handwritten signatures and initials:*  
Top: A circular stamp or signature  
Middle: A large signature, possibly 'Hugo' or similar  
Bottom: Initials 'MR'



Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>

---

## INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

---

Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>  
Para: Jorge Cabrera <jocabrera@farinter.hn>  
CC: compras@farinter.hn, Magin Sosa <msosa@farinter.hn>

3 de agosto de 2021, 16:07

Estimado Ingeniero Cabrera,  
Le saludo cordialmente,  
Agradecemos su pronta respuesta,

En seguimiento a la Adquisición del Medicamento Tocilizumab 20 mg / ml (EQUIVALENTE A 200MG/10ML), queremos consultarle si cuentan con la disponibilidad de este medicamento en otra presentación??

Quedo muy atento a su comunicación,

Saludos cordiales,

[Texto citado oculto]

--

[Texto citado oculto]

FECHA: 03 DE AGOSTO DE 2021

**INVITACION A COTIZAR: FAHSL NO. 097-2021**

|  |   |
|--|---|
| Nombre del Oferente                    | Droguería Proconsumo S.A. DE C.V.   |
| RTN                                    | 0801-9995-253766  |
| Dirección del Proveedor :              | Col. 21 de octubre, anillo periférico, desvió a Valle de Ángeles, complejo de bodegas contiguo a Alutech. |
| Teléfono                               | 2268-1410   |
| Identidad No.                          |   |
| Nombre del Titular del RTN o Identidad |   |
| Correo Electrónico                     | Jose.medina@proconsumo.hn   |

**La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo, Valle: por este medio invita a presentar Cotización para los bienes y/o servicios que a continuación se detallan:**

| No. DE PARTIDA | CANTIDAD | PRESENTACION | DESCRIPCION   | PRECIO UNITARIO              | VALOR TOTAL   |
|----------------|----------|--------------|---|------------------------------|---------------|
| 1              | 36       | Vial         | <b>TOCILIZUMAB 20 MG / ML (EQ 200 MG / 10 ML), (EQUIVALENTE A 200MG/10ML), Vial de vidrio incoloro con concentrado para solución inyectable. En vial de 10 ml. Administración: IV (Se oferta presentación de 162mg debido a que la presentación de 200mg se encuentra descontinuada.)</b> | L. 4,757.39                  | L. 171,266.04 |
|                |          |              | Nota: Se requiere entrega inmediata del producto solicitado, de no tener disponibilidad inmediata favor indicar el tiempo de entrega.   | <b>Sub-Total</b>             | L. 171,266.04 |
|                |          |              | Adjuntar Registro Sanitario del Producto Ofertado<br><br>** (Nota: Todas las Hojas de la Cotización deberán venir firmadas y selladas)  | <b>Impuesto Sobre Ventas</b> |               |
|                |          |              |   | <b>TOTAL</b>                 | L. 171,266.04 |

**I.- Instrucciones para la presentación de la Oferta:**

**1.- La cotización deberá indicar el precio unitario por partida y el precio total. Se deberá indicar el Impuesto Sobre Venta cuando aplique.**

- 2.- Presentar cotización debidamente **firmada y sellada en sobre cerrado** Indicando el Número de la Invitación a Cotizar.
- 3.- Cotizaciones con borrones, manchas y tachaduras no serán consideradas.
- 4.- El plazo de validez de la oferta será de 30 días a partir de la fecha de recepción de la Oferta.
- 5.- Fecha Máxima de entrega de la Oferta: **04 DE AGOSTO DEL 2021, hasta las 2:00 PM** hora oficial de la República de Honduras.

- 6.- Adjuntar a su oferta fotocopia de:
- a.- Registro Tributario Nacional (RTN).
- b.- Permiso de Operación Vigente de la Empresa

### II.- Condiciones Especiales :

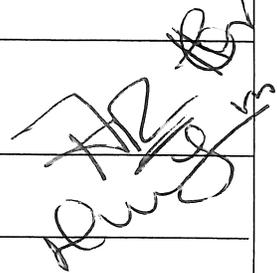
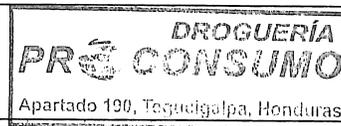
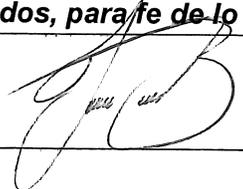
- 1.- La fecha de vencimiento de los bienes al momento de la recepción en el Almacén del Hospital deberá ser igual o mayor a doce (18) meses
- 2.- **El Oferente se Compromete:** a reponer sin costo alguno para La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, Valle; Cualquier cantidad de bienes que no se ajustan estrictamente a las especificaciones solicitadas y que se presentan en la oferta, a los que le sobrevienen fallas imputables al suplidor por defectos físicos, químicos o irregularidades de cualquier tipo.
- 3.- **Tiempo de entrega:** Indicar en su oferta el tiempo de entrega del producto después de recibida la orden de compra aprobada. Pasado el tiempo de entrega se cobrará multa en función a lo establecido en las Disposiciones Presupuestarias del presupuesto de ingresos y egresos vigentes. El no colocar el tiempo de entrega en cada producto, se entiende que el producto es de entrega inmediata (El Hospital considera entrega inmediata: 3 días hábiles después de notificada la Orden de Compra).

### III.- CONDICIONES GENERALES:

- 1.- **Lugar de entrega:** Hospital de San Lorenzo, Valle.
- 2.- **Moneda y Forma de Pago:** La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, efectuará el pago en moneda nacional (Lempira.) dentro de los 30 días calendarios después de la recepción de los bienes, mediante la emisión de cheque de caja del FIDEICOMISO que se mantiene en el Banco FICOHSA, a favor del proveedor debiéndose presentar para el mismo los siguientes documentos:
- a.- Factura comercial a nombre de: Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo. RTN: 17099010303801
- b.- Comprobante de Entrega.
- c.- Recibo de pago firmado y sellado
- d.- Solvencia Fiscal vigente
- 3.- **Las instrucciones, condiciones y especificaciones técnicas** arriba indicadas constituyen la base de cualquier oferta y se consideran incluidas en ella, y formarán parte integral de la orden de compra; a su vez constituye la aceptación incondicional por el oferente de las condiciones generales, especiales y especificaciones Técnicas.

**Por este medio declaro que he leído todas las condiciones de esta cotización y que cumplo con todos los requisitos aquí solicitados, para fe de lo cual firmo a continuación la presente.**

Firma y Sello del oferente:



Lugar y Fecha: Tegucigalpa M.D.C 04 de agosto del 2021

**Anexo IV**  
**Solicitud de Invitaciones a**  
**Cotizar**

  
Henry M  
HR



FECHA: 03 DE AGOSTO DE 2021

**INVITACION A COTIZAR: FAHSL NO. 097-2021**

|  |  |
|--|--|
| Nombre del Oferente                    |  |
| RTN                                    |  |
| Dirección del Proveedor :              |  |
| Teléfono                               |  |
| Identidad No.                          |  |
| Nombre del Titular del RTN o Identidad |  |
| Correo Electrónico                     |  |

**La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo, Valle: por este medio invita a presentar Cotización para los bienes y/o servicios que a continuación se detallan:**

| No. DE PARTIDA | CANTIDAD | PRESENTACION | DESCRIPCION   | PRECIO UNITARIO              | VALOR TOTAL |
|----------------|----------|--------------|---|------------------------------|-------------|
| 1              | 36       | Vial         | <b>TOCILIZUMAB 20 MG / ML (EQ 200 MG / 10 ML),</b><br>(EQUIVALENTE A 200MG/10ML), Vial de vidrio incoloro con concentrado para solución inyectable .En vial de 10 ml.<br>Administración: IV |                              |             |
|                |          |              | Nota: Se requiere entrega inmediata del producto solicitado, de no tener disponibilidad inmediata favor indicar el tiempo de entrega.   | <b>Sub-Total</b>             |             |
|                |          |              | Adjuntar Registro Sanitario del Producto Ofertado<br>** (Nota: Todas las Hojas de la Cotización deberán venir firmadas y selladas)  | <b>Impuesto Sobre Ventas</b> |             |
|                |          |              |   | <b>TOTAL</b>                 |             |

**I.- Instrucciones para la presentación de la Oferta:**

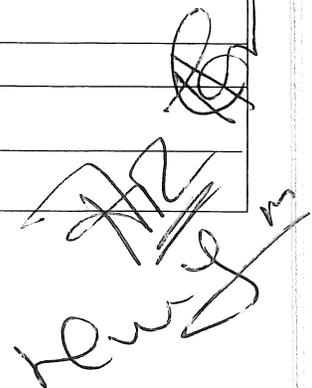
1.- La cotización deberá indicar el precio unitario por partida y el precio total. **Se deberá indicar el Impuesto Sobre Venta cuando aplique.**

2.-Presentar cotización debidamente **firmada y sellada en sobre cerrado** Indicando el Número de la Invitación a Cotizar.

3.-Cotizaciones con borrones, manchas y tachaduras no serán consideradas.

4.- El plazo de validez de la oferta será de 30 días a partir de la fecha de recepción de la Oferta.

|  |
|--|
| <b>5.- Fecha Máxima de entrega de la Oferta: 04 DE AGOSTO DEL 2021, hasta las 2:00 PM hora oficial de la República de Honduras.</b>  |
| <b>6.- Adjuntar a su oferta fotocopia de:</b><br>a.- Registro Tributario Nacional (RTN).<br>b.- Permiso de Operación Vigente de la Empresa   |
| <b>II.- Condiciones Especiales :</b>   |
| <b>1.- La fecha de vencimiento de los bienes al momento de la recepción en el Almacén del Hospital deberá ser igual o mayor a doce (18) meses</b>  |
| <b>2.- El Oferente se Compromete:</b> a reponer sin costo alguno para La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, Valle; Cualquier cantidad de bienes que no se ajustan estrictamente a las especificaciones solicitadas y que se presentan en la oferta, a los que le sobrevienen fallas imputables al suplidor por defectos físicos, químicos o irregularidades de cualquier tipo.  |
| <b>3.- Tiempo de entrega:</b> Indicar en su oferta el tiempo de entrega del producto después de recibida la orden de compra aprobada. Pasado el tiempo de entrega se cobrará multa en función a lo establecido en las Disposiciones Presupuestarias del presupuesto de ingresos y egresos vigentes. El no colocar el tiempo de entrega en cada producto, se entiende que el producto es de entrega inmediata (El Hospital considera entrega inmediata: 3 días hábiles después de notificada la Orden de Compra).   |
| <b>III.- CONDICIONES GENERALES:</b>  |
| <b>1.- Lugar de entrega:</b> Hospital de San Lorenzo, Valle.   |
| <b>2.- Moneda y Forma de Pago:</b> La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, efectuará el pago en moneda nacional (Lempira.) dentro de los 30 días calendarios después de la recepción de los bienes, mediante la emisión de cheque de caja del FIDEICOMISO que se mantiene en el Banco FICOHSA, a favor del proveedor debiéndose presentar para el mismo los siguientes documentos:<br>a.- Factura comercial a nombre de: Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo. RTN: 17099010303801<br>b.- Comprobante de Entrega.<br>c.- Recibo de pago firmado y sellado<br>d.- Solvencia Fiscal vigente |
| <b>3.- Las instrucciones, condiciones y especificaciones técnicas</b> arriba indicadas constituyen la base de cualquier oferta y se consideran incluidas en ella, y formarán parte integral de la orden de compra; a su vez constituye la aceptación incondicional por el oferente de las condiciones generales, especiales y especificaciones Técnicas.<br><b>Por este medio declaro que he leído todas las condiciones de esta cotización y que cumplo con todos los requisitos aquí solicitados, para fe de lo cual firmo a continuación la presente.</b>   |
| <b>Firma y Sello del oferente:</b>   |
| <b>Lugar y Fecha:</b>  |





Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>

# INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

1 mensaje

Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>

3 de agosto de 2021, 12:32

Para: Arlex Benitez <arlex.benitez@proconsumo.hn>, Jose Medina <jose.medina@proconsumo.hn>

## **BUEN DÍA ESTIMADOS SEÑORES: "DROGUERÍA PROCONSUMO"**

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo les invita a participar y presentar Ofertas para la **"ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"**

A los interesados en participar les rogamos revisar las Condiciones de la Invitación y enviarnos sus ofertas debidamente firmadas y selladas en sobre cerrado a más tardar el día **Miércoles 04 de Agosto del 2021, antes de las 2:00pm** a la siguiente dirección: Depto. de Logística y Suministros, Hospital San Lorenzo, dos cuerdas abajo del Hotel y Club Morazán, San Lorenzo, Valle.

**Acompañar a su oferta los documentos solicitados en el Numeral 6 Instrucciones a los Oferentes de la Invitación a Cotizar :**

**La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, para efectuar el pago solicitará los siguientes documentos:**

1. Factura Comercial a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
2. Comprobante de Entrega
3. Recibo de Pago Firmado y Sellado a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
4. Solvencia Fiscal Vigente

### **Favor acusar de recibido**

Estaremos atentos a cualquier duda o consulta.

Atentamente,

**Licdo. Emerson Sierra**  
Jefe Logística y Suministros  
Hospital San Lorenzo, Valle  
Tel: +504 9443-2608



 INVITACION A COTIZAR NO. 097-2021 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL HSL.docx  
152K



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

## INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

1 mensaje

Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>  
Para: Grupo Biomed <grupobiomed2015@gmail.com>

3 de agosto de 2021, 17:10

### **BUEN DÍA ESTIMADOS SEÑORES: "DROGUERÍA RISCHBIETH S.A." (DRODISA)**

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo les invita a participar y presentar Ofertas para la "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

A los interesados en participar les rogamos revisar las Condiciones de la Invitación y enviarnos sus ofertas debidamente firmadas y selladas en sobre cerrado a más tardar el día **Miércoles 04 de Agosto del 2021, antes de las 2:00pm** a la siguiente dirección: Depto. de Logística y Suministros, Hospital San Lorenzo, dos cuadras abajo del Hotel y Club Morazán, San Lorenzo, Valle.

**Acompañar a su oferta los documentos solicitados en el Numeral 6 Instrucciones a los Oferentes de la Invitación a Cotizar :**

**La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, para efectuar el pago solicitará los siguientes documentos:**

1. Factura Comercial a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
2. Comprobante de Entrega
3. Recibo de Pago Firmado y Sellado a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
4. Solvencia Fiscal Vigente

### **Favor acusar de recibido**

Estaremos atentos a cualquier duda o consulta.

Atentamente,

**Licdo. Emerson Sierra**  
**Jefe Logística y Suministros**  
**Hospital San Lorenzo, Valle**  
**Tel: +504 9443-2608**



 INVITACION A COTIZAR NO. 097-2021 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL HSL.docx  
152K



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

## INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

1 mensaje

Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

3 de agosto de 2021, 12:42

Para: Dennis Torres &lt;dennis.torres@drorisa.com&gt;

### **BUEN DÍA ESTIMADOS SEÑORES: "DROGUERÍA RISCHBIETH S.A." (DRODISA)**

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo les invita a participar y presentar Ofertas para la **"ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"**

A los interesados en participar les rogamos revisar las Condiciones de la Invitación y enviarnos sus ofertas debidamente firmadas y selladas en sobre cerrado a más tardar el día **Miércoles 04 de Agosto del 2021, antes de las 2:00pm** a la siguiente dirección: Depto. de Logística y Suministros, Hospital San Lorenzo, dos cuadras abajo del Hotel y Club Morazán, San Lorenzo, Valle.

**Acompañar a su oferta los documentos solicitados en el Numeral 6 Instrucciones a los Oferentes de la Invitación a Cotizar :**

**La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, para efectuar el pago solicitará los siguientes documentos:**

1. Factura Comercial a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
2. Comprobante de Entrega
3. Recibo de Pago Firmado y Sellado a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
4. Solvencia Fiscal Vigente

### **Favor acusar de recibido**

Estaremos atentos a cualquier duda o consulta.

Atentamente,

**Licdo. Emerson Sierra**  
**Jefe Logística y Suministros**  
**Hospital San Lorenzo, Valle**  
**Tel: +504 9443-2608**



 INVITACION A COTIZAR NO. 097-2021 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL HSL.docx  
152K



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

## INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

1 mensaje

Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

3 de agosto de 2021, 12:35

Para: matutevicente &lt;matutevicente@yahoo.es&gt;

CC: Lourdes Osorio &lt;losorio@damericana.com&gt;, Yisela Andino &lt;yandino@damericana.com&gt;

### **BUEN DÍA ESTIMADOS SEÑORES: "DROGUERÍA AMERICANA"**

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo les invita a participar y presentar Ofertas para la "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

A los interesados en participar les rogamos revisar las Condiciones de la Invitación y enviarnos sus ofertas debidamente firmadas y selladas en sobre cerrado a más tardar el día **Miércoles 04 de Agosto del 2021, antes de las 2:00pm** a la siguiente dirección: Depto. de Logística y Suministros, Hospital San Lorenzo, dos cuerdas abajo del Hotel y Club Morazán, San Lorenzo, Valle.

**Acompañar a su oferta los documentos solicitados en el Numeral 6 Instrucciones a los Oferentes de la Invitación a Cotizar :**

**La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, para efectuar el pago solicitará los siguientes documentos:**

1. Factura Comercial a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
2. Comprobante de Entrega
3. Recibo de Pago Firmado y Sellado a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
4. Solvencia Fiscal Vigente

### **Favor acusar de recibido**

Estaremos atentos a cualquier duda o consulta.

Atentamente,

**Licdo. Emerson Sierra**  
**Jefe Logística y Suministros**  
**Hospital San Lorenzo, Valle**  
**Tel: +504 9443-2608**



INVITACION A COTIZAR NO. 097-2021 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL HSL.docx

152K



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

## INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

1 mensaje

Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

3 de agosto de 2021, 12:28

Para: Jorge Cabrera &lt;jocabrera@farinter.hn&gt;, compras@farinter.hn, Magin Sosa &lt;msosa@farinter.hn&gt;

**ESTIMADOS SEÑORES: "FARMACEUTICA INTERNACIONAL S. A. DE C.V."**

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo les invita a participar y presentar Ofertas para la "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

A los interesados en participar les rogamos revisar las Condiciones de la Invitación y enviarnos sus ofertas debidamente firmadas y selladas en sobre cerrado a más tardar el día **Miércoles 04 de Agosto del 2021, antes de las 2:00pm** a la siguiente dirección: Depto. de Logística y Suministros, Hospital San Lorenzo, dos cuerdas abajo del Hotel y Club Morazán, San Lorenzo, Valle.

**Acompañar a su oferta los documentos solicitados en el Numeral 6 Instrucciones a los Oferentes de la Invitación a Cotizar :**

**La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, para efectuar el pago solicitará los siguientes documentos:**

1. Factura Comercial a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
2. Comprobante de Entrega
3. Recibo de Pago Firmado y Sellado a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
4. Solvencia Fiscal Vigente

**Favor acusar de recibido**

Estaremos atentos a cualquier duda o consulta.

Atentamente,

**Licdo. Emerson Sierra**  
Jefe Logística y Suministros  
Hospital San Lorenzo, Valle  
Tel: +504 9443-2608



 INVITACION A COTIZAR NO. 097-2021 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL HSL.docx  
152K



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

## INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

1 mensaje

Emerson Sierra <esierra@hospitalsanlorenzo.com>  
Para: REYNIERY <ramaya@drogueriaguardado.com>

3 de agosto de 2021, 12:44

### **BUEN DÍA ESTIMADOS SEÑORES: "DROGUERÍA GUARDADOS"**

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo les invita a participar y presentar Ofertas para la **"ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"**

A los interesados en participar les rogamos revisar las Condiciones de la Invitación y enviarnos sus ofertas debidamente firmadas y selladas en sobre cerrado a más tardar el día **Miércoles 04 de Agosto del 2021, antes de las 2:00pm** a la siguiente dirección: Depto. de Logística y Suministros, Hospital San Lorenzo, dos cuadras abajo del Hotel y Club Morazán, San Lorenzo, Valle.

**Acompañar a su oferta los documentos solicitados en el Numeral 6 Instrucciones a los Oferentes de la Invitación a Cotizar :**

**La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, para efectuar el pago solicitará los siguientes documentos:**

1. Factura Comercial a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
2. Comprobante de Entrega
3. Recibo de Pago Firmado y Sellado a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
4. Solvencia Fiscal Vigente

### **Favor acusar de recibido**

Estaremos atentos a cualquier duda o consulta.

Atentamente,

**Licdo. Emerson Sierra**  
**Jefe Logística y Suministros**  
**Hospital San Lorenzo, Valle**  
**Tel: +504 9443-2608**



 INVITACION A COTIZAR NO. 097-2021 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL HSL.docx  
152K

*Handwritten signature and initials*



Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

## INVITACIÓN A COTIZAR NO. 097-2021 "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"

1 mensaje

Emerson Sierra &lt;esierra@hospitalsanlorenzo.com&gt;

3 de agosto de 2021, 12:43

Para: anabel.rodriguez@drogueriaservimedica.com

### **BUEN DÍA ESTIMADOS SEÑORES: "DROGUERÍA SERVIMEDICA"**

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo les invita a participar y presentar Ofertas para la **"ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL SAN LORENZO"**

A los interesados en participar les rogamos revisar las Condiciones de la Invitación y enviarnos sus ofertas debidamente firmadas y selladas en sobre cerrado a más tardar el día **Miércoles 04 de Agosto del 2021, antes de las 2:00pm** a la siguiente dirección: Depto. de Logística y Suministros, Hospital San Lorenzo, dos cuadras abajo del Hotel y Club Morazán, San Lorenzo, Valle.

**Acompañar a su oferta los documentos solicitados en el Numeral 6 Instrucciones a los Oferentes de la Invitación a Cotizar :**

**La Fundación de Apoyo al Hospital San Lorenzo, para efectuar el pago solicitará los siguientes documentos:**

1. Factura Comercial a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
2. Comprobante de Entrega
3. Recibo de Pago Firmado y Sellado a nombre de: Fundación de apoyo al Hospital de San Lorenzo
4. Solvencia Fiscal Vigente

### **Favor acusar de recibido**

Estaremos atentos a cualquier duda o consulta.

Atentamente,

**Licdo. Emerson Sierra**  
**Jefe Logística y Suministros**  
**Hospital San Lorenzo, Valle**  
**Tel: +504 9443-2608**

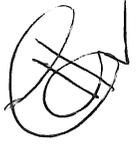


INVITACION A COTIZAR NO. 097-2021 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA EL HSL.docx

152K

*Handwritten signature and initials*

**Anexo V  
Solicitud de  
Adquisición**

  
Hugo  




**FUNDACION HOSPITAL SAN LORENZO**

HONDURAS



**Original SOLICITUD DE COMPRA**

|                       |                                      |            |
|-----------------------|--------------------------------------|------------|
| Número de documento   | Fecha de documento                   | Página     |
| <b>203</b>            | <b>03/08/2021</b>                    | <b>1/1</b> |
| SolicitanteNº         | <b>03/08/2021</b>                    |            |
|                       | <b>SAP0006</b>                       |            |
| Nombre de solicitante | <b>Danamy Lopez</b>                  |            |
| Sucursal              | <b>Principal</b>                     |            |
|                       | <b>Almacen</b>                       |            |
| Correo electrónico    | <b>dlopez@hospitalsanlorenzo.com</b> |            |

**FUNDACION HOSPITAL SAN LORENZO**  
HONDURAS

MONEDA **LPS**

| Descripción                         | Presentación | Cantidad necesaria | Descripción Técnica  |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|--|
| TOCILIZUMAB 20mg/ml (Eq 200mg/10ml) | VIAL         | 36                 | TOCILIZUMAB 20mg/ml (Eq 200mg/10ml) vial de vidrio incoloro con concentrado para solucion inyectable. en vial de 10 ml<br>Administración: IV |
| Item Code                           | 4000-308     |                    |  |

Este medicamento se solicita debido que el almacén central de medicamento de la SESAL se encuentra en este momento desabastecido y de igual forma la farmacia el almacén del hospital san lorenzo. La adquisición se requiere de carácter urgente dado que este medicamento se utiliza para el tratamiento de COVID-19 en paciente que se encuentra en estado crítico.

Autorizado por Administracion

Autorizado por Direccion Ejecutiva

Solicitado Por:

Emerson Sierra  
03 - Agosto - 2021

Nombre del  
Funcionario  
Cargo

Nombre del  
Funcionario  
Cargo

Nombre del  
Funcionario  
Cargo

**HOSPITAL SAN LORENZO  
SUBDIRECCION ASISTENCIAL  
SITUACION DE COVID – 19  
RESPUESTA DE EMERGENCIA**

La pandemia del COVID-19 plantea desafíos para la salud pública y para la provisión de servicios de salud en todo el mundo, donde el Hospital San Lorenzo no es la excepción. Esto ha llevado a la toma de decisiones y de acciones enérgicas e inmediatas para lograr una respuesta firme y sostenible que garantice la salud de toda la población.

La población a atender en el Hospital San Lorenzo (HSL) para el año 2021 es de 222,116 habitantes, misma que ha presentado ante la pandemia de COVID-19 una incidencia de 1923.20 / 100,000 habitantes, con una tasa de positividad de 47.30% y una letalidad de 2.0, todo esto ubica al Departamento de Valle dentro de los más afectados por la pandemia<sup>1</sup>.

Ante esta realidad, en el último año el HSL ha dado respuesta a la demanda, instalando un área exclusiva para la atención de pacientes COVID-19, lo que implicó disponer de recursos humanos e insumos médicos más allá de lo presupuestado.

El comportamiento a nivel hospitalario, indica un incremento en los casos, teniendo un promedio de 38 pacientes hospitalizados por día, que se catalogan tanto en condición estable y grave, siendo el promedio de pacientes graves el 21%.

El paciente grave implica uso de mascarillas de reservorio, de mascarillas de alto flujo y uso de medicamentos, incluyendo tocilizumab, que se debe principalmente a las siguientes condiciones:

1. La mayoría de los pacientes COVID-19, ingresan en Fase Pulmonar, Etapa clínica II B, lo que aumenta el riesgo de desencadenar rápidamente la tormenta de citoquinas.
2. De acuerdo al Protocolo de Manejo Clínico del paciente adulto con COVID-19, según las etapas de la enfermedad (Septiembre 2020), en los pacientes con riesgo y/o en tormentas de citoquinas debe utilizarse Tocilizumab para modular la respuesta inmunológica del paciente.
3. Actualmente los servicios de salud a nivel nacional están agotados, por lo tanto, no existe disponibilidad para traslados de pacientes a hospitales regionales y nacionales.

En base a este contexto, la subdirección asistencial solicita de manera oficial disponer de este tipo de medicamentos como es el Tocilizumab para coadyudar al manejo de pacientes COVID-19-

<sup>1</sup> Situación de Vigilancia Epidemiológica, Regional, Valle 2021

