



República de Honduras

Impreso por: MGUDEL

PROD

EJECUCION DE GASTOS

F-01

Gestión: 2021

R_EGA_F01F07

20/08/2021 17:41:11

Página 1 de 2

Lugar: Distrito Central Fecha Elaboración: 20/08/2021

Institución: 0080 Secretaría de Relaciones Exteriores y Cooperación Internac.

Gerencia Administrativa: 001 GERENCIA CENTRAL

Unidad Ejecutora: 001 SECRETARIA DE ESTADO

DOCUMENTOS DE:

Precompromiso 03449

Compromiso 01

Devengado 01

Secuencia 00

Operaciones Contables

REGISTRO DE: Precompromiso ☐ Compromiso ☐ Devengado ☒ Regularización ☐

BENEFICIARIOS:

Nombre o Razón Social	Tipo y No de Documento		Banco y Cuenta		Importe
	Tipo	Documento	Código	Cuenta	
CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA, S.A. DE C.V. CORINFAR	RTN	08019002265592	00014	6-179263	23,182.50

DOCUMENTOS DE RESPALDO

Tipo de documento FACT FACTURA
20/08/2021 20/08/21 226-A
Fecha de Recepción Fecha de Vencimiento Proceso de Compra No
00000401-00055026
Número de Documento Secuencia No.Doc F01 Origen
Número de Adjudicación Fecha Firma origen

CLASE DE GASTO:

Servicios Personales ☐

Bienes de uso ☐

Transferencias ☐

Servicios Profesionales y Técnicos ☐

Construcciones ☐

Otros ☐

Bienes y Servicios ☐

Deuda Pública ☐

Pasajes y Viáticos ☐

OPERACIONES CONTABLES : Anticipos ☐ Deuda Pública ☐ Devoluciones ☐ Otros ☐

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: 12 Recursos Propios

SIGADE

TRAMO:

ORGANISMO FINANCIADOR: 99 Misma Institución

BIP:

TIPO:

Denominación

Denominación

CONVENIO:

IMPUTACION							DESCRIPCION	IMPORTE MONEDA NACIONAL	IMPORTE MONEDA EXTRANJERA	Dif. Camb.
PRO	SUB	PROY	ACT OBRA	OBJ GTO	BEN TRAN	CUENTA CONTABLE				
01	00	000	001	35210	0000		Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios	23,196.90	0.00	0.00
SON: VEINTITRES MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS CON NOVENTA								TOTAL AFECTADO	23,196.90	0.00
								TOTAL DEDUCCIONES	0.00	0.00
								TOTAL RETENCIONES	14.40	0.00
								MONTO A PAGAR	23,182.50	0.00

RESUMEN DE LA OPERACION
PAGO POR COMPRA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS SOLICITADO POR ZOE REYES JEFE DE
PROVEEDURIA INTERNA, PLANIFICACION No. 1, SEGUN FACTURA No.00000401-00055026 Y 00000401-
00055027 EMITIDA EL 29 DE JULIO DE 2021, CAI-FB98B8-25F56D-274CA7-C4E4F8-9D5A3C-57

CUENTAS BANCARIAS

Código Banco: 1

Cuenta Origen/CUT

Libreta

CUENTA / LIBRETA

TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL

Nombre

11101010006181

Número de Cuenta

00800011201

Número de Libreta

GASTOS FONDOS PROPIOS

MONEDA:

Código: HNL Descripción LEMPIRAS

Verificado por: MGUDEL
MARCIAL ALEXANDER GUEDE FLORES

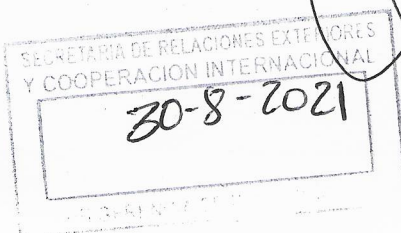
Fecha y hora: 20/08/2021 17:41:04

Aprobado por:

Fecha y hora:

Firmado por:

Fecha y hora:



CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.
Tel: +504 2550-0033/34/47

Tel: +504 2229-9091

E-mail: info@corinfar.com

RTN: 08019002255592

Cliente 0801RELO1 SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES Y COOPERACION
AVE. JUAN RAMON MOLINA, 1ra. CALLE, 7ma AVEN,
Dirección AVE. JUAN RAMON MOLINA, 1ra. CALLE, 7ma AVEN,
ANTIGUO EDIFICIO DEL BCO CENTRAL, EL CENTRO TEG
Ciudad TEGUCIGALPA
Contacto:
RTN Cliente: 08019998386530

No. Factura: 00000401-00055026

No. Ref.

Fecha/Hora: 29/07/2021 08:38:43

Vendedor: A-ABADIE

Términos:

O/C Exenta:

Constancia E/R:

Registro SAG:

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0002-U	022120	ACETAMINOFEN 500mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.30	1,000	L. 300.00
AFR0005-U	014C21B	ANDI-VAGIL "C" 500mg Ovulo	UNI	0	L. 14.50	50	L. 725.00
0056-U	562102	ANTIESPASMODICO 5mg. Tab	UNI	0	L. 1.50	300	L. 450.00
CFR0277-F180	277-2136	HIDROXICOR SUSP. X 180 ML HOXP	FRA	0	L. 32.50	30	L. 975.00
CFR0043-U	FARMA	SINOFLUDES Cap. U.	UNI	0	L. 3.00	500	L. 1,500.00
CFL0011-U	FARMA	AMOXICILINA 500mg Cap. U.	UNI	0	L. 1.10	300	L. 330.00
FGB0004-U	ET1920031	ASITROMICINA 500mg TABLETAS	UNI	0	L. 20.00	50	L. 1,000.00
CFL0017-T15	FARMA	ACTICLOVIR 5% Tubo 15g	TUB	0	L. 29.00	20	L. 580.00
CFR0189-U	1892001	ACTICLOVIR 400mg Tableta	UNI	0	L. 3.20	100	L. 320.00
CFR0071-U	712101	CIFROFLOXACINA 500mg U. (H)	UNI	0	L. 1.10	300	L. 330.00
PHI0059-PFI	A/1F001	DIFPIRONA INV. 16/2ML AMPOLLA	FRA	0	L. 3.90	10	L. 39.00
CFL0003-U	CCDC31420B	DICLOXACILINA 500mg Tab. Unit	UNI	0	L. 3.00	200	L. 600.00
FIE0013-U	021119	DEXAMETASONA 8MG/2ML SOL. INV. AMP.	UNI	0	L. 12.00	100	L. 1,200.00
CFL0035-U	T004K20	DICLOFENAC 50mg	UNI	0	L. 0.70	300	L. 210.00
ELL0012-U	0022008A	BRAMANYL Capsula Unit.	UNI	0	L. 2.95	30	L. 88.50
CFR0108-F20	108-2001	SINOFLUDES 0.05% AD SOL. 20mL	FRA	0	L. 60.00	30	L. 1,800.00
CFR0089-U	892106	ENALAPRIL 20MG TABLETA	UNI	0	L. 0.45	200	L. 90.00
CFR0223-U	2232102	FUROSEMIDA 40mg Tableta	UNI	0	L. 0.58	100	L. 58.00
CFR0090-U	902104	GLIBENCLAMIDA 5mg Tab.	UNI	0	L. 0.28	200	L. 56.00
CFL0058-C1	J120150135	GENTAMICINA 80mg/2ml Amp. 2mL	CAJ	0	L. 4.90	100	L. 490.00
CFR0088-PFI	201006	HIDROCORTISONA 500mg Vial	FRA	0	L. 64.00	30	L. 1,920.00
00562-U	562-2001	JERINGA 1cc 25 x 5/8" U.	UNI	0	L. 1.07	200	L. 214.00
CFR0566-U	566-2001	JERINGA 3cc 21G x 1 1/2" U.	UNI	0	L. 1.08	500	L. 540.00
CFR0569-U	569-2001	JERINGA 5cc 21G x 1 1/2" U.	UNI	0	L. 1.10	500	L. 550.00
CFR0573-U	573-2001	JERINGA 10cc 21G x 1 1/2" U.	UNI	0	L. 1.40	200	L. 280.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARÁ UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAI: FB98B8-25F56D-274CA7-C4E4F8-9D5A3C-57

Rango Autorizado: 000-004-01-00051101 A LA 000-004-01-00056100

Fecha Límite Emisión: 11 DE ENERO 2022

Sub-Total L. 14,645.50

Dto. Línea/Gra. Edad L. 0.00

Descuento L. 0.00

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 14,645.50

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

L. 14,645.50

Autorizó Despachó

Entregó

Elaboró

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 14,645.50

FECHA: / /

SE SERVIRÁ USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Catorce Mil Seis Cientos Cuarenta Cinco Lempiras
con Cincuenta Centavos

FIRMA DEUDOR:



FIRMA CLIENTE

Original: Cliente - Copia: Contabilidad - Copia(2): Archivo

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,
Tel: +504 2229-9091
E-mail: info@corinfar.com

FACTURA

Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 8 Calle N.E.
Tel: +504 2550-0033/34/47

RTN: 08019002265692

Cliente 0601RELO1 SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES Y COOPERACION
AVE. JUAN RAMON MOLINA, 1ra. CALLE, 7ma AVEN,
Dirección AVE. JUAN RAMON MOLINA, 1ra. CALLE, 7ma AVEN,
ANTIGUO EDIFICIO DEL BCO CENTRAL, EL CENTRO TEG
Ciudad TEGUCIGALPA
Contacto:
RTN Cliente: 08019998386530

No. Factura: 00000401-00055027
No. Ref.
Fecha/Hora: 29/07/2021 08:27:39
Vendedor: A-ABADIE
Términos:
O/C Exenta:
Constancia E/R:
Registro SAG:

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0105-U	1052101	IBUMETIN 600mg Caplet U.	UNI	0	L. 0.75	500	L. 375.00
CFR0196-T15	196-2104	HIDROCORTISONA 1% Crema 15g CR	TUB	0	L. 22.00	10	L. 220.00
CFR0077-U	772101	LANZOPRASOL	UNI	0	L. 1.70	200	L. 340.00
CFR0034-U	342102	LORAFAR 10mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.60	500	L. 300.00
CFR0175-U	1752102	METFORMINA 850mg Tab.	UNI	0	L. 1.30	200	L. 260.00
CFR0012-U	122045	COMPLEVIT Cap..	UNI	0	L. 0.75	100	L. 75.00
CFR0033-U	3332102	VITAMINA C	UNI	0	L. 3.20	200	L. 640.00
AFM0524-U	FARMA	MARIPOSA #24 X 3/4"	UNI	0	L. 3.10	25	L. 77.50
AFM0529-U	FARMA	MARIPOSA #25G X 3/4 UNIDAD	UNI	0	L. 3.10	25	L. 77.50
AFR0024-F15	037K20	NEOMICINA Gotas Oculares 15mL	FRA	0	L. 53.00	20	L. 1,060.00
ALM0501-U	A	ALGODON LIBRA 454G ROLLO	UNI	0	L. 82.00	5	L. 410.00
CFR0061-U	612107	ACIDO FOLICO 5mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.24	100	L. 24.00
BLM0001-B500	2011071	SOL. SALINA al 0.9% 500mL DLM	BOL	0	L. 34.00	6	L. 204.00
ALG0501-3C10	20200808	GUANTES DE LATEX 3 CAJA X 100 UNIDADCAJ	0	L. 290.00	8	L. 2,320.00	
CFR0027-U	27 2013	HISTAFED 50mg Cap. U.	UNI	0	L. 0.90	100	L. 90.00
CFR0064-U	642006	TRISULFAM 480mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.70	100	L. 70.00
CFR0167-U	1672101	PROPRANOLOL 40mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.70	100	L. 70.00
WMB1004-F10	FARMA	TOALLA SANITARIA 10 UNI	FAQ	15%	L. 32.00	3	L. 96.00
CFR0054-F454	54-2104	SALICILATO DE METILO Tarro 11b	FRA	0	L. 72.00	2	L. 144.00
PSA0014-F50	C20T369	PISACAINA 2% SIMPLE Fco. 50mL	FRA	0	L. 62.00	2	L. 124.00
CFR0191-F15H	191-2101	CORIBUTOL SOL. P/ NEBULIZAR 15ML	FRA	0	L. 32.00	1	L. 32.00
AFM0525-U	FARMA	VENDA ELASTICA 4" (10cmx4.5)	UNI	0	L. 21.80	5	L. 109.00
ELM0003-U	ALL9278	SET (EQUIPO) DE INFUSION	UNI	0	L. 7.50	10	L. 75.00
AFM0501-U	FARMA	HILO SEDA 2-0 3/8 40mm AGUJA CURVA	UNI	0	L. 26.00	24	L. 624.00
CFR0144-G	144-2101	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA Galon	GAL	0	L. 720.00	1	L. 720.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS. EXIJA LA.

LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARÁ UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAR: FB98B8-25F56D-274CA7-C4E4F8-9D5A3C-57

Rango Autorizado: 000-004-01-00051101 A LA 000-004-01-00056100

Fecha Límite Emisión: 11 DE ENERO 2022

Sub-Total L. 8,537.00
Dto. Línea/Gra. Edad L. 0.00
Descuento L. 0.00
Importe Exonerado 0.00
Importe Exento L. 8,441.00
Importe Gravado L. 96.00
Impuesto 15% L. 14.40

Autorizo

Desaprobó

Entregó

Elaboró

ACEPTADA SIN PROTESTO:

FECHA: / /

FIRMA DEUDOR:

LETRA NO. 1/1 POR L. 8,551.40
SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Ocho Mil Quinientos Cincuenta Un Lempiras
con Cuarenta Centavos



FIRMA CLIENTE

Original: Cliente - Copia: Contabilidad - Copia(2): Archivo

ORDEN DE COMPRA # 226-A
Unidad Ejecutora: Secretaría de Estado
Lugar: Tegucigalpa M.D.C.
Fecha: 25 de mayo del 2021

NOMBRE: CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA, S.A. DE C.V CORINFAR
Direccion del Suministrante: Col. Los Laureles
RTN: 08019002265592
TELEFONO: 3206-1436

ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA									GASTOS	
AÑO	TITULO	UE	TIPO Y PROG	SUB P	ACT	FUENTE	RENG.	CANTIDAD	Corriente	XX
2021	80	001	01		01	12	35210	23,196.90	Capital	
									Deuda	

Código de Obj.	Partida N°	Cantidad	UNIDAD	DESCRIPCION	VALORES EN LEMPIRAS		
					Precios Por Unidad	Parciales según Objeto	Totales
35210				PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES VARIOS			L. 23,196.90
		1000	C/U	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG	0.30	300.00	
		50	C/U	ANDI-VAGIL C (OVULOS)	14.50	725.00	
		300	C/U	ANTIESPASMODICAS	1.50	450.00	
		30	C/U	FRASCOS DE ANTIACIDO	32.50	975.00	
		500	C/U	ANTIGRIPIAL DE RIESTRA	3.00	1,500.00	
		300	C/U	AMOXICILINA 500 MG	1.10	330.00	
		50	C/U	AZITROMICINA 500 MG	20.00	1,000.00	
		20	C/U	ACICLOVIR CREMA 5 MG	29.00	580.00	
		100	C/U	ACICLOVIR 400 MG	3.20	320.00	
		300	C/U	CIPROFLOXACINO 500 MG	1.10	330.00	
		10	C/U	DIPIRONA 1000 MG./2ML	3.90	39.00	
		200	C/U	DICLOXACILINA 500 MG.	3.00	600.00	
		100	C/U	DEXAMETASONA 8 MG	12.00	1,200.00	
		300	C/U	DICLOFENACO SODICO 50/100 MG	0.70	210.00	
		30	C/U	DIMENHIDRINATO 50 MG	2.95	88.50	
		30	C/U	OXIMETAZOLINA 0.5% GOTAS NAALES	60.00	1,800.00	
		200	C/U	ENALAPRIL 20 MG	0.45	90.00	
		100	C/U	FUROSEMIDA 40 MG	0.58	58.00	
		200	C/U	GLIBENCLAMIDA 5 GM	0.28	56.00	
		100	C/U	GENTAMICINA 80 MG./ 2ML	4.90	490.00	
		30	C/U	HIDROCORTISONA 500 MG	64.00	1,920.00	
		2	CAJA	JERINGA DE 1 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	107.00	214.00	
		5	CAJA	JERINGA DE 3 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	108.00	540.00	
		5	CAJA	JERINGA DE 5 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	110.00	550.00	
		2	CAJA	JERINGA DE 10 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	140.00	280.00	
		500	C/U	IBUPROFENO 600 MG	0.75	375.00	

VAN.....

....VIENEN

10	C/U	HIDROCORTISONA CREMA	22.00	220.00	
200	C/U	LANZOPRAZOL	1.70	340.00	
500	C/U	LORATANIDINA 10 MG	0.60	300.00	
200	C/U	METFORMINA 850 MG	1.30	260.00	
100	C/U	MULTIVITAMINAS	0.75	75.00	
200	C/U	VITAMINA C	3.20	640.00	
50	C/U	MARIPOSAS 24-25	3.10	155.00	
20	C/U	NEOMICINA OPTICA	53.00	1,060.00	
5	PAQUETES	ALGODÓN	82.00	410.00	
100	C/U	ACIDO FOLICO 5 MG	0.24	24.00	
6	C/U	BOLSA DE SUERO FISIOLÓGICA-CLORURO DE SODIO 0.9% / 500 ML	34.00	204.00	
8	CAJA	GUANTES DE LATES TALLA S (CAJA DE 100 UNIDADES)	290.00	2,320.00	
100	C/U	DIFENHIDRAMINA 50 MG	0.90	90.00	
100	C/U	TRIMETROPIN SULFAMETAZOLE	0.70	70.00	
100	C/U	PROPANOLOL 20 MG	0.70	70.00	
3	C/U	PAQUETES DE TOALLAS SANITARIAS 10 UND.	32.00	96.00	
2	C/U	SALICILATO DE METILO	72.00	144.00	
2	C/U	LIDOCAINA HCI 2% 50 MG	62.00	124.00	
1	C/U	SALBUTAMOL PARA NEBULIZAR	32.00	32.00	
5	C/U	VENDAS ELASTICAS	21.80	109.00	
10	C/U	VENOLISIS INTRAVENOSA 21G X 1 1/2	7.50	75.00	
24	C/U	HILO DE SUTURA DE SEDA	26.00	624.00	
1	C/U	GALON DE JABON ANTIOSEPTICO CLORHEXIDINA GLUCONATO 4%	720.00	720.00	
U.L.					
Solicitado por:					
Zoe Reyes Jefe de Proveeduría Interna según I planificación					
SUB TOTAL				23,182.50	
IMPUESTO SOBRE VENTAS 15%				14.40	
TOTAL				23,196.90	L. 23,196.90

ORIGINAL: Orden de compra



COMPRADOR PUBLICO CERTIFICADO (CPC)

ORIGINAL: PROVEEDURIA
cc. Jefe Unidad Solicitante

Revisado por: *[Handwritten signature]*



GERENTE ADMINISTRATIVO

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS

En reunión celebrada el día 25 del mes de Mayo del año 2021, siendo las 11:15 AM, en la Oficina de la Gerencia Administrativa de la Secretaria de Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional, participaron los siguientes funcionarios delegados:

Suyapa Méndez, Delegado por la Unidad de Compras y Suministros;
Jahaziel Méndez, Delegado por la Subgerencia de Presupuesto y
Nidia Chavarría, Delegado por la Gerencia Administrativa.

Procediendo de la siguiente manera:

PRIMERO: Se recibieron sobres cerrados y sellados con cotizaciones, para proceder a la adjudicación respectiva del **Pedido No.SRECI-226-2021** donde se solicita: **COMPRA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS**, según publicación en Honducompras I.

SEGUNDO: Se abrió sobre entregándolo a los delegados, para evaluar productos y precios de la siguiente empresa participante:

No.	Empresa	Monto de la Cotización	Fecha de la Cotización
1	Drogueria Americana	\$ 31,585.75	25/05/2021
2	Laboratorio Francelia s de RL	L. 223,379.50	25/05/2021
3	CorinFar	\$ 56,743.15	25/05/2021

Observaciones:

Adjudicado por Item: Laboratorio Francelia: (1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 20, 44, 47, 54, 59, 65, 67, 68, 74 y 81) CorinFar: (2, 3, 6 a 12, 19, 21 a 24, 26 a 28, 30, 32, 33, 35 a 45, 46, 48, 49, 53, 55 a 57, 61, 64, 66, 69 a 72, 75, 77 a 79, 82 y 83)
Item Sin Adjudicar por no competir en precio ni especificaciones (13, 16, 25, 29, 31, 34, 45, 50 a 52, 58, 60, 62, 63, 73, 76, y 80.)

TERCERO: Se recomienda adjudicar a la empresa: Laboratorio Francelia, y CorinFar en base al Art. 51 de la Ley de Compras y Contrataciones del Estado, ya que razonablemente ofrece los precios más bajos y al Art. 71, numeral 4 y 5 de las Disposiciones Generales del Presupuesto año 2021

En fe de lo anterior y para efectos legales se firma la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los 25 días del mes de mayo del 2021.

Suyapa Méndez
Delegado de Compras y Suministros

Jahaziel Méndez
Delegada de la Subgerencia de Presupuesto

Nidia Chavarría
Delegado de la Gerencia Administrativa

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES Y COOPERACION INTERNACIONAL

Dirección de la institución: Barrio el Centro, Avenida Juan Ramón Molina, 1a. calle, 7a. Avenida, Tegucigalpa
 2236-0200; 2236-0300

INVITACIÓN A COTIZAR No. SRECI-226-2021

Fecha Emisión: 19 de mayo de 2021

Proveedor o Contratista Invit		CORINFRAR	Telefono:	32061436	
Direccion:	COL. LOS LAURELES, CALLE PRINCIPAL INTERSECCION ANILLO PERIFERICFO			RTN:	08019002265592
Email:	angela.abadie@corinfar.com				
La Secretaria de Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional, por este medio invita a presentar oferta para el o los bienes y/o servicios que se detalla(n) a continuación:					

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS SOLICITADAS Y LISTA DE PRECIOS

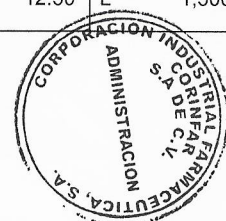
No.	Cant.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Precio Total
1	56	C/U	GALONES DE ALCOHOL	L 235.00	L 13,160.00
2	1000	C/U	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG	L 0.30	L 300.00
3	50	C/U	ANDI-VAGIL C (OVULOS)500mg	L 14.50	L 725.00
4	100	C/U	ATENOLOL 100 MG	L 0.62	L 62.00
5	30	C/U	ANTITUSIVO (corinex) 120ML	L 25.00	L 750.00
6	300	C/U	ANTIESPASMÓDICO 5MG TABLETA	L 1.50	L 450.00
7	30	C/U	FRASCOS DE ANTIACIDO 180ML	L 32.50	L 975.00
8	500	C/U	ANTIGRIPIAL DE RIESTRA (SINOFLUDES)	L 3.00	L 1,500.00
9	300	C/U	AMOXICILINA 500 MG	L 1.10	L 330.00
10	50	C/U	AZITROMICINA 500 MG	L 20.00	L 1,000.00
11	20	C/U	ACICLOVIR CREMA 5 MG	L 29.00	L 580.00
12	100	C/U	ACICLOVIR 400 MG	L 3.20	L 320.00
13	10	C/U	AMIKACINA 500 MG BULBOS	L -	L -
14	20	C/U	BECLOMETASONA (INHALADOR) 50MG	L 190.00	L 3,800.00
15	50	C/U	CEFTRIAXONA 1 GR	L 32.00	L 1,600.00



16	200	C/U	CEFALEXINA 500 MG	L	-	L	-
17	20	C/U	CLORANFENICOL OFTALMICO	L	56.00	L	1,120.00
18	20	C/U	CLOTRIMAZOL CREMA	L	19.50	L	390.00
19	300	C/U	CIPROFLOXACINO 500 MG	L	1.10	L	330.00
20	100	C/U	CURITAS	L	3.40	L	340.00
21	10	C/U	DIPIRONA 1000 MG./2ML	L	3.90	L	39.00
22	200	C/U	DICLOXACILINA 500 MG.	L	3.00	L	600.00
23	100	C/U	DEXAMETASONA 8 MG	L	12.00	L	1,200.00
24	300	C/U	DICLOFENACO SODICO 50/100 MG TABLETA	L	0.70	L	210.00
25	100	C/U	DICLOFENACO SODICO 75/3 ML	L	-	L	-
26	30	C/U	DIMENHIDRINATO 50 MG	L	2.95	L	88.50
27	30	C/U	OXIMETAZOLINA 0.5% GOTAS NASALES (ADULTA)	L	60.00	L	1,800.00
28	200	C/U	ENALAPRIL 20 MG	L	0.45	L	90.00
29	50	C/U	ERITROMICINA 250 MG	L	-	L	-
30	100	C/U	FUROSEMIDA 40 MG	L	0.58	L	58.00
31	10	C/U	FUROSEMIDA 20 MG./2ML	L	9.50	L	95.00
32	200	C/U	GLIBENCLAMIDA 5 GM	L	0.28	L	56.00
33	100	C/U	GENTAMICINA 80 MG./ 2ML	L	4.90	L	490.00
34	100	C/U	CAJA DE GASAS 4X4	L	1.35	L	135.00
35	30	C/U	HIDROCORTISONA 500 MG	L	64.00	L	1,920.00
36	2	CAJA	JERINGA DE 1 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	L	107.00	L	214.00
37	5	CAJA	JERINGA DE 3 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	L	108.00	L	540.00
38	5	CAJA	JERINGA DE 5 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	L	110.00	L	550.00
39	2	CAJA	JERINGA DE 10 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	L	140.00	L	280.00
40	500	C/U	IBUPROFENO 600 MG	L	0.75	L	375.00



41	10	C/U	HIDROCORTISONA CREMA	L	22.00	L	220.00
42	200	C/U	LANZOPRAZOL	L	1.70	L	340.00
43	500	C/U	LORATANIDINA 10 MG	L	0.60	L	300.00
44	100	C/U	LOPERAMIDA 2 MG	L	2.60	L	260.00
45	100	C/U	MEBOCAINA MASTICABLE	L	-	L	-
46	200	C/U	METFORMINA 850 MG	L	1.30	L	260.00
47	300	C/U	METRONIDAZOL 500 MG	L	0.90	L	270.00
48	100	C/U	MULTIVITAMINAS CAPS	L	0.75	L	75.00
49	200	C/U	VITAMINA C	L	3.20	L	640.00
50	50	C/U	VITAMINA NEUROTROPICAS-ANTINFLAMATORIO AMP			L	-
51	10	C/U	VITAMINA K 10MG. /1ML	L	-	L	-
52	200	C/U	MUSFLEX PLUS	L	7.00	L	1,400.00
53	50	C/U	MARIPOSAS 24-25	L	3.10	L	155.00
54	20	C/U	NAFAZOLINA OFTALMICA	L	56.00	L	1,120.00
55	20	C/U	NEOMICINA OPTICA	L	53.00	L	1,060.00
56	5	PAQUETES	ALGODÓN	L	82.00	L	410.00
57	100	C/U	ACIDO FOLICO 5 MG	L	0.24	L	24.00
58	100	C/U	CARDIOASPIRINA			L	-
59	1	C/U	GALON DE AGUA OXIGENADA	L	220.00	L	220.00
60	1	C/U	GALON DE AGUA DESTILADA	L	98.00	L	98.00
61	6	C/U	BOLSA DE SUERO FISIOLÓGICA-CLORURO DE SODIO 0.9% / 500 ML	L	34.00	L	204.00
62	2	C/U	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO	L	-	L	-
63	10	C/U	EPINEFRINA 1MG/1ML	L	16.00	L	160.00
64	8	CAJA	GUANTES DE LATES TALLA S (CAJA DE 100 UNIDADES)	L	290.00	L	2,320.00
65	120	C/U	GUANTES MEDICOS ESTERILES # 6 (PAR)	L	12.50	L	1,500.00

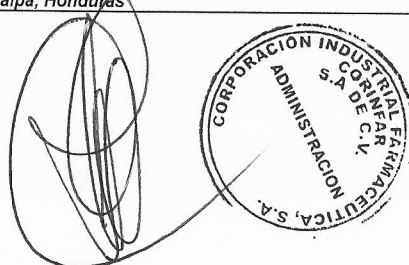


66	100	C/U	DIFENHIDRAMINA 50 MG	L	0.90	L	90.00
67	200	C/U	PREDNISONA 5 MG	L	0.70	L	140.00
68	500	C/U	RANITIDINA 50 MG ampolla	L	9.90	L	4,950.00
69	100	C/U	TRIMETROPIN SULFAMETAZOLE	L	0.70	L	70.00
70	100	C/U	PROPANOLOL 40 MG TABLETA	L	0.70	L	70.00
71	3	C/U	PAQUETES DE TOALLAS SANITARIAS 10 UND.	L	32.00	L	96.00
72	2	C/U	SALICILATO DE METILO DE 1 LIBRA	L	72.00	L	144.00
73	20	C/U	HIOSCINA-N-BUTIL BROMURO 20MG / 1ML I.M-I.V	L	13.80	L	276.00
74	30	C/U	RANITIDINA 50 MG / 2ML. I.M-I.V	L	10.50	L	315.00
75	2	C/U	LIDOCAINA HCI 2% 50 MG	L	62.00	L	124.00
76	20	C/U	OXITETRAMICINA 5 MG	L	-	L	-
77	1	C/U	SALBUTAMOL PARA NEBULIZAR	L	32.00	L	32.00
78	5	C/U	VENDAS ELASTICAS DE 4 PULG	L	21.80	L	109.00
79	10	C/U	VENOLISIS INTRAVENOSA 21G X 1 1/2	L	7.50	L	75.00
80	5	C/U	YODOPOVEDINE 500ML	L	90.00	L	450.00
81	24	C/U	HILO DE SUTURA CROMICO # 2/0	L	36.00	L	864.00
82	24	C/U	HILO DE SUTURA DE SEDA	L	26.00	L	624.00
83	1	C/U	GALON DE JABON ANTOSÉPTICO CLORHEXIDINA GLUCONATO 4%	L	720.00	L	720.00
			-----UL-----				
					Sub-Total		56,657.50
			Sombreado para Impuesto		15% S/vta		85.65
					Total		56,743.15

NOTA: En caso de discrepancia entre el precio unitario y el precio total, prevalecerá el precio unitario.

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LAS COTIZACIONES

1	La cotización deberá llevar el precio unitario por ítem y el precio total. Se deberá además sumar un gran total.
2	Presentar cotización debidamente firmada y sellada en sobre cerrado, rotulado con el nombre y número del proceso
3	Cotizaciones con borrones, manchas y tachaduras no serán consideradas.
4	Se requiere una validez de la oferta de 30 días.
5	La adjudicación se hará para aquella que cumpla con los requerimientos técnicos mínimos solicitados y el precio más bajo.
6	Fecha Máxima de entrega de la Oferta el 25 de mayo de 2021, hasta las 11:00 am hora oficial de la República de Honduras.
7	Si usa su propio formato, adjúntelo a este firmado y sellado
8	El bien o servicio se pagará mediante SIAFI.
Por este medio declaro que he leído todas las instrucciones de esta cotización y que cumpla con todos los requisitos, aquí solicitados, para lo cual firmo a continuación la presente, en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras	



Angela Abadie

Nombre del Contacto

[Handwritten signature]



Firma y Sello del Proveedor

24/05/21

Fecha

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES Y COOPERACION INTERNACIONAL

Dirección de la institución: Barrio el Centro, Avenida Juan Ramón Molina, 1a. calle, 7a. Avenida, Tegucigalpa
 2236-0200; 2236-0300

INVITACIÓN A COTIZAR No. SRECI-226-2021

Fecha Emisión: 19 de mayo de 2021

Proveedor o Contratista Invitado:		LABORATORIOS FRANCELIA S DE R.L. DE C.V.	Telefono:	2246-7922 EXT. 40
Dirección:	COL. JARDINES DE TONCONTIN 1 ½ CUADRA ARRIBA DE CAMOSA FTE. FCIA. KIELSA		RTN:	08019001213143
Email:	jcaceres@labfrancelia.com / ldala@labfrancelia.com			
La Secretaría de Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional, por este medio invita a presentar oferta para el o los bienes y/o servicios que se detalla(n) a continuación:				

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS SOLICITADAS Y LISTA DE PRECIOS

No.	Cant.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Precio Total
1	56	C/U	GALONES DE ALCOHOL	160.00	8,960.00
2	1000	C/U	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG	0.80	800.00
3	50	C/U	ANDI-VAGIL C (OVULOS)	23.25	1,162.50
4	100	C/U	ATENOLOL 100 MG	0.53	53.00
5	30	C/U	ANTITUSIVO	24.00	720.00
6	300	C/U	ANTIESPASMÓDICAS	4.75	1,425.00
7	30	C/U	FRASCOS DE ANTIACIDO	49.00	1,470.00
8	500	C/U	ANTIGRIPIAL DE RIESTRA (SUDAGRIP)	3.25	1,625.00
9	300	C/U	AMOXICILINA 500 MG	1.20	360.00
10	50	C/U	AZITROMICINA 500 MG	25.00	1,250.00
11	20	C/U	ACICLOVIR CREMA 5 MG	33.75	675.00
12	100	C/U	ACICLOVIR 400 MG	5.50	550.00
13	10	C/U	AMIKACINA 500 MG BULBOS	54.60	546.00
14	20	C/U	BECLOMETASONA (INHALADOR)	143.00	2,860.00
15	50	C/U	CEFTRIAXONA 1 GR	30.00	1,500.00
16	200	C/U	CEFALEXINA 500 MG	20.80	4,160.00

14,093.00

17	20	C/U	CLORANFENICOL OFTALMICO	33.00	660.00
18	20	C/U	CLOTRIMAZOL CREMA	18.00	360.00
19	300	C/U	CIPROFLOXACINO 500 MG	1.50	450.00
20	100	C/U	CURITAS	0.35	35.00
21	10	C/U	DIPIRONA 1000 MG./2ML	4.50	45.00
22	200	C/U	DICLOXACILINA 500 MG.	3.25	650.00
23	100	C/U	DEXAMETASONA 8 MG	18.00	1,800.00
24	300	C/U	DICLOFENACO SODICO 50MG	0.80	240.00
25	100	C/U	DICLOFENACO SODICO 75/3 ML	6.00	600.00
26	30	C/U	DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETAS	3.25	97.50
27	30	C/U	OXIMETAZOLINA 0.5% GOTAS NAALES (DECALAN)	126.00	3,780.00
28	200	C/U	ENALAPRIL 20 MG	0.68	136.00
29	50	C/U	ERITROMICINA 250 MG	4.50	225.00
30	100	C/U	FUROSEMIDA 40 MG TABLETAS	0.80	80.00
31	10	C/U	FUROSEMIDA 20 MG./2ML	No hay	
32	200	C/U	GLIBENCLAMIDA 5 GM	0.35	70.00
33	100	C/U	GENTAMICINA 80 MG./ 2ML	6.50	650.00
34	100	C/U	CAJA DE GASAS 4X4	145.00	14,500.00
35	30	C/U	HIDROCORTISONA 500 MG	77.00	2,310.00
36	2	CAJA	JERINGA DE 1 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	175.00	350.00
37	5	CAJA	JERINGA DE 3 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	125.00	625.00
38	5	CAJA	JERINGA DE 5 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	125.00	625.00
39	2	CAJA	JERINGA DE 10 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	195.00	390.00
40	500	C/U	IBUPROFENO 600 MG	0.94	470.00
41	10	C/U	HIDROCORTISONA CREMA	32.00	320.00

1,055

42	200	C/U	LANZOPRAZOL	2.16	432.00
43	500	C/U	LORATANIDINA 10 MG	0.68	340.00
44	100	C/U	LOPERAMIDA 2 MG	1.25	125.00
45	100	C/U	MEBOCAINA MASTICABLE	No hay	
46	200	C/U	METFORMINA 850 MG	1.30	260.00
47	300	C/U	METRONIDAZOL 500 MG	0.84	252.00
48	100	C/U	MULTIVITAMINAS	1.30	130.00
49	200	C/U	VITAMINA C	3.50	700.00
50	50	C/U	VITAMINA NEUROTROPICAS-ANTINFLAMATORIO AMP	130.00	6,500.00
51	10	C/U	VITAMINA K 10MG. /1ML	32.50	325.00
52	200	C/U	MUSFLEX PLUS	598.00	119,600.00
53	50	C/U	MARIPOSAS 24-25	4.25	212.50
54	20	C/U	NAFAZOLINA OFTALMICA	55.00	1,100.00
55	20	C/U	NEOMICINA OPTICA (OTOLIT)	56.00	1,120.00
56	5	PAQUETES	ALGODÓN	90.00	450.00
57	100	C/U	ACIDO FOLICO 5 MG	0.40	40.00
58	100	C/U	CARDIOASPIRINA FRASCO X 30 TABLETAS	227.50	22,750.00
59	1	C/U	GALON DE AGUA OXIGENADA	95.00	95.00
60	1	C/U	GALON DE AGUA DESTILADA	No hay	
61	6	C/U	BOLSA DE SUERO FISIOLÓGICA-CLORURO DE SODIO 0.9% / 500 ML	35.00	210.00
62	2	C/U	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO 2 PULGADAS	130.00	260.00
63	10	C/U	EPINEFRINA 1MG/1ML	No hay	
64	8	CAJA	GUANTES DE LATES TALLA S (CAJA DE 100 UNIDADES)	400.00	3,200.00
65	120	C/U	GUANTES MEDICOS ESTERILES # 6	12.00	1,440.00
66	100	C/U	DIFENHIDRAMINA 50 MG	1.20	120.00

3,012.00

67	200	C/U	PREDNISONA 5 MG	1.20	240.00
68	500	C/U	RANITIDINA 50 MG 150MG	3.12	1,560.00
69	100	C/U	TRIMETROPIN SULFAMETAZOLE	1.80	180.00
70	100	C/U	PROPANOLOL 20 MG	0.80	80.00
71	3	C/U	PAQUETES DE TOALLAS SANITARIAS 10 UND.	32.00	96.00
72	2	C/U	SALICILATO DE METILO	95.00	190.00
73	20	C/U	HIOSCINA-N-BUTIL BROMURO 20MG / 1ML I.M-I.V	No hay	
74	30	C/U	RANITIDINA 50 MG / 2ML. I.M-I.V	9.50	285.00
75	2	C/U	LIDOCAINA HCI 2% 50 MG	70.00	140.00
76	20	C/U	OXITERRAMICINA 5 MG	32.00	640.00
77	1	C/U	SALBUTAMOL PARA NEBULIZAR	60.00	60.00
78	5	C/U	VENDAS ELASTICAS 4 PULGADAS	24.00	120.00
79	10	C/U	VENOLISIS INTRAVENOSA 21G X 1 1/2	10.00	100.00
80	5	C/U	YODOPOVEDINE 120ML	60.00	300.00
81	24	C/U	HILO DE SUTURA CROMICO # 2/0	30.00	720.00
82	24	C/U	HILO DE SUTURA DE SEDA	28.00	672.00
83	1	C/U	GALON DE JABON ANTIOSEPTICO CLORHEXIDINA GLUCONATO 4%	750.00	750.00
			-----UL-----		
				Sub-Total	223,379.50
				15% S/vta	
				Total	223,379.50

NOTA: En caso de discrepancia entre el precio unitario y el precio total, prevalecerá el precio unitario.

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LAS COTIZACIONES

- La cotización deberá llevar el precio unitario por ítem y el precio total. Se deberá además sumar un gran total.
 - Presentar cotización debidamente firmada y sellada en sobre cerrado, rotulado con el nombre y número del proceso
 - Cotizaciones con borrones, manchas y tachaduras no serán consideradas.
 - Se requiere una validez de la oferta de 30 días.
 - La adjudicación se hará para aquella que cumpla con los requerimientos técnicos mínimos solicitados y el precio más bajo.
 - Fecha Máxima de entrega de la Oferta el 25 de mayo de 2021, hasta las 11:00 am hora oficial de la República de Honduras.
 - Si usa su propio formato, adjúntelo a este firmado y sellado
 - El bien o servicio se pagará mediante SIAFI.
- Por este medio declaro que he leído todas las instrucciones de esta cotización y que cumplo con todos los requisitos, aquí solicitados, para lo cual firmo a continuación la presente, en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras

José Luis Cáceres
Nombre del Contacto

Firma y Sello del Proveedor



25-05-2021
Fecha

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES Y COOPERACION INTERNACIONAL

Dirección de la institución: Barrio el Centro, Avenida Juan Ramón Molina, 1a. calle, 7a. Avenida, Tegucigalpa
2236-0200; 2236-0300

INVITACIÓN A COTIZAR No. SRECI-226-2021

Fecha Emisión: 19 de mayo de 2021

Proveedor o Contratista Invitado: DROGUERIA AMERICANA		Telefono:	2280-4444
Direccion:	BARRIO SAN FELIPE ATRÁS DE LA IGLESIA MEDALLA MILAGROSA	RTN:	0801-9000-218051
Email:			
La Secretaria de Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional, por este medio invita a presentar oferta para el o los bienes y/o servicios que se detalla(n) a continuación:			

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS SOLICITADAS Y LISTA DE PRECIOS

No.	Cant.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Precio Total
1	56	C/U	GALONES DE ALCOHOL	NO HAY	
2	1000	C/U	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG	NO HAY	
3	50	C/U	ANDI-VAGIL C (OVULOS)	NO HAY	
4	100	C/U	ATENOLOL 100 MG	3.64	364.00
5	30	C/U	ANTITUSIVO	107.29	3,218.70
6	300	C/U	ANTIESPASMÓDICAS	NO HAY	
7	30	C/U	FRASCOS DE ANTIACIDO	NO HAY	
8	500	C/U	ANTIGRIPIAL DE RIESTRA	NO HAY	
9	300	C/U	AMOXICILINA 500 MG	NO HAY	
10	50	C/U	AZITROMICINA 500 MG	85.12	4,255.95
11	20	C/U	ACICLOVIR CREMA 5 MG	96.90	1,938.00
12	100	C/U	ACICLOVIR 400 MG	NO HAY	
13	10	C/U	AMIKACINA 500 MG BULBOS	NO HAY	
14	20	C/U	BECLOMETASONA (INHALADOR)	356.78	7,135.60
15	50	C/U	CEFTRIAXONA 1 GR	80.49	4,024.50
16	200	C/U	CEFALEXINA 500 MG	NO HAY	

17	20	C/U	CLORANFENICOL OFTALMICO	NO HAY	
18	20	C/U	CLOTRIMAZOL CREMA	NO HAY	
19	300	C/U	CIPROFLOXACINO 500 MG	23.66	7,098.00
20	100	C/U	CURITAS	NO HAY	
21	10	C/U	DIPIRONA 1000 MG./2ML	NO HAY	
22	200	C/U	DICLOXACILINA 500 MG.	NO HAY	
23	100	C/U	DEXAMETASONA 8 MG	NO HAY	
24	300	C/U	DICLOFENACO SODICO 50/100 MG	NO HAY	
25	100	C/U	DICLOFENACO SODICO 75/3 ML	NO HAY	
26	30	C/U	DIMENHIDRINATO 50 MG	NO HAY	
27	30	C/U	OXIMETAZOLINA 0.5% GOTAS NAALES	NO HAY	
28	200	C/U	ENALAPRIL 20 MG	NO HAY	
29	50	C/U	ERITROMICINA 250 MG	NO HAY	
30	100	C/U	FUROSEMIDA 40 MG	NO HAY	
31	10	C/U	FUROSEMIDA 20 MG./2ML	NO HAY	
32	200	C/U	GLIBENCLAMIDA 5 GM	NO HAY	
33	100	C/U	GENTAMICINA 80 MG./ 2ML	NO HAY	
34	100	C/U	CAJA DE GASAS 4X4	NO HAY	
35	30	C/U	HIDROCORTISONA 500 MG	NO HAY	
36	2	CAJA	JERINGA DE 1 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	NO HAY	
37	5	CAJA	JERINGA DE 3 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	NO HAY	
38	5	CAJA	JERINGA DE 5 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	NO HAY	
39	2	CAJA	JERINGA DE 10 ML (CAJA DE 100 UNIDADES)	NO HAY	
40	500	C/U	IBUPROFENO 600 MG	NO HAY	
41	10	C/U	HIDROCORTISONA CREMA	NO HAY	
42	200	C/U	LANZOPRAZOL	NO HAY	

43	500	C/U	LORATANIDINA 10 MG	NO HAY	
44	100	C/U	LOPERAMIDA 2 MG	NO HAY	
45	100	C/U	MEBOCAINA MASTICABLE	NO HAY	
46	200	C/U	METFORMINA 850 MG	8.81	1,761.90
47	300	C/U	METRONIDAZOL 500 MG	NO HAY	
48	100	C/U	MULTIVITAMINAS	6.62	662.40
49	200	C/U	VITAMINA C	NO HAY	
50	50	C/U	VITAMINA NEUROTROPICAS-ANTINFLAMATORIO AMP	NO HAY	
51	10	C/U	VITAMINA K 10MG. /1ML	NO HAY	
52	200	C/U	MUSFLEX PLUS	NO HAY	
53	50	C/U	MARIPOSAS 24-25	NO HAY	
54	20	C/U	NAFAZOLINA OFTALMICA	NO HAY	
55	20	C/U	NEOMICINA OPTICA	NO HAY	
56	5	PAQUETES	ALGODÓN	NO HAY	
57	100	C/U	ACIDO FOLICO 5 MG	NO HAY	
58	100	C/U	CARDIOASPIRINA	1.94	194.00
59	1	C/U	GALON DE AGUA OXIGENADA	NO HAY	
60	1	C/U	GALON DE AGUA DESTILADA	NO HAY	
61	6	C/U	BOLSA DE SUERO FISIOLÓGICA-CLORURO DE SODIO 0.9% / 500 ML	NO HAY	
62	2	C/U	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO	NO HAY	
63	10	C/U	EPINEFRINA 1MG/1ML	NO HAY	
64	8	CAJA	GUANTES DE LATES TALLA S (CAJA DE 100 UNIDADES)	NO HAY	
65	120	C/U	GUANTES MEDICOS ESTERILES # 6	NO HAY	
66	100	C/U	DIFENHIDRAMINA 50 MG	NO HAY	
67	200	C/U	PREDNISONA 5 MG	NO HAY	
68	500	C/U	RANITIDINA 50 MG	NO HAY	

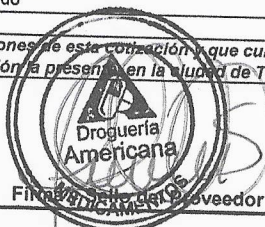
69	100	C/U	TRIMETROPIN SULFAMETAZOLE	NO HAY	
70	100	C/U	PROPANOLOL 20 MG	NO HAY	
71	3	C/U	PAQUETES DE TOALLAS SANITARIAS 10 UND.	NO HAY	
72	2	C/U	SALICILATO DE METILO	NO HAY	
73	20	C/U	HIOSCINA-N-BUTIL BROMURO 20MG / 1ML I.M-I.V	NO HAY	
74	30	C/U	RANITIDINA 50 MG / 2ML. I.M-I.V . VENCE 30/4/2022	31.09	932.70
75	2	C/U	LIDOCAINA HCI 2% 50 MG	NO HAY	
76	20	C/U	OXITERRAMICINA 5 MG	NO HAY	
77	1	C/U	SALBUTAMOL PARA NEBULIZAR	NO HAY	
78	5	C/U	VENDAS ELASTICAS	NO HAY	
79	10	C/U	VENOLISIS INTRAVENOSA 21G X 1 1/2	NO HAY	
80	5	C/U	YODOPOVEDINE	NO HAY	
81	24	C/U	HILO DE SUTURA CROMICO # 2/0	NO HAY	
82	24	C/U	HILO DE SUTURA DE SEDA	NO HAY	
83	1	C/U	GALON DE JABON ANTIOSEPTICO CLORHEXIDINA GLUCONATO 4%	NO HAY	
			-----UL-----		
				Sub-Total	31,585.75
				15% S/vta	0.00
				Total	31,585.75

NOTA: En caso de discrepancia entre el precio unitario y el precio total, prevalecerá el precio unitario.

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LAS COTIZACIONES

- La cotización deberá llevar el precio unitario por ítem y el precio total. Se deberá además sumar un gran total.
 - Presentar cotización debidamente firmada y sellada en sobre cerrado, rotulado con el nombre y número del proceso
 - Cotizaciones con borrones, manchas y tachaduras no serán consideradas.
 - Se requiere una validez de la oferta de 30 días.
 - La adjudicación se hará para aquella que cumpla con los requerimientos técnicos mínimos solicitados y el precio más bajo.
 - Fecha Máxima de entrega de la Oferta el 25 de mayo de 2021, hasta las 11:00 am hora oficial de la República de Honduras.
 - Si usa su propio formato, adjúntelo a este firmado y sellado
 - El bien o servicio se pagará mediante SIAFI.
- Por este medio declaro que he leído todas las instrucciones de esta cotización y que cumplo con todos los requisitos, aquí solicitados, para lo cual firmo a continuación a presencia en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras

Lorvin Sanchez
Nombre del Contacto



Firma del Proveedor

25/Mayo/2021
Fecha