



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1300003997
Fecha	02.07.2024
Usuario	WMARTINEZ

Proveedor	ORTOPEDIC SHOP S DE R L		
No.	900011667		
R.T.N.	08019011407211		
Dirección	COM BARRIO LA GRANJA EDIF CENTRO MEDICO(, EN RECEPCION), DISTRITO CENTRAL, HN		
Email	jurahaa123@gmail.com	Contacto:	
Teléfono	2225 40 87	FAX	
		País: HN	Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000006609	6000033053	MMQ	Compra Menor		CM-569-IHSS-HE-2024	ortopedia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impesto.	Total
00010	2100002591	UND	INJERTO OSEO LIOFILIZADO 15 GRAMOS	30	9,400.00	0.00	282,000.00

Texto Largo:

Indicaciones:

TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

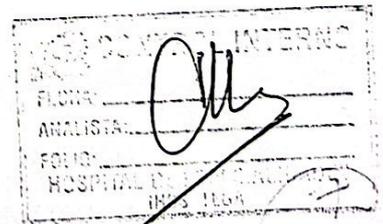
Sub Total	L.	282,000.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	282,000.00

Valor en Letras: DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA LA COMPRA DE 30 CAJAS DE INJERTO. SEGUN MEMO 091-GGSO-HE/IHSS-24. CON SOLICITUD DE PEDIDO # 3000006609 Y PETICION DE OFERTA # 6000033055. SE LE ADJUDICA A ORTOSHOP POR TENER TIEMPO DE ENTREGA INMEDIATA. SOLICITADO POR EL DR. JORGE MARIO ELVIR GERENTE DE GESTION HOSPITALARIA DE ORTOPEDIA. CON EL VISTO BUENO DEL EL DR. HENRY ANDINO VELASQUEZ, GERENTE GENERAL HE.
 PARA USO EN SALA DE ORTOPEDIA.

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	



Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.



Subgerente de Suministros Mat. y Compras



Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte, carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

1296



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-569-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 21 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

30 CAJAS DE INJERTO OSEO LIOFILIZADO 15MM

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
ORTOSHOP	30	UND	INMEDIATA	L 9,400.00	L 282,000.00		L 282,000.00
PHARMED SALED	30	UND	30 DIAS	L 9,675.00	L 290,250.00		L 290,250.00
INNOVAMEDIC	30	UND					NO HAY

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- ORTOSHOP

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

← Precio y entrega inmediata

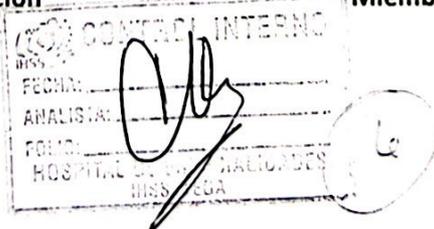
Juan Bustillo 10699
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

[Signature]
GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.
Miembro de apertura y adjudicación



[Signature]
ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.
Miembro de apertura y adjudicación





OrtoShop
Todo en Implantes Ortopédicos

Ortopedic Shop S. de R.L. de C.V.

Barrio La Granja, 3 Ave. 3 Calle,
Comayagüela, F.M., Honduras, C.A.
Tel.: (504) 2225-1008, 2225-4087
Cel.: (504) 9688-6699
ortoshophn@gmail.com
RTN: 08019011407211

FACTURA

No. 000-001-01-00008306

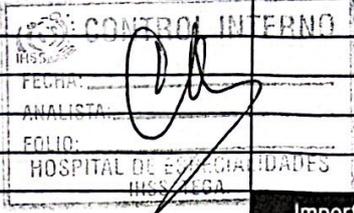
CAI. A3F6D9-BB64E8-4E4D85-D24447-E0B884-CA

Rango Autorizado: del 000-001-01-00007901 al 000-001-01-00008800

Fecha Límite Emisión: 28/12/2024

Fecha 8 de Julio de 2024

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS RTN: 08019003249605

CANT.	DESCRIPCIÓN	VALOR UNIT.	TOTAL
30	Injerto oseo biofilizado	9400.00	282,000.00
 			
No. Orden de Compra Exenta:		Importe Exento	L. 282,000.00
No. Constancia registro de exonerado:		Importe Exonerado	L.
No. Registro de la SAG:		Importe ISV	L.
Son L.: <u>Doscientos Ochenta y Dos mil Limpieras Exacto</u>		Descuento	L.
		Rebaja	L.
		ISV 15%	L.
		TOTAL A PAGAR	L. 282,000.00

"La factura es beneficio de todos, exijala"

Original: Cliente
Copia 1: Obligado Tributario Emisor
Copia 2: Archivo



ARTES GRAFICAS RIVERA / Rafael Rivera Perez. (504) 2238-4482 R.T.N. 0801967062234. CERTIFICADO: 9231-23-10500-109



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003748
Fecha	08.07.2024
Usuario	RMONCADA

Proveedor	FARMACEUTICA INTERNACIONAL S A		
No.	900016836		
R.T.N.	08019003242474		
Dirección	TEGA EDIF FARINTER, , DISTRITO CENTRAL, HN		
Email			Contacto:
Teléfono	22252718	FAX	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015372	6000033119	Medicamento	Compra Menor		CM-605-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	L01XE010	CAP	DASATINIB 100MG COMPRIMIDOS	210	1,366.95	0.00	287,059.50

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE COMERCIAL: LITEDA 100
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-0922-0046
 FECHA DE VENCIMIENTO: 01.06.2025
 PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA X 30
 LABORATORIO FABRICANTE: ASOFARMA S.A.I Y C.
 PAIS DE ORIGEN: ARGENTINA
 TIEMPO DE ENTREGA: 2-DIAS

Sub Total	L.	287,059.50
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	287,059.50

Valor en Letras: DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CINCUENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 50/100

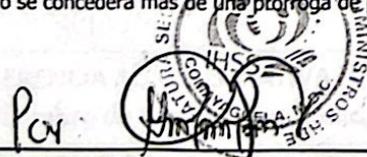
OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO JSF-450-2024, LA COMPRA DE 210 CAPSULAS DE DASATINIB 100MG CAPSULA O TABLETA. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015372 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000033119 SE ADJUDICA HA FARINTER. QUE OFERTA ENTREGA 02 DIAS. SOLICITADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA Y AUTORIZADO HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE ONCOLOGIA.

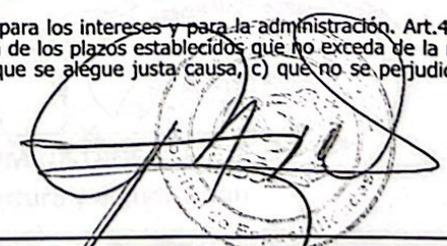


DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art.43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

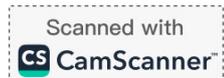


Subgerente de Suministros Mat. y Compras



Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.





1289 Plc-600003349

o/c=1100003748

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-605-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 01 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:
270 CAPSULA DE DASATINIB 100MG CAPSULA O TABLETA. VIA DE ADMINISTRACION: ORAL.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
FARSIMAN	270	CAP	45-DIAS	L 962.81	L 259,958.70	L -	L 259,958.70
FARINTER	270	CAP	210-2 DIAS/RESTO 20-DIAS	L 1,366.95	L 369,076.50		L 369,076.50
ANPHAR	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
AMERICANA	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
DROMEINTER	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
PHAR MED SALES	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
GUARDADO	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
PAYSEN	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
HONDUMEDIC	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
PROCONSUMO	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -
SEVEN PHARMA	270	CAP		NO HAY	L -	L -	L -

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- Farinter.

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas se adjudican solamente 270 tabletas, para no afectar techo de estanco

Elisa Henríquez
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.
Miembro de apertura y adjudicación

REVISADO

ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.H.S.
Miembro de apertura y adjudicación

FOJOS: 6

ANALISTA CONTROL INTERNO

farinter

farmaceutica internacional, s.a. de c.v.
R.T.N: 06019003242474

Barrio La Granja.
Calle: Atras de la Toyota, Casa No. 365.
Bloque: Edificio Farinter
Municipio: Distrito Central
Departamento: Francisco Morazan
Correo electrónico: elagos@farinter.hn

Barrio Sta. Rosa, 7 y 8 Calle. S.E
El Anillo de Circunvalación
PBX: 2553-5800
FAX: 2553-5599
San Pedro Sula, Honduras, C.A.
Correo electrónico: info@farinter.hn

Departamento de Padidos
PBX: 2225-2718
Fax: (504) 2225-2732
Apartado Postal: 3183

FACTURA No. 000-002-01-00012676

Fecha Límite de Emisión: 28/02/2025
CAL: FB415B-F5D942-0E4985-E98587-8A40D8-29
Rango de Impresión: 000-002-01-00012101 al 000-002-01-00013350

DISTRIBUIDOR DE PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS, COSMÉTICOS,
LICORES, PRODUCTOS DE LIMPIEZA

NOMBRE CLIENTE: **Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)**

RESPONSABLE:

DIRECCIÓN: **Bo. Abajo, Edificio Administrativo, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.**

CÓDIGO:

R.T.N. CLIENTE

PERMISO DROGAS

TELÉFONO

FECHA VENCIMIENTO		VENTA AL POR MAYOR	
PEDIDO NÚMERO			
FECHA 11.07.2024			
AGENTE	ZONA	COMAYAGÜELA M.D.C.	
CONDICIONES DE PAGO		CREDITO	

CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓDIGO PRODUCTO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO	LOTE INT	PRECIO UNITARIO	DCTO. Y REB.	DCTO. 3 EDAD	I S V	VALOR TOTAL
210	COMP		DASATINIB 100 MG COMPRIMIDO		L1,366.95				L287,059.50
			NOMBRE COMERCIAL: LITEDA 100 MG REGISTRO SANITARIO: HN-M-0922-0046 FECHA DE VENCIMIENTO: 01.06.2025 PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA X 30 LABORATORIO/FABRICANTE: ASOFARMA S.A.I T C. PAIS DE ORIGEN: ARGENTINA TIEMPO DE ENTREGA: 2 DIAS ORDEN DE COMPRA No. 1100003748 FACTURA SAP: 103715614 100% Entrega						



REVISADO

FECHA: _____

FOLIO: **4**

F. _____

ANALISTA CONTROL INTERNO

Total a Pagar

Importe Exonerado	Valor Exento	Valor Gravable 15% 18%	Sub Total	Descuentos y Rebajas	Descuento Tercera Edad	I. S. V. 15% 18%	L287,059.50	L287,059.50
-------------------	--------------	------------------------	-----------	----------------------	------------------------	------------------	--------------------	--------------------

MONTO A PAGAR EN LETRAS

DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CINCUENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 50/100

MERCADERIA RECIBIDA CONFORME POR:

DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENTE ALMACEN (CENTRO)

BO. ABajo, Edificio Administrativo, Tegucigalpa, M.D.C.

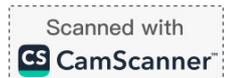
FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE: *[Firma]* 11/7/2024

ESTIMADO CLIENTE: REVISE LA MERCADERIA EN PRESENCIA DE NUESTRO EMPLEADO. NO ACEPTAMOS RECLAMOS DESPUES QUE NUESTRO EMPLEADO SE RETIRE DE SU ESTABLECIMIENTO. (VER CONDICIONES AL REVERSO)

AUTORIZADO POR	MDS RETIRADA DE LOS ESTANTES POR	EMPAQUADO POR	MDS REVISADA Y ENTREGADA AL REPARTIDOR POR	MDS REVISADA Y ENTREGADA AL CLIENTE POR
1	2	3	4	5

- La factura es beneficio de todos, "Exijata"

ORIGINAL - CLIENTE AZUL - ARCHIVO (OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR) ROSADO: COPIA CLIENTE CRÉDITO (ESTA COPIA, NO DA DERECHO A CRÉDITO FISCAL) AMARILLO - BODEGA (CONTROL INTERNO)
 DATOS ADQUIRIENTE EXONERADO
 Copia de Compra Exenta: _____ Constancia Registro de Exonerado/CD: _____ Registro SAG: _____





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003749
Fecha	08.07.2024
Usuario	RMONCADA

Proveedor	FARMACEUTICA INTERNACIONAL S A		
No.	900016836		
R.T.N.	08019003242474		
Dirección	TEGA EDIF FARINTER, , DISTRITO CENTRAL, HN		
Email			Contacto:
Teléfono	22252718	FAX	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015375	6000033120	Medicamento	Compra Menor		CM-607-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	B01AD002	FCO	ALTEPLASA 50mg polvo para reconstituir	6	19,387.45	0.00	116,324.70

Texto Largo:
Indicaciones:
NOMBRE COMERCIAL: ACTILYSE 50MG/VIAL
REGISTRO SANITARIO: HN-M-1221-0103
FECHA DE VENCIMIENTO: 01.03.2026
PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA X 2 FRASCOS VIAL DE ACTILYSE
LABORATORIO FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM
TIEMPO DE ENTREGA: 2-DIAS

Sub Total	L.	116,324.70
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	116,324.70

Valor en Letras: CIENTO DIECISEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO LEMPIRAS CON 70/100

OBSERVACIONES:
SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO JSF-453-2024, LA COMPRA DE 6 FRASCOS DE ALTEPLASA 50MG. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015375 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000033120. SE ADJUDICA HA FARINTER. QUE OFERTA ENTREGA 02 DIAS. SOLICITADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA Y AUTORIZADO HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA.

REVISADO
FECHA: _____
FOLIO#: 5
F. _____
ANALISTA CONTROL INTERNO

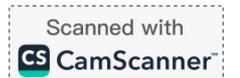
DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Subgerente de Suministros Mat. y Compras



Director Ejecutivo



1289



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION

ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-607-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 01 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE: 06 FRASCO DE ALTEPLASA 50MG POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE, FRASCO. VIA DE ADMINISTRACION: INTRAVENOSA.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
FARINTER	6	FCO	2-DIAS	L 19,387.45	L 116,324.70	L -	L 116,324.70
FARSIMAN	6	FCO	2-DIAS	L 41,715.70	L 250,294.20	L -	L 250,294.20
ANPHAR	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
AMERICANA	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
DROMEINTER	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
GUARDADO	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PHAR MED SALES	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PAYSEN	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
HONDUMEDIC	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PROCONSUMO	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
SEVEN PHARMA	6	FCO		NO HAY	L -	L -	L -

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- Farinter

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones tecnicas solicitadas y ser oferente de menor precio.

Felisa Henríquez 100
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



[Signature]



GERENCIA ADMINISTRATIVA
Miembro de apertura y adjudicación

REVISADO
FOLIO#: 6

[Signature]



ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.
Miembro de apertura y adjudicación

ANALISTA CONTROL INTERNO

FACTURA No. 000-002-01-00012677

Fecha Límite de Emisión: 28/02/2025
C.A.I. FB415B-F5D842-0E4985-E98687-8A40D8-29
Rango de Impresión: 000-002-01-00012101 al 000-002-01-00013350

DISTRIBUIDOR DE PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS, COSMÉTICOS,
LICORES, PRODUCTOS DE LIMPIEZA

NOMBRE CLIENTE: Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	CÓDIGO:
RESPONSABLE:	R.T.N. CLIENTE
DIRECCIÓN: Bo. Abajo, Edificio Administrativo, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.	PERMISO DROGAS
	TELÉFONO

FECHA VENCIMIENTO	VENTA AL POR MAYOR	
PEDIDO NÚMERO		
FECHA: 15.07.2024		
AGENTE	ZONA	COMAYAGÜELA M.D.C.
CONDICIONES DE PAGO		CREDITO

CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓDIGO PRODUCTO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO	LOTE INT	PRECIO UNITARIO	DOCT. Y RES.	DOCT. 3 EDAD	I S V	VALOR TOTAL
6	FCO		ALTEPLASA 50 MG POLVO PARA RECONSTITUIR		L19,387.45				L116,324.70
<p>NOMBRE COMERCIAL: ACTILYSE 50 MG/ VIAL REGISTRO SANITARIO: HN-M-1221-0103 FECHA DE VENCIMIENTO: 01.03.2026 PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA X 2 FRASCO VIAL DE ACTILYSE LABORATORIO FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM TIEMPO DE ENTREGA: 2 DIAS</p> <p>ORDEN DE COMPRA No. 1100003749</p> <p>FACTURA SAP: 103716473</p> <p>100% Entrega</p>									

REVISADO
 FECHA: _____
 FOLIO#: 4
 ANALISTA CONTROL INTERNO



Importe Exonerado	Valor Exento	Valor Gravable 15% 16%	Sub Total	Descuentos y Rebajas	Descuento Tercera Edad	I. S.V. 15% 16%	Total a Pagar
	L116,324.70		L116,324.70				L116,324.70

MONTO A PAGAR EN LETRAS
CIENTO DIECISÉIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO LEMPTRAS CON 70/100

RECEBIERON: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SUB-DEPARTAMENTO REGIONAL LOCAL HOSPITAL DE COMAYAGÜELA M.D.C.
 FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE O REPRESENTANTE

ESTIMADO CLIENTE: REVISE LA MERCADERÍA EN PRESENCIA DE NUESTRO EMPLEADO. NO ACEPTAMOS RECLAMOS DESPUÉS QUE NUESTRO EMPLEADO SE RETIRE DE SU ESTABLECIMIENTO. (VER CONDICIONES AL REVERSO)

AUTORIZADO POR	MDS RETIRADA DE LOS ESTANTES POR	EMPAQUADO POR	MDS REVISADA Y ENTREGADA AL REPARTIDOR POR	MDS REVISADA Y ENTREGADA AL CLIENTE POR
1	2	3	4	5

La factura es beneficio de todos, "Exijala"

ORIGINAL - CLIENTE AZUL - ARCHIVO (OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR) ROSADO: COPIA CLIENTE CRÉDITO (ESTA COPIA, NO DA DERECHO A CRÉDITO FISCAL) AMARILLO - BOGESA (CONTROL INTERNO)
 Datos Adquiriente Exonerado Orden de Compra Exenta: Constancia Registro de Exonerado/CD: Registro SAG:



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003750
Fecha	08.07.2024
Usuario	RMONCADA

Proveedor	HONDUMEDIC S DE R L, HONDUMEDIC S DE R L		
No.	900009557		
R.T.N.	08019011428859		
Dirección	TEGA COLONIA LA REFORMA CALLE PRINCIPAL CASA 2423, , DISTRITO CENTRAL, HN		
Email	hondumedichn@hotmail.com	Contacto:	
Teléfono	97640993	FAX 22385812	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015382	6000033121	Medicamento	Compra Menor		CM-608-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	R06AE001	FCO	CETIRIZINA (HIDROCLORURO) 5MG/5ML JARABE	770	55.00	0.00	42,350.00

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE COMERCIAL: CETIRIZINA JARABE
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-0319-0230
 FECHA DE VENCIMIENTO: 28.02.2026
 CONCENTRACION: C/5ML JARABE CETIRIZINA 2HCL 500MG
 LABORATORIO FABRICANTE: CORPORACION INDUSTRIAL
 PAIS DE ORIGEN: HONDURAS
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

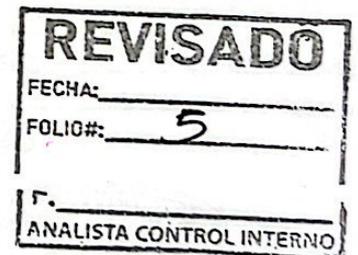
Sub Total	L.	42,350.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	42,350.00

Valor en Letras: CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO JSF-458-2024, LA COMPRA DE 770 FRASCOS DE CETIRIZINA (HIDROCLORURO O DICLORHIDRATO) 5MG/5ML SOLUCION ORAL FRASCO 60-120ML. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015382 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000033121. SE ADJUDICA HA HONDUMEDIC. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. SOLICITADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA Y AUTORIZADO HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE HOSPITALARIA, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA.

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	



Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Por:

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

1168



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-608-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 01 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE: 770 FRASCO DE CETIRIZINA (HIDROCLORURO O DICLORHIDRATO) 5MG/5ML SOLUCION ORAL FCO 60-120ML. VIA DE ADMINISTRACION: ORAL.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
ANPHAR	770	FCO	INMEDIATA	L 35.00	L 26,950.00	L -	L 26,950.00
HONDUMEDIC	770	FCO	INMEDIATA	L 55.00	L 42,350.00		L 42,350.00
AMERICANA	770	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
DROMEINTER	770	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
FARINTER	770	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
GUARDADO	770	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PHAR MED SALES	770	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PAYSEN	770	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
SEVEN PHARMA	770	FCO		NO HAY	L -	L -	L -

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- Hondumedic.

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas se adjudica al segundo oferente ya que el primero su concentración es la solicitada

telisa henriquez
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



[Signature]



GERENCIA ADMINISTRATIVA
Miembro de apertura y adjudicación



ALMACEN DE SUMINISTROS
Miembro de apertura y adjudicación

REVISADO

FECHA: _____

OLIS#: 6

ANALISTA CONTROL INTERNO

HONDUMEDIC S. DE R.L.

Cliente: I.H.S.S. (ESPECIALIDADES)

Ciudad: Col. La Granja Comayaguela

RTN: 08019003249605

Dirección: /

FACTURA No. 000-001-01-00017602

FECHA LIMITE DE EMISION: 13/09/2024

FECHA FACTURA 12/07/2024

FECHA VENCIMIENTO

11/08/2024

CAI: B09C4D-9B85A4-6049BB-D8CFD0-D5B2ED-27

ORDEN COMPRA No.

1100003750

1. Estimado Cliente: hacer los cheques a Nombre de HONDUMEDIC S. DE R.L
2. Revisar la Mercadería al Recibirla, No Aceptamos Reclamos Futuros, Ni Devoluciones.
3. Por Cada Cheque Devuelto se Cobrará L.600.00 Más Recargo de Banco
4. Esta Factura de Crédito no Constituye un Recibo de Pago, Reclame su Recibo.

FACTURA DE: Crédito 30 días

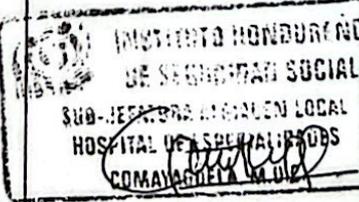
Nro. Corr. de O/C Exenta _____

Nro. Corr. Const. de Reg. Exonerado _____

Nro. Identificativo del REG. SAG _____

1	770	Fco	3682	Cetirizina (Hidrocloruro) 5MG/ML Jarabe	55.0000	0%	0%	42,350.00

Cantidad en Letras: CUARENTA Y DOS MIL TRES CIENTOS CINCUENTA CON 00/100 L.

			Subtotal: L. 42,350.00
			Descuentos y Rebajas: L. 0.0000
			Importe Exonerado: L. 0.00
			Importe Exento : L. 42,350.00
			Importe Gravado al 15%: L. 0.00
			Importe Gravado al 18%: L. 0.00
			Impuesto 15%: L. 0.00
			Impuesto 18%: L. 0.00
			Total de Impuestos: L. 0.00
Revisado Por:	Entregado Por:	Firma y Sello del Cliente	Total a Pagar: L. 42,350.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS *EXIJALA*

REVISADO
FECHA: 4
FOLIO#: 4
F. ANALISTA CONTROL INTERNO





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003751
Fecha	08.07.2024
Usuario	RMONCADA

Proveedor	HONDUMEDIC S DE R L , HONDUMEDIC S DE R L		
No.	900009557		
R.T.N.	08019011428859		
Dirección	TEGA COLONIA LA REFORMA CALLE PRINCIPAL CASA 2423 , DISTRITO CENTRAL, HN		
Email	hondumedichn@hotmail.com	Contacto:	
Teléfono	97640993	FAX 22385812	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015384	6000033122	Medicamento	Compra Menor		CM-610-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	J01CF001	FCO	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP FCO	170	62.00	0.00	10,540.00

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE COMERCIAL: PHARMA DICLOXACILINA
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-0718-0041
 FECHA DE VENCIMIENTO: 22.02.2026
 CONCENTRACION: C/5ML SUSPENSION
 PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA X FCO
 LABORATORIO FABRICANTE: PHARMA INTERNACIONAL
 PAIS DE ORIGEN: HONDURAS
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	10,540.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	10,540.00

Valor en Letras: DIEZ MIL QUINIENTOS CUARENTA LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO JSF-460-2024, LA COMPRA DE 170 FRASCOS DE DICLOXACILINA (SODICA) 250MG/5ML SUSPENSION ORAL FRASCO 80ML. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015384 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000033122. SE ADJUDICA HA HONDUMEDIC. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. SOLICITADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA Y AUTORIZADO HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA



DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

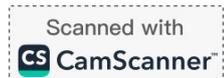
Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Por:

Subgerente de Suministros Mat. y Compras

Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte Carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.



1168

Plo-6000033122

o/c-1100003751



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION

ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-610-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 01 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

170 FRASCO DE DICLOXACILINA (SODICA) 250MG/5ML POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL FRASCO 80ML.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HONDUMEDIC	170	FCO	INMEDIATA	L 62.00	L 10,540.00	L -	L 10,540.00
GUARDADO	170	FCO	INMEDIATA	L 79.76	L 13,559.20		L 13,559.20
ANPHAR	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
AMERICANA	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
DROMEINTER	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
FARINTER	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PHAR MED SALES	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PAYSEN	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
PROCONSUMO	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -
SEVEN PHARMA	170	FCO		NO HAY	L -	L -	L -

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- Hondumedic.

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas y ser oferente de menor.

Felisa Hernandez
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.

ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.

Miembro de apertura y adjudicación

Miembro de apertura y adjudicación

REVISADO

FECHA:

FOLIO#: 6

ANALISTA CONTROL INTERNO

Cliente: I.H.S.S. (ESPECIALIDADES)
 Ciudad: Col. La Granja Comayagua RTN: 08019003249605
 Dirección: /

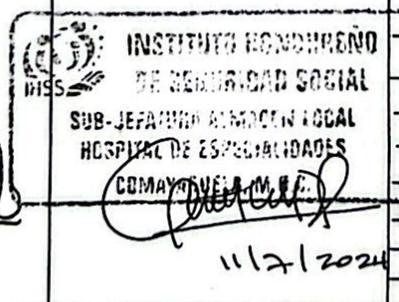
FACTURA No. 000-001-01-00017585 FECHA LIMITE DE EMISION: 13/09/2024
 FECHA FACTURA 11/07/2024 FECHA VENCIMIENTO 10/08/2024
 CAI: B09C4D-9B85A4-6049BB-D8CFD0-D5B2ED-27 ORDEN COMPRA No. 1100003751

1. Estimado Cliente: hacer los cheques a Nombre de HONDUMEDIC S. DE R.L.
 2. Revisar la Mercadería al Recibirla, No Aceptamos Reclamos Futuros, Ni Devoluciones.
 3. Por Cada Cheque Devuelto se Cobrará L.600.00 Más Recargo de Banco
 4. Esta Factura de Crédito no Constituye un Recibo de Pago, Reclame su Recibo.

FACTURA DE: Crédito 30 días
 Nro. Corr. de O/C Exenta _____
 Nro. Corr. Const. de Reg. Exonerado _____
 Nro. Identificativo del REG. SAG _____

1	170	Fco	3320	Dicloxacilina 250mg/5ml Susp Fco	62.0000	0%	0%	10,540.00
---	-----	-----	------	----------------------------------	---------	----	----	-----------

Cantidad en Letras: DIEZ MIL QUINIENTOS CUARENTA CON 00/100 L.

 Revisado Por:	 Entregado Por:	 Firma y Sello del Cliente	Subtotal: L. 10,540.00
			Descuentos y Rebajas: L. 0.0000 Importe Exonerado: L. 0.00 Importe Exento : L. 10,540.00 Importe Gravado al 15%: L. 0.00 Importe Gravado al 18%: L. 0.00 Impuesto 15%: L. 0.00 Impuesto 18%: L. 0.00 Total de Impuestos: 0.00 Total a Pagar: L. 10,540.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS *EXIJALA*

REVISADO
 FECHA: _____
 FOLIO#: 4
 F. _____
 ANALISTA CONTROL INTERNO





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003744
Fecha	05.07.2024
Usuario	RMONCADA

Proveedor	DROGUERIA FARSIMAN S DE R L, , DROGUERIA FARSIMAN S DE R L				
No.	900000656				
R.T.N.	08019999409146				
Dirección	S P S Bo EL BENQUE 6 AVE 5 CALLE No, 32 U O, DISTRITO CENTRAL, HN				
Email					
Teléfono	25530321		FAX		Contacto:
					País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015329	6000033118	Medicamento	Compra Menor		CM-612-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	A04AA002	AMP	GRANISETRON 1MG/ML(3MG) SLN INYEC AMP3ML	1,400	142.69	0.00	199,766.00

Texto Largo:

Indicaciones:

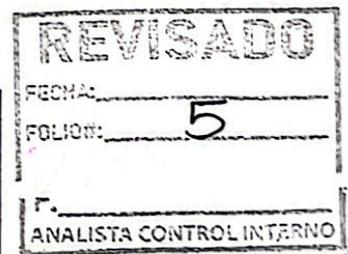
NOMBRE GENERICO: GRANISETRON
 NOMBRE COMERCIAL: GRANI-DENK 1MG/ML
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-1020-0095
 FECHA DE VENCIMIENTO: 01.01.2026
 CONCENTRACION: 3MG
 PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA X 5 AMPOLLAS
 LABORATORIO FABRICANTE: SOLUPHARM PHARMAZEUTISCHE
 PAIS DE ORIGEN: ALEMANIA
 TIEMPO DE ENTREGA: 2-DIAS

Sub Total	L.	199,766.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	199,766.00

Valor en Letras: CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO JSF-465-2024, LA COMPRA DE 1400 AMPOLLAS DE GRANISETRON (COMO CLORHIDRATO) 3MG SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 3ML
 CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015329 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000033118 SE ADJUDICA HA FARSIMAN. QUE OFERTAENTREGA 02 DIAS.
 SOLICITADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA Y AUTORIZADO HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE HOSPITALARIA Y ONCOLOGIA.



DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.



Subgerente de Suministros Materiales

Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

MEMO No 1170



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-612-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 01 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

1,400 AMPOLLA DE GRANISETRON(CLORHIDRATO) 3MG SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 3ML.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
FARSIMAN	1,400	AMP	2-DIAS	L 142.69	L 199,766.00	L -	L 199,766.00
ANPHAR	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -
AMERICANA	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -
GUARDADO	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -
FARINTER	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -
PHAR MED SALES	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -
PAYSEN	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -
HONDUMEDIC	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -
SEVEN PHARMA	1,400	AMP		NO HAY	L -	L -	L -

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1. FARSIMAN

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas y es el unico oferente.

Felisa Henríquez

NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO
REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



[Signature]



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.
Miembro de apertura y adjudicación

[Signature]



ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.
Miembro de apertura y adjudicación

REVISADO

FECHA: _____

FOLIO#: 6

F. _____

ANALISTA CONTROL INTERNO

DROGUERIA FARSIMAN, S. DE R. L.

Centro, Calle: 5, 6-7 avenida. Casa NO : S/N, Bloque : 1
 Municipio : San Pedro Sula, Departamento: Cortes Tel. : 2553-0321
 Fax : 2516-1444 Correo : Info@farsiman

DROGUERIA FARSIMAN S. DE R.L.

Bodegas Diamond Steel (No. 5A), Blvd. Kuwait, entrada a Res. Las Vegas HONDURAS
 TEL.: (504) 2553-0321, (504) 3232-9386, FAX: (504) 2234-5959
 RTN: 08019999409146 Correo: representantelegaldfssar@farsiman.com
 CAI: 34832E-050EAD-8C4FBD-F19DB4-CE8193-88
 FECHA VIGENCIA CAI: 06/03/2025
 RANGO AUTORIZADO 000-001-01-00680001 AL 000-001-01-00700000

FECHA 12/07/2024	CLIENTE CD050-0123	PAG. 1/1
FACTURA	000-001-01-00680112	

CLIENTE **INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**
 RTN CLIENTE **08019003249605**

DATOS CLIENTES EXONERADO

Adquiriente Exonerado:

No. Orden Compra:

No. Constancia Registro Exonerado:

Número Registro Exonerado:

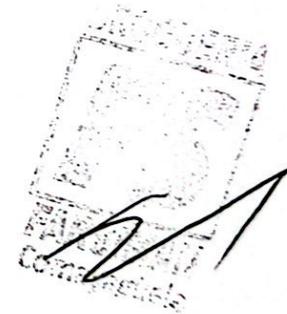
Número Interno:

Fecha Registro Exonerado:

Unidad Ejecutora:

Referencia	N. de Orden	Representantes de ventas
556487	1100003744	INSTITUCIONAL PUBLICO ZC - VENDEDOR CAMPO

ARTICULO	UNIDADES	PRESENTACIÓN	LOTE FAB	FECHA VENCE	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
A04AA05	1,400	AMPOLLA	27406	01-01-2026	GRANISETRON (COMO CLORHIDRATO) BASE 3 MG	LPS 142.69	LPS 199,766.00



EXENTO	LPS	199,766.00	GRAVADO ISV 15%	LPS	0.00	TOTAL 15%	LPS	0.00
EXONERADO	LPS	0.00	GRAVADO ISE 18%	LPS	0.00	TOTAL 18%	LPS	0.00

TOTAL NETO	DESCUENTO Y REBAJAS	SUBTOTAL	IMPUESTO	TOTAL FACTURA
LPS 199,766.00	LPS 0.00	LPS 199,766.00	LPS 0.00	LPS 199,766.00

Total: CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS LEMPTRAS EXACTOS

RECIBIDO POR: FIRMA Y SELLO

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SUR-EPATOS
 HOSPITAL GENERAL DE SAN PEDRO SULA
 CONTRAQUELA, C.M.D.C.

REVISADO

FECHA: _____

FOLIO: 4

r. _____

ANALISTA CONTROL INTERNO

FECHA RECIBIDO

12/07/2024



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003762
Fecha	09.07.2024
Usuario	WMARTINEZ

Proveedor	ANPHAR S DER L DE CV,, ANPHAR S DER L DE C V				
No.	900081137				
R.T.N.	05019006504436				
Dirección	SPS DENTRO DE INSTALACION EL BARON, , SANPEDROSULA, HN				
Email				Contacto:	
Teléfono	25579558		FAX 25579558	País: HN	Ciudad: Cortés

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015323	6000033161	Medicamento	Compra Menor		CM-614-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	A03BA003	TAB	HIOSCINA (BUTILBROMURO) 10 MG TAB	2,750	2.36	0.00	6,490.00

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE GENERICO: HIOSCINA BUHBROMURO
 NOMBRE COMERCIAL: HIOSCINA ANPHAR 10MG TABLETA RECUBIERTA
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-1218-0048
 FECHA DE VENCIMIENTO: 30.11.2026
 CONCENTRACION: 10 MG
 PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA CONTIENE 100 TAB
 LABORATORIO FABRICANTE: MEDICO REMECLIES LTD
 PAIS DE ORIGEN: INDIA
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	6,490.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	6,490.00

Valor en Letras: SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA LEMPTRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO 511-JSF-HDE-2024, LA COMPRA DE 2750 TABLETAS DE HIOSCINA (BUTILBROMURO) 10MG. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015323 Y CON PETICION DE OFERTA #6000033161 SE ADJUDICA A ANPHAR QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE: LA FARMACIA HOSPITALARIA Y EMERGENCIA.

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Fov:

Subgerente de Suministros Mat. y Compras



Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

1301

No = 600003376
No = 7700003762



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-614-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 03 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

2750 TABLETAS DE HIOSCINA (BUTILBROMURO) 10 MG

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
ANPHAR	2,750	TAB	INMEDIATA	L 2.36	L 6,490.00		L 6,490.00
HONDUMEDIC	2,750	TAB	INMEDIATA	L 2.40	L 6,600.00		L 6,600.00
PROCONSUMO	2,760	TAB	10 DIAS	L 2.44	L 6,734.40		L 6,734.40
BERNA	2,750	TAB	1-3 DIAS	L 2.80	L 7,700.00		L 7,700.00
DROMEINTER	2,750	TAB					NO HAY
SEVEN PHARMA	2,750	TAB					NO HAY
FARINTER	2,750	TAB					NO HAY
PISA	2,750	TAB					NO HAY
FARSIMAN	2,750	TAB					NO HAY
UNIVERSAL	2,750	TAB					NO HAY
PAYSEN	2,750	TAB					NO HAY
PHARMED SALES	2,750	TAB					NO HAY
AMERICANA	2,750	TAB					NO HAY
MEDINTER	2,750	TAB					NO HAY

AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- ANPHAR

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

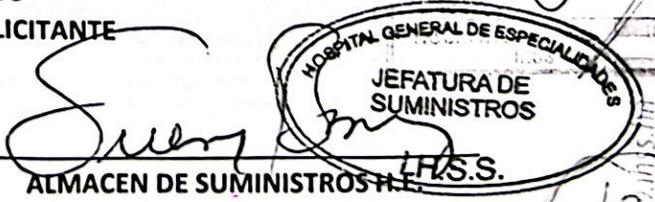
Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas entrega inmediata y de menor precio

Felisa G. Hernández *Julio 10 2025*

NOMBRE FIRMA Y # DE PAGO
REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.
Miembro de apertura y adjudicacion



ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.
Miembro de apertura y adjudicacion



Salida Vieja a la Lima, Complejo Confecciones
 El Baron Edificio N8, Local N5,
 San Pedro Sula, Honduras, C.A
 TEL.: (504) 2557-9558, FAX: 2557-9574
 contador@anphar-corp.com
 www.anphar-corp.com
 R.T.N.: 05019006504436

FACTURA

N.º 000-001-01- 00031377

Fecha Límite Emisión: 28-09-2024

Rango Numeración: 000-001-01- 00030001
 000-001-01- 00032000

Pedido	Comp. De Entrega
1100003762	
Vendido A	
Nombre:	Instituto Hondureño de Seguridad Social
Dirección:	BARRIO LA GRANJA, Comayagüela
Cliente:	08019003249605

Condiciones de Pago
30 días
Vendedor: INSTITUCIONAL

Cant	CODIGO BARRA	CODIGO	DESCRIPCION	PRECIO	% DES	TOTAL
2,750	7420073806294	MA3-0002	HIOSCINA (BUTILBROMURO) 10 MG TAB	2.36	0.00	6,490.00



Dora Mejia

VALOR EN LETRAS: SEIS MIL SEISCIENTOS OCHO Lempiras Con 00/100 Centavos

FACTURA EMITIDA EN FECHA			FACTURA RECIBIDA EN FECHA		
11	7	2024			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

ORIGINAL

Total antes de Descuento	L	6,490.00
Descuentos y Rebajas	L	0.00
Importe Exento	L	6,490.00
Importe Gravado 15%	L	0.00
Importe Gravado 18%	L	0.00
I.S.V 15%	L	0.00
I.S.V 18%	L	0.00
TOTAL A PAGAR	L	6,490.00

RECIBI CONFORME
[Signature] 12/7/2024

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA

CONDICIONES

A. ESTIMADO CLIENTE, DESPUES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO SE CARGARA EL 2% DE INTERES MENSUAL.
 B. AL EFECTUAR UN CAMBIO O DEVOLUCION, FAVOR EXIJIR A NUESTRO REPRESENTANTE DE VENTAS EL COMPROBANTE RESPECTIVO. NO SE ACEPTA NINGUN TIPO DE RECLAMO SIN ESTE COMPROBANTE.
 C. ESTA FACTURA NO SE CONSIDERA CANCELADA SIN EL RECIBO DE CAJA CORRESPONDIENTE
 D. NO SE ACEPTARAN RECLAMOS O DEVOLUCIONES POR PRODUCTOS EN MAL ESTADO DESPUES DE 48 HORAS DE RECIBIDO EL MISMO

Lugar de Partida:	Complejo Confecciones El Baron Edificio N8 Local N5
Lugar de Destino:	COL. LA TARA, San Pedro Sula, Cortes
Fecha de Envio:	11 - 7 - 2024
IDENTIFICACION DEL DESTINATARIO	
Nombre:	Instituto Hondureño de Seguridad Social
Cedula:	08019003249605

No. Correlativo de Orden de Compra Exenta
 No. Correlativo de constancia de registro exonerado
 No. Identificativo del registro de la SAG:
ORIGINAL: CLIENTE COPIA: EMISOR

[Signature]

4



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003763
Fecha	09.07.2024
Usuario	WMARTINEZ

Proveedor	INVERSIONES Y SUMINISTROS, INTERNACIONALES S DE R L		
No.	1003522		
R.T.N.	08019021328094		
Dirección	COMAYAGUELA COLONIA 15 DE SEPTIEMBRE CALLE PRINCIPAL, , DISTRITO CENTRAL, HN		
Email	insuminventas2@gmail.com	Contacto:	
Teléfono	22034555	FAX 22034555	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015332	6000033169	Medicamento	Compra Menor		CM-616-IHSS-HE-2024	farmacia consulta

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	R03DC003	TAB	MONTELUKAST SODICO 10 MG TAB	21,600	4.10	0.00	88,560.00

Texto Largo:

Indicaciones:

FECHA DE VENCIMIENTO: 31.01.2026
 TIEMPO DE ENTREGA: 1 DIA

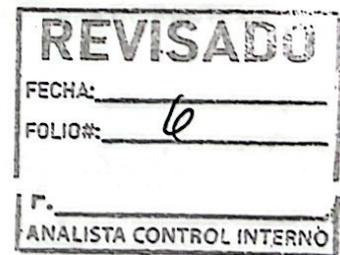
Sub Total	L.	88,560.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	88,560.00

Valor en Letras: OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO 514-JSF-HDE-2024, LA COMPRA DE 21600 TABLETAS DE MONTELUKAST SODICO 10MG. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015332 Y CON PETICION DE OFERTA #6000033169 SE ADJUDICA A INSUMIN QUE OFERTA ENTREGA A MENOR PRECIO. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE: LA FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA.

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	



Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Por:
 Subgerente de Suministros Mat. y Compras

Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.



295

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
 COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-616-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 03 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

21600 TABLETAS DE MONTELUKAST SODICO 10MG

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
INSUMIN	21,600	TAB	1 DIA	L 4.10	L 88,560.00	✓	L 88,560.00
HONDUMEDIC	21,600	TAB	INMEDIATA	L 5.50	L 118,800.00	•	L 118,800.00
PAYSEN	21,600	TAB	INMEDIATA	L 6.27	L 135,432.00	•	L 135,432.00
BERNA	21,600	TAB	1-3 DIAS	L 8.20	L 177,120.00	•	L 177,120.00
MEDINTER	21,600	TAB	1 DIA	L 8.35	L 180,360.00	•	L 180,360.00
DROMEINTER	21,600	TAB	9600 TAB. INMEDIATA/REST. 30 DIAS	L 20.20	L 436,320.00	•	L 436,320.00
PISA	21,600	TAB					NO HAY
FARSIMAN	21,600	TAB					NO HAY
FARINTER	21,600	TAB					NO HAY
PHARMED SALES	21,600	TAB					NO HAY
AMERICANA	21,600	TAB					NO HAY
SEVEN PHARMA	21,600	TAB					NO HAY
PROCONSUMO	21,600	TAB					NO HAY
ANPHAR	21,600	TAB					NO HAY
UNIVERSAL	21,600	TAB					NO HAY
CORINFAR	21,600	TAB					NO HAY

REVISADO
 FECHA: _____
 FOLIO#: _____
 ANALISTA CONTROL INTERNO

AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1. INSUMIN

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones tecnicas solicitadas y ser oferente de menor precio.



Héctor Henríquez
 NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.

Miembro de apertura y adjudicación



ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.S.S.

Miembro de apertura y adjudicación

30/8/24

INSUMIN S.DE.R. L

R.T.N.: 08019021328094

CAI:56C6B4-79701A-B64FB1-A80359-2CBAD2-10

Rango Facturación:000-002-01-00010001 A 000-002-01-00015000

Fecha Límite de Emisión: 26-01-2025

Dirección:TEGUCIGALPA, HONDURAS, COL. 15 DE SEPTIEMBRE ATRAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS

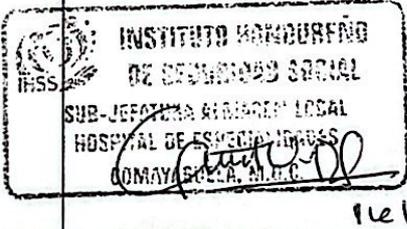
Tel: 22348232 / 96680196/correo: insumins@gmail.com

Fecha de emisión

16 / 07 / 2024

Cliente: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL R.T.N 08019003249605

Dirección: BARRIO LA GRANJA

Cant.	Código	Descripción	Precio Unit.	Total
21600.00	PRO-6970405807653	MONTELUKAST (MONTELUKAST SODICO 10 MG TAB)	L 4.10	L 88,560.00
Observaciones:				
Son : OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA LEMPIRAS.		SUB TOTAL		L 88,560.00
Cuentas de Bancos:		IMPORTE EXONERADO		L 0.00
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Contado <input checked="" type="checkbox"/> Crédito		IMPORTE EXENTO		L 88,560.00
		IMPORTE GRAVADAS 15%		L 0.00
		IMPORTE GRAVADAS 18%		L 0.00
		DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS		L 0.00
		I.S.V 15%:		L 0.00
		I.S.V 18%:		L 0.00
		TOTAL		L 88,560.00

No. Correlativo de orden de Compra Exenta:

No. Correlativo de constancia de Registro de Exoneradas:

No. Identificativo del Registro de SAG:

La Factura es beneficio de todos, exíjala.

Original:Cliente-Copia 1:Emisor-Copia 2:Archivo

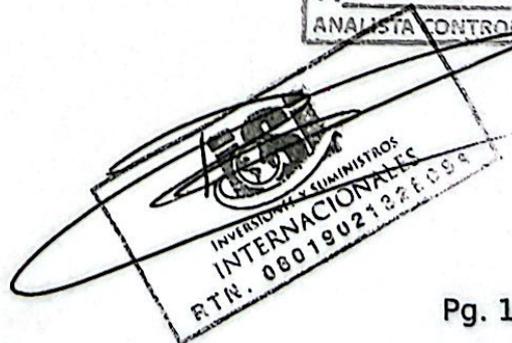
REVISADO

FECHA: _____

FOLIO#: 5

R. _____

ANALISTA CONTROL INTERNO





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003787
Fecha	16.07.2024
Usuario	RMONCADA

Proveedor	MEDICAMENTOS INTERNACIONALES (MEDINTER)				
No.	900081734				
R.T.N.	05019012516160				
Dirección	SAN PEDRO SULA B EL BENQUE 5 Y 6 CALLE 6ta AVENIDA PLAZA VIC, , SANPEDROSULA, HN				
Email				Contacto:	
Teléfono	25092353		FAX 25092353	País: HN	Ciudad: Cortés

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015494	6000033340	Medicamento	Compra Menor		CM-674-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	B05XA007	BOL	SODIO (CLORURO) 0.9% SLN INY BOL 500ML	5,000	26.00	0.00	130,000.00

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE COMERCIAL: CLORURO SODIO 0.9%
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-0421-0105
 FECHA DE VENCIMIENTO: 09.11.2026
 CONCENTRACION: 0.9%
 PRESENTACION QUE OFRECE: BOLSA
 LABORATORIO FABRICANTE: SHINJIAZHANG N°4
 PAIS DE ORIGEN: CHINA
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	130,000.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	130,000.00

Valor en Letras: CIENTO TREINTA MIL LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-532-2024, LA COMPRA DE 5000 BOLSAS DE SODIO (CLORURO)0.9% SOUCION INYECTABLE ISOTONICA BOLSA 500ML, AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DEL ALMACEN LOCAL DE MEDICAMENTOS

25/7/24
 ANALISIS: *[Signature]*
 FIRMADO:
 RECIBIDO:
 IHSS TEGU.

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art 44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

[Signature]
 Subgerente de Suministros Mat. y Compras

[Signature]
 Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

1303

410 6000033500

0/0 710000323=✓



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-674-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE: 5000 BOLSAS DE SODIO (CLORURO) 0.9% SOLUCION INYECTABLE ISOTONICA BOLSA 500ML

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
CORINFAR	5,000	BOLSA	INMEDIATA	L 21.00	L 105,000.00	L -	L 105,000.00
MEDINTER	5,000	BOLSA	INMEDIATA	L 26.00	L 130,000.00	L -	L 130,000.00
BERNA	5,000	BOLSA	1-3 DIAS	L 26.30	L 131,500.00	L -	L 131,500.00
FINLAY	5,000	BOLSA	1-60 DIAS	L 30.04	L 150,200.00	L -	L 150,200.00
INSUMIN	5,000	BOLSA	15 DIAS	L 36.36	L 181,800.00	L -	L 181,800.00
GUARDADO	5,000	BOLSA	INMEDIATA	L 37.00	L 185,000.00	L -	L 185,000.00
PHARMED SALES	5,000	BOLSA		NO HAY	L -	L -	L -
DIMEX	5,000	BOLSA		NO HAY	L -	L -	L -

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- Medinter.

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

*Cumple con los especificaciones tecnicas solicitadas
se adjudica al segundo oferente porq se dio el
adelanto por la emergencia del Dengue
cuya entrega inmediata es igual.
Felisa Hernandez July 10 2025*

25/7/24
[Signature]

[Signature]

REPRESENTANTE TÉCNICO UNIDAD SOLICITANTE
IHSS
GERENCIA ADMINISTRATIVA
H.S.S.

JEFATURA DE SUMINISTROS
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.S.S.
Miembro de apertura y adjudicacion

ALMACEN DE SUMINISTROS H.S.S.
Miembro de apertura y adjudicacion

GUERIA MEDINTER

GUERIA MEDINTER S.DE.R.L
 P.O. Box 5-6 Calle, 6 Ave, Casa No. 11, San Pedro Sula, Cortes
 RTN: 05019012516160 Tel: 2552-0756, 2509-2333
 medinter12@gmail.com

Factura Credito

001-001-01-00001237

22-JUL-2024

Cliente : INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD SOCIAL

RTN : 08019003249605

Direccion : HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IHSS B. LA GRANJA, TEGUCIGALPA

Telefono : 31773377

observacion :

Vence : 20-SEP-2024

Codigo	Descripcion	Cantidad	Prec.Unit.	I.S.V	Valor
00266	CLORURO DE SODIO AL 0.9% BOLSA 500ML	5,000	26.00	0.00	130,000.00
	Ultima Linea				

ORIGINAL

25/7/24
 [Signature]
 RECIBI...
 IHSS TEGU

ciento treinta mil lempira exactos

No.Correlativo Orden Compra Exenta	No.Correlativo Constancia Reg.Exonerados	No. Identificativo del Registro SAG

Rango Autorizado : 001-001-01-00001001 - 001-001-01-00002000

CAI: BF0B82-E46AB1-A24997-BEC3C9-F49F75

Fecha Limite : 30-MAY-2025

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SUB-JEFATURA ADMINISTRATIVA LOCAL
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
 TEGUCIGALPA

Desc.y Rebajas Otorgados : L.	0.00
Importe Exento : L.	130,000.00
Importe Exonerado : L.	0.00
Importe Gravable 15% : L.	0.00
ISV 15% : L.	0.00
Importe Gravable 18% : L.	0.00
ISV 18% : L.	0.00

MEDINTER
 [Signature]
 Stacia Vallejo

Recibi Conforme 22/7/2024

Total Factura : L. 130,000.00

original: Cliente. Copia: Obligado Tributario Emisor.

La factura es beneficio de todos Exijala



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003830
Fecha	26.07.2024
Usuario	RMONCADA

Proveedor	HONDUMEDIC S DE R L , HONDUMEDIC S DE R L		
No.	900009557		
R.T.N.	08019011428859		
Dirección	TEGA COLONIA LA REFORMA CALLE PRINCIPAL CASA 2423 , DISTRITO CENTRAL, HN		
Email	hondumedichn@hotmail.com		Contacto:
Teléfono	97640993	FAX 22385812	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015520	6000033690	Medicamento	Compra Menor		CM-731-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	D01BA003	TAB	TERBINAFINA 250 MG TABLETA	400	28.80	0.00	11,520.00

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE COMERCIAL: AZIL
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-1120-0085
 CONCENTRACION: TABLETA
 PRESENTACION QUE OFRECE: C X 30
 LABORATORIO FABRICANTE: LABORATORIOS ANDIFAR
 PAIS DE ORIGEN: HONDURAS
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L	11,520.00
Impuesto	L	0.00
Total	L	11,520.00

Valor en Letras: ONCE MIL QUINIENTOS VEINTE LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-564-2024, LA COMPRA DE 400 TABLETAS DE TERBINAFINA (COMO CLORHIDRATO) 250MG TABLETA, CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015520 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000033690. SE ADJUDICA HA HONDUMEDIC. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA.

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los interesados y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Pois
 Subgerente de Suministros Mat. y Compras



REVISADO

FECHA: _____
 FOLIO#: 5
 ANALISTA CONTROL INTERNO

Subgerencia General
 Director Ejecutivo
 Oficina de Especialidades

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso, Comayagua, Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

1286

P/0 = 6000033690

%c = 1100003830

V
0



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-731-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 23 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE: 400 TABLETAS DE TERBINAFINA (CLORHIDRATO) 250MG TABLETA. VIA DE ADMINISTRACION: ORAL

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HONDUMEDIC	400	TAB	INMEDIATA	L 28.80	L 11,520.00		L 11,520.00
DROG. GUARDADO	400	TAB		NO HAY			
PHAR MED SALES	400	TAB		NO HAY			
DROG. PAYSAN	400	TAB		NO HAY			
FARINTER	400	TAB		NO HAY			
FARSIMAN	400	TAB		NO HAY			
SEVEN PHARMA	400	TAB		NO HAY			
PROCONSUMO	400	TAB		NO HAY			
AMERICANA	400	TAB		NO HAY			

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1- Hondumedic

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones tecnicas solicitadas y unico oferente.



Felisa Henriquez 10815
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



[Signature]
JEFATURA DE SUMINISTROS

ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.
Miembro de apertura y adjudicacion

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.
Miembro de apertura y adjudicacion

REVISADO

FECHA: _____

FOLIO#: 6

ANALISTA CONTROL INTERNO

30/8/24

Col. La Reforma, Calle Principal Una Cuadra Atrás de Galeria Paz, Edificio # 2423, Tegucigalpa
M.D.C. Honduras C.A.

Correo Electrónico : hondumedicn@hotmail.com
R.T.N. 08019011428859

Tel./Fax. (504) 2238-5812 Tel. (504) 2238-8778 Tel.(504) 2205-1701 Tel. (504) 2213-4958
RANGO AUTORIZADO 000-001-01-00016051 AL 000-001-01-00020050

I.H.S.S. (ESPECIALIDADES)

Col. La Granja Comayagua

RTN:

08019003249605

Dirección:

FACTURA No. 000-001-01-00017745

FECHA LIMITE DE EMISION: 13/09/2024

FECHA FACTURA 01/08/2024

FECHA VENCIMIENTO

31/08/2024

CAI: B09C4D-9B85A4-6049BB-D8CFD0-D5B2ED-27

ORDEN COMPRA No.

1100003830

1. Estimado Cliente: hacer los cheques a Nombre de HONDUMEDIC S. DE R.L
2. Revisar la Mercadería al Recibirla, No Aceptamos Reclamos Futuros, Ni Devoluciones.
3. Por Cada Cheque Devuelto se Cobrará L.600.00 Más Recargo de Banco
4. Esta Factura de Crédito no Constituye un Recibo de Pago, Reclame su Recibo.

FACTURA DE: Crédito 30 días

Nro. Corr. de O/C Exenta _____

Nro. Corr. Const. de Reg. Exonerado _____

Nro. Identificativo del REG. SAG _____

Cantidad	Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Porcentaje	Valor Total
1	400	TAB	3372	Terbinafina 250mg Tableta	28.8000	0%	11,520.00 ✓

Cantidad en Letras: ONCE MIL QUINIENTOS VEINTE CON 00/100 L.

			Subtotal: L. 11,520.00 ✓
			Descuentos y Rebajas: L. 0.0000
			Importe Exonerado: L. 0.00
			Importe Exento : L. 11,520.00
			Importe Gravado al 15%: L. 0.00
			Importe Gravado al 18%: L. 0.00
			Impuesto 15%: L. 0.00
			Impuesto 18%: L. 0.00
			Total de Impuestos: L. 0.00
Revisado Por:	Entregado Por:	Firma y Sello del Cliente	Total a Pagar: L. 11,520.00 ✓

REVISADO

FECHA: _____

FOLIO#: _____

F. _____
ANALISTA CONTROL INTERNO



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003880
Fecha	09.08.2024
Usuario	CMENDEZ

Proveedor	DISTRIBUIDORA LETERAGO S A , DISTRIBUIDORA LETERAGO S A		
No.	900009218		
R.T.N.	08019011354080		
Dirección	TEGA LA CAÑADA ANILLO PERIFERICO FRENTE, A LA TEXACO NUEVO MUNDO, DISTRITO CENTRAL, HN		
Email	aherrera@leterago.com.hn	Contacto:	
Teléfono	94775557	FAX 22458000	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015516	6000033987	Medicamento	Compra Menor		CM-711-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	R06AE002	TAB	CETIRIZINA 10 MG TABLETA	46,200	2.22	0.00	102,564.00

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE COMERCIAL: CETRILER 10MG
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-1018-0043
 FECHA DE VENCIMIENTO: 14.09.2025
 CONCENTRACION: 10 MG
 PRESENTACION QUE OFRECE: TAB
 LABORATORIO FABRICANTE: ROWE
 PAIS DE ORIGEN: REPUBLICA DOMINICANA
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	102,564.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	102,564.00

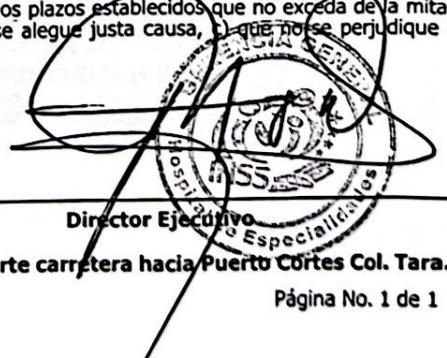
Valor en Letras: CIENTO DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-568-2024, LA COMPRA DE 46200 TABLETAS DE CETIRIZINA (HIDROCLORURO O DICLORHIDRATO)10MG TABLETA, AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE HOSPITALARIA, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.



Subgerente de Suministros Materiales y Compras

Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 9to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortés Col. Tara.

1100003880 ✓ C.



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-711-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 23 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:
46,200 TABLETAS DE CETIRIZINA (HIDROCLORURO O DICLORHIDRATO) 10MG TABLETA

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HONDUMEDIC	46,200	TAB	INMEDIATA	L 2.00	L 92,400.00		L 92,400.00
LETERAGO	46,200	TAB	INMEDIATA	L 2.22	L 102,564.00		L 102,564.00
ISI	46,200	TAB	4000, UND ENTREGA INMEDIATA/RESTO 30 DIAS	L 8.82	L 407,484.00		L 407,484.00
UNIVERSAL	46,200	TAB					NO HAY
PROMESA	46,200	TAB					NO HAY
PHAR MED	46,200	TAB					NO HAY
FARINTER	46,200	TAB					NO HAY
PAYSEN	46,200	TAB					NO HAY

AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1- Leterago

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas se adjudica al 2do oferente ya que en su presentación si cumple, el primero oferta 1 capsula de Gelatina blanda

Felisa Henríquez
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO
REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



[Signature]



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.
Miembro de apertura y adjudicación

[Signature]
JEFATURA DE SUMINISTROS
ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.
Miembro de apertura y adjudicación

leterago

DISTRIBUIDORA LETERAGO, SOCIEDAD ANONIMA

Anillo Periférico, Zona La Cañada, Frente Texaco Nuevo Mundo
Tegucigalpa, M.D.C., Honduras
RTN: 08019011354080
TEL. PBX (504) 2276-4430
Email: cflores@leterago.com.hn

Factura N°
000-001-01-00306738
Fecha Límite de Emisión:
04/10/2024
Rango de autorización
000-001-01-00282501
hasta 000-001-01-00314500

CAI: B11E89-7782E1-D44A8B-4EAB5A-E615D7-AC

Fecha: 13/08/2024

ORIGINAL

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social Dirección: Col. Miramontes, 1 cuadra antes de Banco Azteca contiguo a Localidad: Distrito Central-Francisco Morazá Tel: RTN: 00000000000000	Código de cliente: 679 VTA INST Vencimiento: 11/12/2024 Pedido No.: PV-00047978 Vendedor: DHARYE RODRIGUEZ Orden de compra: Cond. de Vta.: 120 días Transporte:	 CHGA0034465
Lugar de Entrega Descripción: Instituto Hondureño de Seguridad Social Dirección: Col. Miramontes, 1 cuadra antes de Banco Azteca contiguo Localidad: Distrito Central-Francisco Morazán		
Reg. Exoneración: N° de O/C Exenta: N° de Registro SAG:		

Código Producto	Canti dad	Canti. Boni.	Descripción	Cant. por Lote	Número Lote	Venci miento	Precio Unidad	%	Importe
004-020-0152	46.200		CETIRIZINA 10 MG TABLETA (Cetriler 10 mg x 1 comprimido)	46.200	18629	14/09/2025	2.22		102,564.00

*= Artículo gravado con impuesto de venta.



SUBTOTAL	102,564.00
DESCUENTO 3ª EDAD	0.00
DESCUENTO COMERCIAL	0.00
REBAJAS Y DESCUENTOS	0.00
IMPORTE EXONERADO	0.00
IMPORTE EXENTO	102,564.00
IMPORTE GRAVADO 15%	0.00
IMPORTE GRAVADO 18%	0.00
I.S.V. 15%	0.00
I.S.V. 18%	0.00
TOTAL	102,564.00

LEMPIRA: Ciento dos mil quinientos sesenta y cuatro con 00/100

Observaciones: OC No. 1100003880, Cotización 6000033987

Condiciones del Crédito

- El valor de esta factura queda sujeto al 2.0% de recargo por interés mensual en el pago total o parcial que exceda del tiempo en esta factura.
- La mercadería viaja por cuenta y riesgo del comprador.
- Esta factura no es comprobante de pago, exija su recibo de caja, único comprobante de pago.



RECIBO EN NOMBRE Y CON AUTORIZACION DE NUESTRO CLIENTE

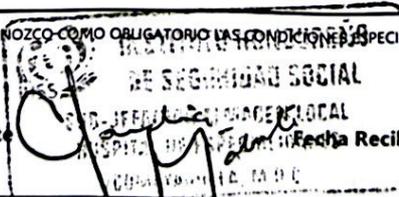
ACEPTO Y RECONOZCO COMO OBLIGATORIO LAS CONDICIONES ESPECIFICADAS EN ESTA FACTURA Y RECIBO UNIDADES CONFORME

Nombre y Apellido:

R.T.N.:

Firma transportista

Firma Cliente



Fecha Recibido

13 / 8 / 2024

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003815 ✓
Fecha	23.07.2024 ✓
Usuario	RMONCADA

Proveedor	PISA FARMACEUTICA DE HONDURAS S A, PISA FARMACEUTICA DE HONDURAS S A		
No.	900009284		
R.T.N.	08019008128298		
Dirección	COM MODELO ZONA 52 SUR OESTE DE GASOLI, NERA DIPPSA LAS TORRES CASA 2302, DISTRITOCENTRAL, H		
Email	alizardo@pharmedsales.com	Contacto:	
Teléfono	22333811	FAX 32249478	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015490	6000033413	Medicamento	Compra Menor		CM-702-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	B01AB006	FCO	HEPARINA SÓDICA 5,000UI/ML SLN FCO5ML ✓	2,215 ✓	135.00	0.00	299,025.00 ✓

Texto Largo:
Indicaciones:
 NOMBRE GENERICO: HEPARINA SODICA
 NOMBRE COMERCIAL: INHEPAR
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-0419-0042
 CONCENTRACION: 5000UI/ML
 PRESENTACION QUE OFRECE: FRASCO
 LABORATORIO FABRICANTE: PISA FARMACEUTICA
 PAIS DE ORIGEN: MEXICO
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total L 299,025.00
 Impuesto L 0.00
 Total L 299,025.00 ✓

Valor en Letras: DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL VEINTICINCO LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-528-2024, LA COMPRA DE 2,215 FRASCOS DE HEPARINA (SODICA) 5,000UI/ML SOLUCION INYECTABLE FRASCO 5ML, CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015490 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000033413. SE ADJUDICA HA PISA. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DIRECTORA MEDICA HE DRA. FANNY NAVAS, Y EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE NUTRICION PARENTERAL, HOSPITALARIA Y EMERGENCIA.

REVISADO

FECHA: _____
 FOLIO#: 5

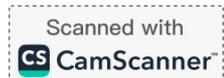
 LISTA CONTROL INTERNO

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los interesados y para la administración. Art 44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Por:
 Subgerente de Suministros Materiales y Compras

Director Ejecutivo





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-702-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 18 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE: 2,215 FRASCOS DE HEPARINA (SODICA) 5,000UI/ML SOLUCION INYECTABLE. FRASCO 5ML.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
DROG. PROMESA	2,215	FCO	INMEDIATA	L 96.00	L 212,640.00	✓	L 212,640.00
PISA	2,215	FCO	INMEDIATA	L 135.00	L 299,025.00	✓	L 299,025.00
HONDUMEDIC	2,215	FCO	INMEDIATA	L 254.00	L 562,610.00	✓	L 562,610.00
FARINTER	2,215	FCO		NO HAY			
PHAR MED SALES	2,215	FCO		NO HAY			
GUARDADO	2,215	FCO		NO HAY			
PAYSEN	2,215	FCO		NO HAY			
LAB. FINLAY	2,215	FCO		NO HAY			
PROCONSUMO	2,215	FCO		NO HAY			
DROG. AMERICANA	2,215	FCO		NO HAY			
FARSIMAN	2,215	FCO		NO HAY			
ANPHAR	2,215	FCO		NO HAY			

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- PISA

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas. ya se tiene el historial de ingreso, el primer oferente no es conocido. se le pide para pacientes de la unidad de hemodialis Felisa Hernandez con P 10825

[Handwritten signature]



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.I.H.S.S.

ALMACEN DE SUMINISTROS IHSS

Miembro de apertura y adjudicación

Miembro de apertura y adjudicación

REVISADO
FECHA: 13 AGOSTO/24
FOLIO#: 6
P-6
R-7
ANALISTA CONTROL INTERNO

Reingreso subsanado.

30/8/24



PISA FARMACEUTICA DE HONDURAS S.A.

Barrio la Granja, Frente a la Toyota, Col. el Prado, Calle Golan, Calzada Diaz Zelaya
Local #14, Bloque A, Contiguo a Instalaciones de Acero Honduras
Tegucigalpa, M.D.C., Tel: +504 2225-0080 / 2225-0195 / 2225-0209
jugomez@pisa.com.mx

FACTURA
No. 000-002-01-00004481 ✓

R.T.N. : 08019008128298 - CAI: 1C6D9B-41E293-4EBCE0-63BE03-090946-58 ✓

CODIGO: CL00001-GD
NOMBRE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION: TEGUCIGALPA
TELEFONO: +504 2263-4621

CIUDAD: TGU

FECHA FACTURA
05/08/2024 ✓

FECHA VENCIMIENTO
04/09/2024

TASA CAMBIO	RTN	ORDEN DE COMPRA	ALMACEN	OBSERVACIONES
24.86	08019003249605-		Bodega Principal	ORDEN DE COMPRA 1100003815
PLAZO	FECHA PEDIDO	VENDEDOR		
30	05/08/2024	KENYA GUEVARA		

LINEA	CODIGO	DESCRIPCION	LOTE	F.VCTO	U.M.	CANTIDAD	LS.V	PRECIO UNIT.	VALOR TOTAL
1	4038924	INHEPAR 5000.UI/ML C/1.FCO 5ml			UND	2215.00	0.00	L 135.00	L 299,025.00 ✓
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES POR PRODUCTO VENCIDO

REVISADO
FECHA: _____
FOLIO#: 4
ANEXOS CONTROL: _____

TOTAL USD	TASA DE CAMBIO	IMPORTE EXENTO	IMPORTE GRAVADO 15%	FLETE Y SEGURO	LS.V. 15%	DESCTOS. Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL FACTURADO
\$ 12,027.97	24.86	L 299,025.00	L 0.00	L 0.00	L 0.00	L 0.00	L 299,025.00

SUB TOTAL	\$	-
I.S.V.	\$	-
TOTAL	\$	-

IMPORTE EN LETRAS: DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL VEINTICINCO CON 00/100 LPS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUS JEFEAS ALMACEN LOCAL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES COMAYAGUE
RECIBIDA Y ACEPTADA POR 05/08/2024

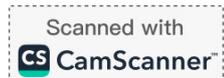
DESPUES DE 48 HORAS NO ACEPTAMOS DEVOLUCIONES NI RECLAMOS POR LA ENTREGA

SUB TOTAL	L	299,025.00
I.S.V.	L	0.00
TOTAL	L	299,025.00 ✓

ELABORADO POR: *Andrea D. Ormes*

Datos del Adquiriente Exonerado
N. Correlativo de la Orden de Compra Exenta: _____ N. Correlativo de la Constancia de Registro Exonerada: _____ N. Identificativa del registro SAG: _____

Rango Autorizado: 000-002-01-00004001 al 000-002-01-00005000 Fecha Límite de Emisión: 04/07/2025 Original: Cliente, Copia 1: Obligado Tributario Emisor, Copia 2: Archivo





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003821
Fecha	24.07.2024
Usuario	CMENDEZ

Proveedor	PRODUCTOS MEDICOS ESPECIALIZADOS, S DE R L DE C V		
No.	900021054		
R.T.N.	05019002069041		
Dirección	SPS VILLA EUGENIA 21 22 AVE 12 B CALLE, No 2, SANPEDROSULA, HN		
Email		Contacto:	
Teléfono	5581674	FAX	
		País: HN	Ciudad: Cortés

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015500	6000033509	Medicamento	Compra Menor		CM-698-IHSS-HE-2024	farmacias

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	V06CB018	LAT	FORMULA DE INICIO polvo, 400g Lata	100	273.25	0.00	27,325.00

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE GENERICO: FORMULA DE INICIO
 NOMBRE COMERCIAL: LECHE PARA LACTANTES
 REGISTRO SANITARIO: HN-A-0519-1606
 CONCENTRACION: 400G
 PRESENTACION QUE OFRECE: LATA
 LABORATORIO FABRICANTE: MARIO RIVERA
 PAIS DE ORIGEN: ESPAÑA
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	27,325.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	27,325.00

Valor en Letras: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO LEMPIRAS EXACTOS

OBSERVACIONES:

TEXTO DE ORDEN DE COMPRA SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-544-2024, LA COMPRA DE 100 LATAS FORMULA DE INICIO POLVO, 400,-454 . CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015500 Y CON PETICION DE OFERTA #6000033509 SE ADJUDICA A PROMESA QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA EL: ALMACEN LOCAL DE MEDICAMENTOS

DATOS DEL PROVEEDOR

Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

por:
 Subgerente de Suministros Mat.



Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

1000003821

P/O 6000035509

010



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-698-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 18 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

100 LATAS DE FORMULA DE INICIO POLVO 400-454G

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
PROMESA	100	LATA	INMEDIATO	L 273.25	L 27,325.00	L 4,098.75	L 31,423.75
LETERAGO	100	LATA	INMEDIATO	L 303.65	L 30,365.00	L 4,554.75	L 34,919.75
FARSIMAN	100	LATA	02 DIAS	L 354.05	L 35,405.00	L 5,310.75	L 40,715.75
PROCONSUMO	100	LATA					NO HAY
FARINTER	100	LATA					NO HAY
FINLAY	100	LATA					NO HAY
PAYSEN	100	LATA					NO HAY
AMERICANA	100	LATA					NO HAY
HONDUMEDIC	100	LATA					NO HAY
PISA	100	LATA					NO HAY
PHARMED SALES	100	LATA					NO HAY
UNIVERSAL	100	LATA					NO HAY
SERVIMEDICAL	100	LATA					NO HAY

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- PROMESA

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas ser oferente de menor precio.

Felisa Henríquez González
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

[Signature]



GERENCIA ADMINISTRATIVA
Miembro de apertura y adjudicación

[Signature]
ALMACÉN DE SUMINISTROS H.C.

Miembro de apertura y adjudicación

Colonia Buenos Aires, prolongación
Avenida Junior entre 11 y 12 calle N.E,
Municipio: San Pedro Sula, Departamento:
Cortes
Tel: 2508-2904 / 2551-6837 / 95171100
Correo: boliva@drogueriapromesa.com

Ofibodegas Rapaco, Contiguo a Gasolinera
Uno, Retorno Bulevar Kennedy Anillo
Periferico Hacia Suyapa Tercera Etapa,
Bodega # 24. Tegucigalpa, Honduras
Tel: 22431628 95171100
Correo: boliva@drogueriapromesa.com

ORIGINAL

PROMESA S.A. DE C.V.
R.T.N.: 05019002069041

C.A.I.: 1CE9DA-F2F840-0221E0-63BE03-090952-52
RANGO: 000-002-01-00056001 HASTA: 000-002-01-00059000
FECHA LÍMITE: 10/04/2025

Original: Cliente
Copia: Obligado Tributario Emisor

FACTURA: 000-002-01-00056706

No. Orden Compra Exenta: OC2024143243

No. Constancia Exonerado:

No. Registro SAG:

Cliente: 31-00094 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dirección: Ship to TEGUCIGALPA

Fecha: 09/08/2024

Hora: 09:49:21

Condiciones Crédito: CREDITO

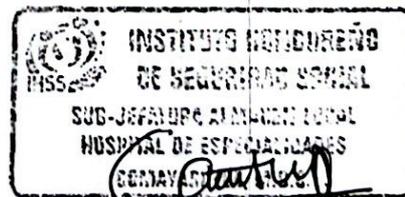
R.T.N.: 08019003249605

CREDITO

Vendedor: CFSV

Código	Descripción	Lote	Expira	Cant.	Precio Unit.	Total
Nutriben00019	FORMULA DE INICIO polvo, 400g Lata	M-24018	ene.-26	100	273.25	27,325.00

***** ULTIMA LÍNEA *****



9/8/2024

No olvide cancelar su factura antes de 30 días para no perder su descuento.

ORDEN DE COMPRA (OC):
1100003821

TODO CHEQUE DEBE SER EMITIDO A NOMBRE DE PROMESA S.A

SON: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO Y 00 / 100
LEMPIRAS.

Francisco L

ALMACÉN RECEPTOR

AUDITOR INTERNO

MONTO EXONERADO L	0.00
MONTO EXENTO L	27,325.00
MONTO GRAVADO 15% L	0.00
MONTO GRAVADO 18% L	0.00
DESCUENTO 3 EDAD L	0.00
DESCUENTOS Y REBAJAS L	0.00
I.S.V. 15% L	0.00
I.S.V. 18% L	0.00
TOTAL A PAGAR L	27,325.00



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003822
Fecha	24.07.2024
Usuario	CMENDEZ

Proveedor	CORPORACION DE LABORATORIOS FARMACEUTICO, S S DE R L, CORPORACION DE LABORATORIOS FARMACEUT		
No.	900010635		
R.T.N.	08019013542298		
Dirección	TEGA LOMAS GUIJARRO CGO A HOTEL INTERCON, TINENTAL Y OFFICE DEPOT AVE ROBLE 1714, DISTRITO CENTR		
Email	contabilidad.corpolabf@gmail.com	Contacto:	
Teléfono	22134067	FAX	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015489	6000033522	Medicamento	Compra Menor		CM-697-IHSS-HE-2024	farmacias

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	B02AA001	AMP	ACIDO TRANEXAMICO 500mg/5ml Sol iny amp	920	282.38	0.00	259,789.60

Texto Largo:
Indicaciones:
 NOMBRE GENERICO: ACIDO TRANEXAMICO
 NOMBRE COMERCIAL: ACIDO TRANEXAMICO INYECCION BP
 REGISTRO SANITARIO: HN.M-0323-0022
 CONCENTRACION: CADA ML CONT. 100MG
 PRESENTACION QUE OFRECE: CJA CON 10 AMP. X5ML
 LABORATORIO FABRICANTE: AURA LANZA
 PAIS DE ORIGEN: INDIA
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	259,789.60
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	259,789.60

Valor en Letras: DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 60/100

OBSERVACIONES:
 TEXTO DE ORDEN DE COMPRA SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR- 545-HDE-2024, LA COMPRA DE 920 AMPOLLAS DE ACIDO TRANEXAMICO 500MG/5ML SOLUCION INYECTABLE. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015489 Y CON PETICION DE OFERTA #6000033522 SE ADJUDICA A CORPOLABF QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE: FARMACIAS HE .

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, no concederá a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos que no exceda de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivamente.

per.



Subgerente de Suministros Mat. y Compras

Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

6000033522

chs



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION



ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-697-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 18 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

920 AMP DE ACIDO TRANEXAMICO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
SERVIMEDICA	920	AMP	INMEDIATO	L 105.00	L 96,600.00		L 96,600.00
LETERAGO	920	AMP	INMEDIATO	L 117.00	L 107,640.00		L 107,640.00
BERNA	920	AMP	1 A 3 DIAS	L 180.00	L 165,600.00		L 165,600.00
HONDUMEDIC	920	AMP	INMEDIATO	L 230.00	L 211,600.00		L 211,600.00
AMERICANA	920	AMP	1 DIA	L 231.67	L 213,136.40		L 213,072.00
CORPOLABF	920	AMP	INMEDIATO	L 282.38	L 259,789.60		L 213,136.40
UNIVERSAL	920	AMP					NO HAY
FARINTER	920	AMP					NO HAY
PAYSEN	920	AMP					NO HAY
PROCONSUMO	920	AMP					NO HAY
PISA	920	AMP					NO HAY
PHARMED SALES	920	AMP					NO HAY
FINLAY	920	AMP					NO HAY
FARSIMAN	920	AMP					NO HAY

VERIFICADO QUE DICHAS COTIZACIONES FUERON PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA, SE PROCEDE A CLASIFICAR AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1- CORPOLABF

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones tecnicas solicitadas, se adjudica al sexto oferente, por ser original, y por los problemas presentados ultimamente en los pacientes que se les aplica dicho medicamento.

NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

[Handwritten signature]



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E. Miembro de apertura y adjudicación

[Handwritten signature]



ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.S. Miembro de apertura y adjudicación

CORPOLABF®

FACTURA
000-002-01-00007061

CORPORACION DE LABORATORIOS FARMACEUTICOS, R. L.
TEGUCIGALPA, M. D. C., Lomas del Guijarro Sur, Avenida Roble,
Local 3, Contiguo a Hotel Intercontinental
TELS: (504) 2202-1180
e-mail: contabilidad.corpolabf@gmail.com

Fecha de factura: 30/julio/2024
Forma de pago: 30 días fecha / factura
Visitador(a): ARELY ORDOÑEZ

R.T.N. 08019013542298

CAI: EC5F44-E76294-AA4B96-275E35-867960-C7
RANGO: 000-002-01-00006901 a 000-002-01-00007500
Fecha Límite de emisión: 20/06/2025

Cliente: INSTITUTO HONDUREÑO DEL SEGURO SOCIAL R. T. N: 0801-1900-3249605 Orden de Compra: 1100003822

Dirección: Tegucigalpa

Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Sub-Total	Desc.	Total
0607001	TRANEXIN 100 MG/ML SOL. ORAL CAJA X 5 AMPOLLAS CAJA X 5 Lote: TRN017 184 Vencimiento: 31/07/2025	184	1,411.90	259,789.60	0.00	259,789.60

OBSERVACIONES:

CANTIDAD EN LETRAS: DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE CON 60/100 LEMPIRAS

No. DE ORDEN DE COMPRA EXENTA: _____

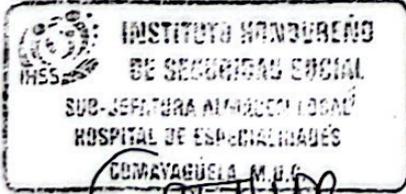
No. DE CONSTANCIAS DE REGISTRO DE EXONERACIÓN: _____

No. DE REGISTRO DE LA S.A.G.: _____

NOTA: NO SE ACEPTAN RECLAMOS 30 DIAS DE CREDITO DESPUES DE ESTE PLAZO SE COBRARA INTERESES MORATORIOS

RESUMEN

DESC. Y REB. OTORG.	L	-
IMPORTE EXONERADO		0.00
IMPORTE EXENTO	L	259,789.60
IMPORTE GRAV. 15%	L	-
IMPORTE GRAV. 18%		0.00
ISV 15%		0.00
ISV 18%		0.00
IMPORTE TOTAL	L	259,789.60



Firma y Sello del Cliente: 31/7/2024

Despachado por: _____



Facturado por: _____

Original - Cliente Copias - Crédito y Obligado Tributario



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
RTN 0801-900-3249605
SUBGERENCIA DE SUMINISTROS MATERIALES Y COMPRAS
Tel.Teg.2222-69-22/ H.E 2225-2317, S.P.S. 2551-3055
ORDEN DE COMPRA LOCAL

No.	1100003844
Fecha	31.07.2024
Usuario	WMARTINEZ

Proveedor	DROGUERIA PROCONSUMO SA DE CV,, DROGUERIA PROCONSUMO SA DE CV		
No.	900015226		
R.T.N.	08019995253766		
Dirección	COMAYAGUELA COLONIA LAS TORRES CARRETERA AL BATALLON CONTIGU, COMAYAGUELA COLONIA LAS TORRES CAR		
Email	legal@centroamericanconsulting.com	Contacto:	
Teléfono	22211259	FAX 22681410	País: HN Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000015531	6000033887	Medicamento	Compra Menor		CM-717-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	G03DA005	CAP	PROGESTERONA MICRONIZADA 100mg capsula	3,990	17.14	0.00	68,388.60

Texto Largo:

Indicaciones:

NOMBRE GENERICO: PROGESTERONA MICRONIZADA
NOMBRE COMERCIAL: GESLUTIN 100MG
REGISTRO SANITARIO: HN-M-1022-0067
PRESENTACION QUE OFRECE: CAJA 30 CAP
PAIS DE ORIGEN: ESTADOS UNIDOS
TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	68,388.60
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	68,388.60

Valor en Letras: SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO LEMPIRAS CON 60/100

OBSERVACIONES:

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-575-HDE-2024, LA COMPRA DE 4000 CAPSULAS DEPROGESTERONA MICRONIZADA 100MG.CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000015531Y CON PETICION DE OFERTA #6000033887 SE ADJUDICA A DROGUERIA PROCONSUMO QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA 3,990. CAPSULAS DE DEPROGESTERONA , AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA.

DATOS DEL PROVEEDOR	
Fecha de recibido	
Nombre y Firma	
Sello	

Ley del procedimiento administrativo Art 43: Los plazos establecidos en esta u otras Leyes serán obligatorios para los intereses y para la administración. Art.44: La administración salvo precepto expreso en contrario, podrá conceder a petición de los interesados una prórroga de los plazos establecidos o de la mitad de los mismos cuando ocurran las siguientes circunstancias: a) que se pida a antes de expirar el plazo, b) que se alegue justa causa, c) que no se perjudique a terceros, no se concederá más de una prórroga de plazo respectivo.

Per:

Subgerente de Suministros Mat. y Compras

Director Ejecutivo

Teg., Barrio abajo edificio administrativo 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.

Página No. 1 de 1



**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES IHSS
COMITÉ DE ADJUDICACION**

ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-717-IHSS-HE-2024

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 23 DIAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:
4,000 CAPSULAS DE PROGESTERONA MICRONIZADA 100MG.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
PROCONSUMO	3,990	CAP	INMEDIATA	L 17.14	L 68,388.60		L 68,388.60
HONDUMEDIC	4,000	CAP					NO HAY
PAYSEN	4,000	CAP					NO HAY
PROMESA	4,000	CAP					NO HAY
LETERAGO	4,000	CAP					NO HAY
FARINTER	4,000	CAP					NO HAY
PHAR MED	4,000	CAP					NO HAY
UNIVERSAL	4,000	CAP					NO HAY
AMERICANA	4,000	CAP					NO HAY

AL PROVEEDOR FAVORECIDO CON DICHA COMPRA, Y QUE POR CONSENSO DE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, LO ANTERIOR SE LE ADJUDICA AL PROVEEDOR:

1.- Proconsumo

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas y el unico oferente.

Felisa Hernández
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE



[Signature]
GERENCIA ADMINISTRATIVA
Miembro de apertura y adjudicación



[Signature]
ALMACEN DE SUMINISTROS H.S.S.
Miembro de apertura y adjudicación





Tipo de Documento: ORIGINAL

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social	Código: CI000001
RTN: 08019003249605	Atención:
Dirección: Edificio Barrio Abajo, 0801-DISTRITO CENTRAL, HONDURAS	
Ciudad: 0801-Distrito Central	Teléfono: 2222-6922

FECHA 13/08/2024	VENCE 12/09/2024
TÉRMINOS DE PAGO Crédito 30 Días	
PEDIDO 2222-6922	REFERENCIA 110791887
VENDEDOR ZCS: Maely Sarahi Funes	

Item	Cant.	Descripción	Lote	Cant x Lote	Código Barra	P. Público	P. Unitario	P. Neto	DTE%	DE%	Descuentos y Rebajas Otorgadas	ISVND	Importe
4005064	133	Geslutin 100 mg, 30 capsulas	08057-TGU-JUN24	133	7401069004726	960 30	514.20	514.20	0.00	0.00	0.00	EXE N	68,388.60

Total a pagar en Lempiras: SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO Y 60/100

Notas:
 O/C 1100003244 Basado en Ofertas de ventas 2482093. Based On Sales Orders 2641286. Basado en Entregas 112465771.
 Nro. orden compra exenta: Nro. const. del reg. exonerados
 Nro. registro de la SAG:

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 HONDURAS
 SUB-DIRECCIÓN DE INGRESOS FISCAL
 HONDURAS
 COMPTONBUENA, S.A. DE C.V.
 FECHA: 13/8/2024
 HORA:

Sub-Total	L.	68,388.60
Descuentos Otorgados	L.	0.00
Sub-Total	L.	68,388.60
Importe Exento	L.	68,388.60
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
Total a Pagar	L.	68,388.60

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.
 Para gestionar sus quejas y reclamos escanee el código QR.
 También puedes llamar al teléfono 2276-4756 ext. 1082 o ingresar a proconsumohn.com y contáctanos.



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: 000-001-01-00725001 Hasta: 000-001-01-00795000 Fecha Limite Emision: 14/11/2024

