



**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.	1300004696
Fecha	03.12.2024
Usuario	RMONCADA

✓ #1277

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000007704	6000036781	MMQ	Compra Menor		CM-1277-IHSS-HE-2024	sala de operaciones

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impesto.	Total
00010	2100002549	UND ✓	COMPRESAS QUIRÚRGICAS DESCARTABLES	20,000 ✓	14.20 ✓	0.00	284,000.00 ✓

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**  
 NOMBRE DEL FABRICANTE: NI MEDICAL  
 TIEMPO DE ENTREGA: 1-DIA

Sub Total	L.	284,000.00 ✓
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	284,000.00 ✓

Valor en Letras: DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA LA COMPRA DE 20,000 UNIDADES DE COMPRESAS QUIRURGICAS DESCARTABLES. SEGUN MEMO NO. 831-JSO-24. SOLICITADO POR LA JEFA DE SALA DE OPERACIONES LA LIC. MERLYN JULIETTE TURCIOS. CON EL VISTO BUENO DEL DR HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE.

**REVISADO**  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIO: 5  
 R.A. \_\_\_\_\_  
 ANALISTA CONTROL INTERNO

DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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

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

P/O 5000033001

12 1300000000



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1277-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE: 20,000 UNIDADES DE COMPRESAS QUIRURGICAS DESCARTABLES

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
MEDITEC ✓	20,000	UND	1-5 DIAS ✓	L 12.00	L 240,000.00	L -	L 240,000.00
HONDUMEDIC ✓	20,000	UND	1-DIA ✓	L 14.20	L 284,000.00	L -	L 284,000.00
SUPLIMEDIC ✓	20,000	UND	1-3 DIAS ✓	L 17.14	L 342,800.00	L -	L 342,800.00
GAMEDICAL	20,000	UND		NO HAY ✓	L -	L -	L -
HEALTHCARE	20,000	UND		NO HAY ✓	L -	L -	L -
DIMEX	20,000	UND		NO HAY ✓	L -	L -	L -
DICOSA	20,000	UND		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:  
\* Se adjudica a este oferente por poseer el insumo requerido de manera URGENTE por nuestro servicio - y con la entrega más rápida, para nuestra necesidad. - ✓

*Malin Juliette Torres Reyes* #90124  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación



*Ángel D. Queiroz*  
ALMACÉN DE SUMINISTROS H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación



REVISADO

FECHA: \_\_\_\_\_

FOLIO: 6

R.A. \_\_\_\_\_

ANALISTA CONTROL INTERNO



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

Correo Electronico : hondumedic@hondumedic.com

R.T.N. 08019011428859

Tel. (504) 2213-4958 Tel. (504) 2238-8778 Fax. (504) 2238-5812

RANGO AUTORIZADO 000-001-01-00020051 AL 000-001-01-00024050

Cliete :	I.H.S.S (ESPECIALIDADES) ✓	RTN CLIENTE:	8019003249605 ✓
Ciudad:	COMAYAGUELA		
Dirección :	COL LA GRANJA		
FACTURA No.	000-001-01-00020051 ✓	Fecha Limite de Emision:	16/06/2025
FECHA FACTURA	06/12/2024 ✓	FECHA VENCIMIENTO	06/01/2025
CAI : 223F7A-8D7172-B815E0-63B303-090907-04		ORDEN DE COMPRA:	1300004696

1.- Estimado Cliente: hacer los cheques a Nombre de HONDUMEDIC S. DE R.L.	FACTURA DE :	CREDITO	X	30 DIAS
2.- Revisar la Mercadería al Recibirla, no aceptamos reclamos futuros, ni devoluciones.		CONTADO		
3.- Por Cada Cheque Devuelto se cobrará L. 400.00 mas recargo del Banco.				
4.- Esta Factura al Credito no constituye un recibo de pago, reclame su recibo.				

TODA FACTURA VENDIDA, PAGARA EL TIPO DE INTERES LEGAL, NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES. ESTA MERCADERIA SE DESAGA LA POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR

1	20,000	UNID	COMPRESAS QUIRURGICAS DESCARTABLES	14.20	284,000.00

**REVISADO**  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIO: 4  
 R.A. \_\_\_\_\_  
 ANALISTA CONTROL INTERNO

DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CON 00/100 LEMPIRAS

Sub-Total	284,000.00 ✓
Descuentos y Rebajas	
Importe Exonerado	
Importe Exento	284,000.00
Importe Gravado al 15%	
Impuesto S/Venta 15%	
<b>Total</b>	<b>284,000.00 ✓</b>

Revisado por: \_\_\_\_\_  
 Entregado por: \_\_\_\_\_  
 Firma y Sello del Cliente

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXUALA"



**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.	1100004399
Fecha	04.12.2024
Usuario	RMONCADA

# 1278

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000016136	6000036803	Medicamento	Compra Menor		CM-1278-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	N05AH003	TAB	QUETIAPINA 300MG TAB	120	12.00	0.00	1,440.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**  
 NOMBRE COMERCIAL: QUETIAPINA  
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-0621-0190  
 CONCENTRACION: 300MG TABLETAS  
 PRESENTACION QUE OFRECE: C X 10  
 LABORATORIO FABRICANTE: CAPLIN POIN LABORATORIES  
 PAIS DE ORIGEN: INDIA  
 TIEMPO DE ENTREGA: 1-DIA

Sub Total	L.	1,440.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	1,440.00

Valor en Letras: MIL CUATROCIENTOS CUARENTA LEMPTRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-998-2024, LA COMPRA DE 120 TABLETAS DE QUETIAPINA (FUMARATO) 300MG TABLETA, CON SOLICITUD DE PEDIDO # 1000016136 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000036803. SE ADJUDICA HA HONDUMEDIC. QUE OFERTA ENTREGA 1 DIA.AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA 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	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

**REVISADO**

FECHA: 5

FOLIO#: \_\_\_\_\_

F. \_\_\_\_\_

ANALISTA CONTROL INT...

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.

*[Firma]*



Subgerente de Suministros Materiales y Compras

*[Firma]*

Director Ejecutivo



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1278-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**120 TAB. QUETIAPINA (FUMARATO) 300MG TABLETA.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HONDUMEDIC	120	TAB	1 DIA	L 12.00	L 1,440.00		L 1,440.00
DROG. PROCONSUMO	120	TAB	INMEDIATA	L 99.59	L 11,950.80		L 11,950.80
DROG. GUARDADO	120	TAB					NO HAY
DROG. UNIVERSAL	120	TAB					NO HAY
PHAR MED SALES	120	TAB					NO HAY
DROG. AMERICANA	120	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 de sucepta tiempo de entrega.

*[Signature]*  
 NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO  
 REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

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

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
 Miembro de apertura y adjudicacion  
 @IHSSHonducas

JEFATURA DE SUMINISTROS

**REVISADO**

FECHA: \_\_\_\_\_

FOLIO#: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**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**

#1279

No.	1100004407
Fecha	05.12.2024
Usuario	WMARTINEZ

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000016137	6000036811	Medicamento	Compra Menor		CM-1279-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	N06DA004	PCH	RIVASTIGMINA 9.5MG PARCHE TRANSDERM 10CM	1,000	77.75	0.00	77,750.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**

NOMBRE GENERICO: RIVASTIGMINA  
 NOMBRE COMERCIAL: EXELON PARCHES  
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-0119-0082  
 CONCENTRACION: 9.5MG  
 PRESENTACION QUE OFRECE: CAJAX30 PARCHE  
 LABORATORIO FABRICANTE: LTS LOHMANN THERAPIE  
 PAIS DE ORIGEN: ALEMANIA  
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATTA

Sub Total	L.	77,750.00
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>77,750.00</b>

Valor en Letras: SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-999-2024, LA COMPRA DE 1000 PARCHES DE RIVASTIGMINA 9.5MG PARCHE TRASDERMICO DE 10CM2, AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA

REVISADO

FECHA: \_\_\_\_\_

FOLIOS: 6

ANALISTA CONTROL: \_\_\_\_\_

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.

*[Firma]*



*[Firma]*

Subgerente de Suministros Materiales 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.

PO 6000036814  
 OIG 400000407



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

**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1279-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**1,000 PCH DE RIVASTIGMINA 9.5MG PARCHE TRANSDERMICO DE 10CM.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
DROG. FARSIMAN	1,000	PCH	INMEDIATA	L 77.75	L 77,750.00		L 77,750.00
HONDUMEDIC	1,000	PCH					NO HAY
PHAR MED SALES	1,000	PCH					NO HAY
DROG. UNIVERSAL	1,000	PCH					NO HAY
DROG. GUARDADO							NO HAY
DROG. AMERICANA	1,000	PCH					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. Farsiman

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:  
*Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas y es el unico oferente*

*Felisa Henríquez* 10825  
 NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
 Miembro de apertura y adjudicación

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

**REVISADO**  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIO: 7  
 ANALISTA CONTROL M...

**DROGUERIA FARSIMAN, S. DE R. L.**

Bo. El 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 10/12/2024	CLIENTE CD050-0123	PAG. 1/1
<b>FACTURA</b>		<b>000-001-01-00680253</b>

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
556628	1100004407	INSTITUCIONAL PUBLICO ZC - VENDEDOR CAMPO

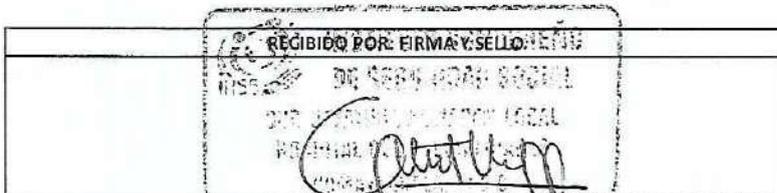
ARTICULO	UNIDADES	PRESENTACIÓN	LOTE FAB	FECHA VENCE	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
N06DA004	990	PARCHE	ALT508240A	01-11-2025	RIVASTIGMINA 9.5MG PARCHE TRASDERM 10CM	LPS 77.75	LPS 76,972.50



EXENTO	LPS	76,972.50	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

<b>TOTAL NETO</b>	<b>DESCUENTO Y REBAJAS</b>	<b>SUBTOTAL</b>	<b>IMPUESTO</b>	<b>TOTAL FACTURA</b>
LPS 76,972.50	LPS 0.00	LPS 76,972.50	LPS 0.00	LPS 76,972.50

Total: SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS LEMPIRAS CON 50/100



FECHA RECIBIDO
11-DIC-2024

# DROGUERIA FARSIMAN S. de R. L.

Bodegas Diamond Steel (No. 5A), Blvd. Kuwait, entrada a Res. Las Vegas  
Tegucigalpa, Honduras  
PBX 2553-0321  
[drogueriateg@farsiman.com](mailto:drogueriateg@farsiman.com)

Tegucigalpa, M.D.C.  
11 de diciembre del 2024

Dra. Felisa Henríquez  
IHSS Especialidades

**Asunto:** Entrega de Rivastigmina 9.5mg

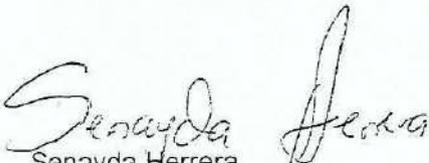
Estimada Dra. Felisa,

Por este medio comunicamos que se realizará la entrega de 990 Parches de Rivastigmina 9.5 mg parche transdermico de 10 cm, en la que fuimos adjudicados en la orden de compra N. 1100004407, ya que se realiza entrega de cajas completas y cada caja de Rivastigmina contiene 30 Parche.

Agradecemos la atención y su comprensión a la presente.

†

Se suscribe de usted, muy atentamente.

  
Senayda Herrera  
Asistente de Ventas Institucional

C.C Martha Chávez  
Asesora Comercial Institucional



<b>REVISADO</b>	
FECHA:	3
FOLIO:	
ANALISTA CONTROL	



**INST. JTO 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.	1100004398
Fecha	04.12.2024
Usuario	RMONCADA

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000016138	6000036802	Medicamento	Compra Menor		CM-1280-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	G04BD001	TAB 6	TOLTERODINA 2 MG TABLETA	8,000	35.90	0.00	287,200.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**

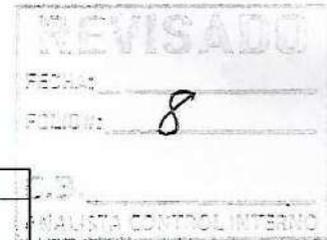
NOMBRE COMERCIAL: DETRUSITOL  
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-1018-0106  
 CONCENTRACION: 2MG TABLETAS  
 PRESENTACION QUE OFRECE: C X 28  
 LABORATORIO FABRICANTE: PFIZER  
 PAIS DE ORIGEN: ITALIA  
 TIEMPO DE ENTREGA: 5,000/1DIA

Sub Total	L.	287,200.00
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>287,200.00</b>

Valor en Letras: DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-1000-2024, LA COMPRA DE 8,000 TABLETAS DE TOLTERODINA(TARTRATO)2MG TABLETA, AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA 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	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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.



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



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1280-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**8,000 TAB. TOLTERODINA (TARTRATO) 2MG TABLETA.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HONDUMEDIC	8,000 ✓	TAB ✓	5,000 TAB. 01 DIA/REST. 25 DIAS	L 35.90 ✓	L 287,200.00 ✓		L 287,200.00 ✓
DROG. PROCONSUMO	8,000 ✓	TAB ✓					NO HAY ✓
DROG. GUARDADO	8,000 ✓	TAB ✓					NO HAY ✓
DROG. UNIVERSAL	8,000 ✓	TAB ✓					NO HAY ✓
PHAR MED SALES	8,000 ✓	TAB ✓					NO HAY ✓
DROG. AMERICANA	8,000 ✓	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.  
se. Aceptan las condiciones de entrega.

FECHA: \_\_\_\_\_  
FOLIO: 9



Felisa Henriquez 10825  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

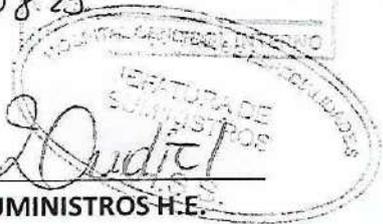
REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

[Signature]

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E. IHSS  
Miembro de apertura y adjudicacion

[Signature]

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





Tegucigalpa, M.D.C. 08 de Enero del 2025

**Lic. Karen Castillo**  
**IHSS Especialidades**  
**Presente**

Estimada Licenciada:

Por este medio le hacemos llegar un atento y cordial saludo, y a la vez notificarle con respecto a la orden de compra N° 1100004398 donde se nos adjudican:

8,000 TAB TOLTERODINA 2MG TABLETA

Al momento de cotizarles las teníamos completas, pero se nos terminaron y solamente tenemos lo facturado.

Por lo que solicitamos que metan a pago solamente lo facturado.

Esperando siempre poder servirles ya que para nosotros es un placer tenerles como clientes.

Atentamente.

  
Lic. Jessica Jablonicky  
Coordinadora Comercial  
HONDUMEDIC S. de R.L.

<b>REVISADO</b>	
FECHA:	_____
FOLIOS:	7
C.B.	_____
BY ANEXO CONTROL INTERNO	

*Handwritten notes:*  
9:48  
10/1



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

FACTURA No. 000-001-01-00020051/4 FECHA LIMITE DE EMISION: 16/06/2025  
 FECHA FACTURA 11/12/2024 FECHA VENCIMIENTO 10/01/2025  
 CAI: 223F7A-8D7172-B815E0-63BE03-090907-04 ORDEN COMPRA No. 1100004398

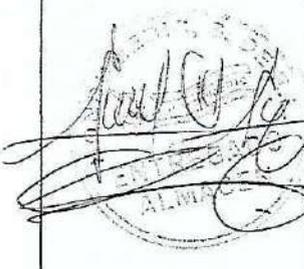
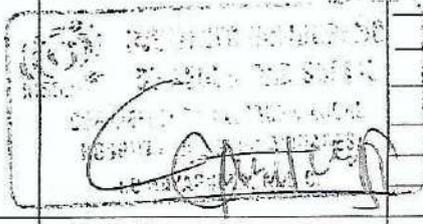
1. Estimado Cliente: hacer los cheques a Nombre de HONDUMEDIC S. DE R.L.  
 2. Revisar la Mercadería al Recibirlo, No Aceptamos Registros Faltos, Ni Devoluciones.  
 3. Por Cada Cheque Devuelto se Cobrará L.600.00 Más Recargo de Banco  
 4. Esta Factura de Crédito no Constituye un Recibo de Pago, Reclame 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	5,432	TAB	3813	Tolterodina 2MG TAB	35.9000	0%	0%	195,008.80
---	-------	-----	------	---------------------	---------	----	----	------------

REVISADO  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIO: 5  
 C.B.  
 ANALISTA CONTROL INTERNO

Cantidad en Letras: CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL OCHO OCHON 381100 L.

 Revisado Por:	 Entregado Por:	 Firma y Sello del Cliente	Subtotal: L. 195,008.80
			Descuentos y Rebajas: L. 0.0000
			Importe Exonerado: L. 0.00
			Importe Exento : L. 195,008.80
			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
			Total a Pagar: L. 195,008.80

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS \*EXIJALA\*





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

Ciudad: Col. La Granja Comayaguela

RTN: 08019003249605

Dirección: /

FACTURA No. 000-001-01-00020051  
 FECHA FACTURA 08/01/2025  
 CAI: 223F7A-8D7172-B815E0-63BE03-090907-04  
 FECHA LIMITE DE EMISION: 16/06/2025  
 FECHA VENCIMIENTO 07/02/2025  
 ORDEN COMPRA No. 1100004398

1. Estimado Cliente: hacer los cheques a Nombre de HONDUMEDIC S. DE R.L.  
 2. Revisar la Verdad del Recibo. No Recibir Recibo Futuro. Ni Deudas.  
 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	2,380 ✓	TAB	3813	Tolterodina 2MG TAB	35.9000	0%	0%	85,442.00 ✓
---	---------	-----	------	---------------------	---------	----	----	-------------

REVISADO  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIOS: 6  
 C.S.  
 LISTA CONTROL INTERNO

 Revisado Por:	 Entregado Por:	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TEGUCIGALPA, M.D.C. HONDURAS 8/01/2025	Subtotal: L. 85,442.00 ✓
			Descuentos y Rebajas: L. 0.0000 Importe Exonerado: L. 0.00 Importe Exento: L. 85,442.00 ✓ 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
Total a Pagar: L. 85,442.00 ✓			

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.	1300004750 ✓
Fecha	16.12.2024 ✓
Usuario	RMONCADA

A 1281

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000007686	6000036904	MMQ	Compra Menor		CM-1281-IHSS-HE-2024	ortopedia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impesto.	Total
00010	2100000814	UND	CLAVO BLOQUEADO DE HUMERO	40 ✓	7,450.00	0.00	298,000.00 ✓

**Texto Largo:**  
**Indicaciones:**  
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	298,000.00 ✓
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	298,000.00 ✓

Valor en Letras: DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO No 152-GGHO-HE/IHSS-2024 LA COMPRA DE 40 PIEZAS DE CLAVO BLOQUEADO DE HUMERO, CON SOLICITUD DE PEDIDO # 3000007686 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000036904. SE ADJUDICA HA ORTOSHOP. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. SOLICITADO POR DR. WALTHER RODRIGUEZ GERENCIA GESTION HOSPITALARIA DE ORTOPEDIA, AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO VELASQUEZ GERENTE GENERAL HE.

**REVISADO**  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIO: 5  
 LISTA CONTROL INTERNO

DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1281-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 10 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

**40 PIEZAS DE CLAVO BLOQUEADO DE HUMERO.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
ORTOSHOP	40	PZA	INMEDIATA	L 7,450.00	L 298,000.00		L 298,000.00
INNOVAMEDIC	40	PZA					NO HAY
PHAR MED SALES	40	PZA					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:

ya que son los únicos que

ofrecen  
Jorge Elvira 12,75

NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO  
REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

*[Handwritten signature]*



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación



Angel L. Ordoñez  
ALMACÉN DE SUMINISTROS H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación

FEDERAL \_\_\_\_\_  
FOLIO: 6  
\_\_\_\_\_  
ANÁLISIS CONTROL INTERNO



**OrtoShop**  
Todo en Implantes Ortopédicos

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

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

**FACTURA**

**No. 000-001-01-00008664**

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 19 de Diciembre de 2024

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS RTN: 08019003249605

CANT.	DESCRIPCIÓN	VALOR UNIT.	TOTAL
40	eleros bloqueados de número ✓	7.450.00	298.000.00



70/93/2024  
70:706

4A

No. Orden de Compra Exenta:	Importe Exento	L. 298.000.00
No. Constancia registro de exonerado:	Importe Exonerado	L.
No. Registro de la SAG:	Importe ISV	L.
Son L.: <u>Veintiuno Noventa y Ocho mil Lempias</u>	Descuento	L.
<u>Exacto</u>	Rebaja	L.
	ISV 15%	L.
	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>L. 298.000.00</b>

**"La factura es beneficio de todos, exijata"**

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

Firma

ARTES GRAFICAS RIVERA / Rafael Rivera Perez, (504) 2238-4462 R.T.N. 080196702224, CERTIFICADO: 9291-23-10300-109



**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**

# 1282

No.	1100004397
Fecha	04.12.2024
Usuario	RMONCADA

<b>Proveedor</b>	DROGUERIA GUARDADO S DE R L, , DROGUERIA GUARDADO S DE R L		
<b>No.</b>	900006222		
<b>R.T.N.</b>	08019005005969		
<b>Dirección</b>	TEGA LA REFORMA EDIF DISA I I, , DISTRITOCENTRAL, HN		
<b>Email</b>	dguardadohn@yahoo.com	<b>Contacto:</b>	
<b>Teléfono</b>	22377777	<b>FAX 2398586</b>	<b>País: HN Ciudad: Francisco Morazán</b>

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000C16139	6000036801	Medicamento	Compra Menor		CM-1282-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	D01BA003	TAB 4	TERBINAFINA 250 MG TABLETA 6	400	26.26	0.00	10,504.00

**Texto Largo:**  
**Indicaciones:**  
 NOMBRE GENERICO: TERBINAFINA CLORHIDRATO  
 NOMBRE COMERCIAL: AZIL  
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-1120-0085  
 CONCENTRACION: 250MG  
 PRESENTACION QUE OFRECE: TABLETAS  
 LABORATORIO FABRICANTE: LAB. ANDIFAR  
 PAIS DE ORIGEN: HONDURAS  
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	10,504.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	10,504.00

Valor en Letras: DIEZ MIL QUINIENTOS CUATRO LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-1001-2024, LA COMPRA DE 400 TABLETAS DE TERBINAFINA (COMO CLORHIDRATO) 250MG TABLETA, CON SOLICITUD DE PEDIDO # 1000016139 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000036801. SE ADJUDICA HA GUARDADO. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA 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 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.



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

**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1282-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**400 TAB TERBINAFINA (COMO CLORHIDRATO) 250MG TABLETA VIA DE ADMINISTRACION ORAL**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
DROG. GUARDADO	400 ✓	TAB	INMEDIATO ✓	L 26.26	L 10,504.00		L 10,504.00
HONDUMEDIC	400 ✓	TAB	INMEDIATA ✓	L 28.80	L 11,520.00		L 11,520.00
DROG. PROCONSUMO	392	TAB	INMEDIATO ✓	L 97.21*	L 38,106.32		L 38,106.32
DROG. AMERICANA	400 ✓	TAB					NO HAY ✓
PHAR MED SALES	400 ✓	TAB					NO HAY ✓
DROG. UNIVERSAL	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.- Guardado

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:  
Cumple con las especificaciones tecnicas solicitadas y entrega inmediata.

*Felisa Hernandez*  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO: 10825  
REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

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

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

**REVISADO**  
FECHA: \_\_\_\_\_  
FOLIO: 5  
C.B. \_\_\_\_\_  
ANALISTA CONTROL INTERNO

# Drogueria GUARDADO

Drogueria Guardado S. de R.L. de C.V.  
 Col. La Reforma, Edificio DISA II, Tegucigalpa MDC  
 Honduras, C.A. Tel: 2238-8584 / 2237-7777  
 Email: dguardado\_hn@yahoo.com  
 www.drogueriaguardado.com

**FACTURA:**  
 N° 000-002-01- 00241518  
 Fecha Limite de Emision: 03/07/2025  
 Guia: Orden de Compra: 1100004397

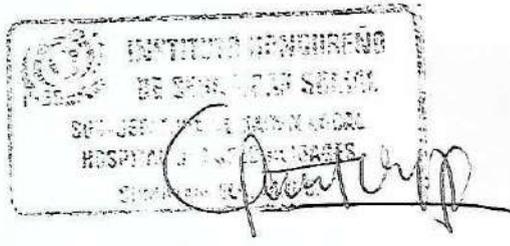
1533  
 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS  
 RTN:08019003249605  
 BARRIO LA GRANJA  
 Distrito Central, Francisco Morazan  
 DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

Fecha: 09/12/2024  
 Zona: 014  
 Vendedor: 014  
 HOSPITALARIO  
 Hora: 10:44:29

N° ORDEN DE COMPRA EXENTA:  
 N° CONSTANCIA REGISTRO EXONERADO:  
 N° DEL REGISTRO DE LA S.A.G.:

Plazo: CREDITO 30 DIAS

Articulo	Cant.	Boni.	Descripcion	Lote	Exp.	Unidad	Precio	Desc. A	Desc. F	Total
045098	400	0	TERBINAFINA 250MG TABLETA	058E24	31/05/202	TRAC01 L	26.2600	0.00	0.00	L 10,504.000



FACTURA POR REVISÓ FACT. REVISÓ MERCAD. EMPACÓ

DIEZ MIL QUINIENTOS CUATRO LEMPIRAS CON 00/100

Total Bruto:	L.	10,504.0000
Importe Exonerado:	L.	0.0000
Importe Exento:	L.	10,504.0000
Importe Gravado 15%:	L.	0.0000
Importe Gravado 18%:	L.	0.0000
I.S.V. 15%:	L.	0.0000
I.S.V. 18%:	L.	0.0000
Descuento Articulo:	L.	0.0000
Total Descuento:	L.	0.0000
Total A Pagar:	L.	10,504.0000

ACEPTAMOS DEVOLUCIONES ESTE DOCUMENTO NO ES UN COMPROBANTE DE PAGO. EXIJA SU RECIBO SOLO DENTRO DE LOS 30 DIAS DE CAJA DESPUES DE LA FECHA DE ENTREGA

REVISADO

FIRMA DE RECIBIDO: FECHA:

3

CAI: 105A46-536CAD-FB37E0-63BE03-070902-29 Rango: 000-002-01-00225001 / 000-002-01-00255000 RTN: 08019005005969

ORIGINAR: CLIENTE COPIA 1: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR COPIA 2: BODEGA

ANALISTA CONTROL INTERNO

231747



**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**

/ # 1283

No.	1100004396
Fecha	04.12.2024
Usuario	RMONCADA

<b>Proveedor</b>	SEVEN PHARMA HONDURAS S A		
<b>No.</b>	900013189		
<b>R.T.N.</b>	08019016861610		
<b>Dirección:</b>	TEGA COL MIRAMONTES EDIF MIRAMONTES 2do, NIVEL LOCAL 7 CALLE PRINCIPAL, DISTRITOCENTRAL,		
<b>Email</b>	regulatory.honduras@sevenpharma.net	<b>Contacto:</b>	
<b>Teléfono</b>	22636314	<b>FAX</b>	<b>País: HN</b> Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000016141	6000036800	Medicamento	Compra Menor		CM-1283-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	A11CC004	CAP	VITAMINA D3 O ALFACALCIDOL 1 mcg cáp	9,000	24.00	0.00	216,000.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**  
 NOMBRE GENERICO: ALFACALCIDOL 1MCG  
 NOMBRE COMERCIAL: CALFA 1MCG  
 REGISTRO SANITARIO: HN-M-1119-0047  
 CONCENTRACION: 1MCG  
 PRESENTACION QUE OFRECE: C X 100  
 LABORATORIO FABRICANTE: OCEAN HEALTHCARE  
 PAIS DE ORIGEN: INDIA  
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	216,000.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	216,000.00

Valor en Letras: DOSCIENTOS DIECISEIS MIL LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-1003-2024, LA COMPRA DE 9,000 CAPSULA DE VITAMINA D3 O ALFACALCIDOL 1MCG CAPSULA, CON SOLICITUD DE PEDIDO # 1000016141 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000036800. SE ADJUDICA HA SEVEN PHARMA. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA. ✓

**REVISADO**

FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIOS: 5  
 R.A. \_\_\_\_\_  
 ANALISTA CONTROL INTERNO

DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1283-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**9,000 CAP. VITAMINA D3 O ALFACALCIDOL 1MCG CAPSULA.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
DROG. GUARDADO ✓	9,000 ✓	CAP	INMEDIATO	L 2.09 ✓	L 18,810.00 ✓		L 18,810.00 ✓
SEVEN PHARMA ✓	9,000 ✓	CAP	INMEDIATO	L 24.00 ✓	L 216,000.00 ✓		L 216,000.00 ✓
DROG. BERNA ✓	9,000 ✓	CAP	1-3 DIAS	L 24.50 ✓	L 220,500.00 ✓		L 220,500.00 ✓
HONDUMEDIC	9,000	CAP					NO HAY
DROG. PROCONSUMO	9,000	CAP					NO HAY
PHAR MED SALES	9,000	CAP					NO HAY
DROG. UNIVERSAL	9,000	CAP					NO HAY
DROG. AMERICANA	9,000	CAP					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.- Seven Pharma ✓

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:  
*Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas, se adjudica al 2ºº por presentación del medicamento. el primero oferta capsulas blandas.*

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

*Angel Quintero*  
ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación

REVISADO  
FECHA: \_\_\_\_\_  
FOLIO: 6

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación



# SEVEN PHARMA HONDURAS S.A.

Colonia Miramontes calle Principal Edificio Rosental, Primer Nivel Local # 17  
Tegucigalpa M.D.C., Tel. (504) 2263-6314 / 22358253 Movil: 9508-1226  
e-mail: contabilidad.honduras@sevenpharma.net  
CAl.: 266E34-56A6B6-5176E0-63BE03-090919-7D

## FACTURA

### NO. 000-001-01-00009873

R.T.N. 08019016861610

FECHA
9/12/2024

Nombre: Instituto Hondureño De Seguridad Social (IHSS)

R.T.N.:0801-900-3249605 Dirección: Tegucigalpa M.D.C.

Vendedor: Karen Quiroz

Condiciones de pago: Contado  Credito

Vencimiento:

ORDEN DE COMPRA(OC) 1100004396

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuentos y Rebajas Otorgados	Total
9,000	<b>ALFACALCIDOL 1MCG CAP</b> Lote: OHS24074 Fab: Abr-2024 Exp: Mar-2026 Packing: 10X10 capsulas	L 24.00		L 216,000.00
Cantidad en Letras:		Sub-total		L 216,000.00
DOSCIENTOS DIECISEIS MIL LEMPIRAS EXACTOS		Descuentos y rebajas		
		Importe Exonerado		
		Importe Exento		L 216,000.00
		Importe Alicuota		
		Importe Gravado 15%		
		Importe Gravado 18%		
		Impuesto sobre venta 15%		
Impuesto sobre venta 18%				
Impuesto s/v importe Alicuota				
	<b>Total a Pagar</b>			L 216,000.00

RECIBO  
FECHA: \_\_\_\_\_  
FOLIO: 4  
R.A. \_\_\_\_\_  
ANALISTA CONTROL INTERNO

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SUB-ESTACION AEROLEN LOCAL  
ROSENTELA DE SEGURIDAD SOCIAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C.

4-DIC-2024

Karen Quiroz

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO: ORDEN DE COMPRA EXENTA

CONSTANCIA REGISTRO EXONERADOS

REGISTROSAG

Original: Cliente Duplicado: Obligado Tributario Emisor

FECHA LIMITE DE EMISION: 08/11/2025

Rango de Impresión Autorizado: 000-001-01-00009701 al 000-001-01-00010700

GRAFICOS TEGUCIGALPA S DE RL, TEL. 2232-4061 - 2235-4104 R.T.N. 08019005471568 CERTIFICADO: 101-24-10500-10

Modalidad: Impresión por Imprinta

Puede realizar su pago en: Banco FICOHSA cta. ch. 200007482468, PROMERICA cta. ch. 60000001031701, BAC cta. ahorro 747864101



**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**

#1286

No.	1300004711
Fecha	05.12.2024
Usuario	WMARTINEZ

<b>Proveedor</b>	LABORATORIES AND HOSPITAL, SUPPLY S DE R L DE C V, LABHOSPY S DE R L DE C V		
<b>No.</b>	900000894		
<b>R.T.N.</b>	08019003253887		
<b>Dirección</b>	TEGUCIGALPA BARRIO LA MONCADA, CONTIGUO ESCUELA ESTADOS UNIDOS, DISTRITO CENTRAL, HN		
<b>Email</b>	marlonl@labhospy.net	<b>Contacto:</b>	
<b>Teléfono</b>	33978282	<b>FAX 22371624</b>	<b>País: HN</b> Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000007678	6000036806	MMQ	Compra Menor		CM-1286-IHSS-HE-2024	anatomia patologica

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	2200001243	UND	CASETE UNIVERSAL COLOR VERDE P/BIOPSIA	6,000	3.00	0.00	18,000.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**  
 NOMBRE COMERCIAL: CASETE  
 PRESENTACION: CAJA X 250 UND  
 TIEMPO DE ENTREGA: 2-3 DIAS

Sub Total	L.	18,000.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	18,000.00

Valor en Letras: DIECIOCHO MIL LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO 258-HE-SP, LA COMPRA DE 6000 UNIDADES DE CASETE UNIVERSAL COLOR VERDE P/BIOPSIA. CON SOLICITUD DE PEDIDO #3000007678 Y CON PETICION DE OFERTA #6000036806 SE ADJUDICA A LABHOSPY QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE: ANATOMIA PATOLOGICA.

**REVISADO**

FECHA: \_\_\_\_\_  
 FOLIO: 6  
 ANALISTA CONTROL INTERNO

DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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

Director Ejecutivo



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1286-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**8000 UNIDADES CASETE UNIVERSAL COLOR VERDE P/BIOPSIA**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HONDUMEDIC	8,000	UND	INMEDIATA	L 2.25	L 18,000.00	L 2,700.00	L 20,700.00
LABHOSPY	8,000	UND	INMEDIATA	L 3.00	L 24,000.00	L 3,600.00	L 27,600.00
HEALTHCARE	8,000	UND					NO HAY
GAMEDICAL	8,000	UND					NO HAY
DICOSA	8,000	UND					NO HAY
DIMEX	8,000	UND					NO HAY
MEDITEC	8,000	UND					NO HAY
SUPLIMEDIC	8,000	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.- LABHOSPY

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:  
*Se adjudica a proveedor N° 2 (LABHOSPY) por ofrecer producto compatible con el solicitado. Se aceptan las 6000 unidades que ofrecen y no hay incómodo que sean por el mismo.*

*Carlos Bandoza*  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO  
REPRESENTANTE TECNICO

*Angel L. Duarte*  
ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación

*[Firma]*  
GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación  
©IHSS Honduras

FECHA: \_\_\_\_\_  
FOLIO: 7  
ANALISTA CONTROL INTERNO



LABORATORIES AND HOSPITAL SUPPLY S. de R.L. de C.V.

LABHOSPY, S. DE R.L. DE C.V.

RTN: 08019003253887

Factura No.: 000-002-01-00019857

CAI7F57DE-ACD7A1-E14092-2ED8D0-CB88DE-87

Dir. Casa Matriz: Barrio La Montada, Calle: 2, Tercer Avenida, Casa No.: 1009, Municipio: Distrito Central, Departamento: Francisco Morazan (Tel. 2237-3997, 3397-8282)

Dir. Suc. Tegucigalpa: Barrio La Montada, 2, Tercer Avenida, Casa No. 1009, Municipio: Distrito Central, Departamento: Francisco Morazan (Tel. 2220-7125, 2237-55423)

Dir. Suc. S.P.S.: Barrio Concepción salida a la Lima, 1ra Calle, 6ta Ave., Centro Comercial Santa Anita 1er. Nivel Local 10, Municipio: San Pedro Sula, Departamento: Cortes, (2553-0099, 2552-9512, 2225-0099)

Dir. Suc. Lomas: Barrio San Rafael, calle principal, zona 1, Centro Comercial Lomas del Boulevard, Primer nivel, Local N.2, Municipio: Distrito Central, Departamento: Francisco Morazan, (Tel 8758-6465 y 9968-4896)

Email: silviac@labhospy.hn

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

RTN: 08019003249605

Vendedor: Johan Rodriguez

Dirección: Bn. La Granja, Comayagua

Cotización: S10315

Fecha Factura: 19/12/2024

Condiciones de Pago: 30 días

Fecha de Vencimiento: 18/01/2025

No. Orden de Compra Exenta: OC2024241455

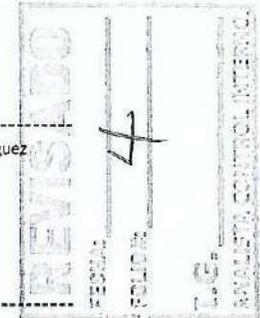
No. Registro de Exonerado: R2024000297

No. Identificativo del Registro de la SAG:

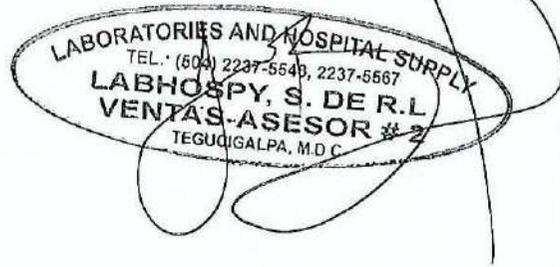
No. Orden de Compra: 1300004711

No. Proceso:

Nota:



Código	Catalogo	Descripción/Producto	Lotes/No. Series y Vencimiento	Cantidad	Precio Unitario	Descuentos y Rebajar otorgados	Total
04895		Casete Universal color verde p/biopsia		6,000	3.00		18,000.00



Valor en Letras: Dieciocho Mil Lempiras Con Cero Centavos

Sub-Total:	L 18,000.00
Descuentos y Rebajas:	
Importe Exento:	
Importe Exonerado:	L 18,000.00
Importe Gravado 15%:	
Importe Gravado 18%:	
15% I.S.V.:	
18% I.S.V.:	
Gasto de envío:	
Total:	L 18,000.00

Rango Autorizado: 000-002-01-00018201 al 000-002-01-00021200

Fecha Limite de Emisión: 04/03/2025

- Copia 1 Original Cliente
- Copia 2 Obligado Tributario Emisor
- Copia 3 Contabilidad
- Copia 4 Bodega

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**

✓/✓ #1287

No.	1300004700
Fecha	03.12.2024
Usuario	WMARTINEZ

<b>Proveedor</b>	<b>MEDITEC S A DE C V</b>				
<b>No.</b>	900023958				
<b>R.T.N.</b>	05019016821969				
<b>Dirección</b>	SPS BO GUAMILITO 6 7 AVE 6 CLL EDIF, 68 N O, SAN PEDRO SULA, HN				
<b>Email</b>				<b>Contacto:</b>	
<b>Teléfono</b>	25572331		<b>FAX</b>	<b>País:</b> HN	<b>Ciudad:</b> Cortés

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000007677	6000036786	MMQ	Compra Menor		CM-1287-IHSS-HE-2024	neonatologia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	2100000598	KIT	CATETER INSER PERI NEO PICLINE DE 1.9 FR	20	1,495.00	0.00	29,900.00

**Texto Largo:**  
**Indicaciones:**  
 NOMBRE COMERCIAL: CATETER INSER PERI NEO PICLINE 1.9FR  
 FECHA DE VENCIMIENTO: 01.03.2027  
 PRESENTACION: UNIDAD  
 NOMBRE DEL FABRICANTE: UTAH MEDICAL  
 TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DIAS

Sub Total	L.	29,900.00
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>29,900.00</b>

Valor en Letras: VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO 664-UCIN-HE/IHSS-2024, LA COMPRA DE 20 PIEZAS DE CATETER INSER PERI NEO PICLINE 1.9FR. CON SOLICITUD DE PEDIDO #3000007677 Y CON PETICION DE OFERTA #6000036786 SE ADJUDICA A MEDITEC QUE OFERTA ENTREGA 1-5 DIAS. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE: SERVICIO DE NEONATOLOGIA.

DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

Stamp: ANALISTA, with handwritten signature and date 12/03/2024.

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

**Director Ejecutivo**  
 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-1287-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**20 PIEZAS DE CATETER INSER PERI NEO PICLINE 1.9 FR.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
MEDITEC	20	PZAS	1-5 DIAS	L 1,495.00	L 29,900.00		L 29,900.00
HEALTHCARE	20	PZAS	INMEDIATA	L 2,000.00	L 40,000.00		L 40,000.00
MATAMOROS	20	PZAS					NO HAY
GAMEDICAL	20	PZAS					NO HAY
DICOSA	20	PZAS					NO HAY
DIMEX	20	PZAS					NO HAY
HONDUMEDIC	20	PZAS					NO HAY
SUPLIMEDIC	20	PZAS					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:

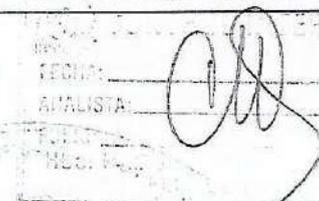
1.- MEDITEC

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:  
Mejor precio, cumple con las especificaciones requeridas

HEALTHCARE NO -> Precio muy alto, NO conocemos el insumo.



[Firma] PH 9886  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO  
REPRESENTANTE TECNICO



[Firma]  
GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación  
@IHSS-foncluras

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



**MEDITEC S.A.**

5 Calle 6 Ave, N.O. Bo. Guamilito  
San Pedro Sula, Cortés, Honduras  
2516-1717 - 3168-7085 - 3279-8116

ventas@meditec.hn - licitaciones@meditec.hn  
RTN: 05019016821969

**FACTURA**

**000-001-01-00093191**

Fecha de Emisión: 06/12/2024

Creado Por: Bernarda Maldonado

No. Orden de Compra: OC 1300004700 Dirección de Facturación: Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras	Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social Dirección de Entrega: Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras	RTN: 08019003249605 Contacto:
---	---	----------------------------------

Código - Descripción	Cantidad	Precio	ISV	Total
1 [OPU050] CATETER INSERT PERI NEO PICLINE DE 1.9 FR	20 Unidad(es)	L 1,495.00		L 29,900.00

N. Correlativo de Orden de Compra Exenta \_\_\_\_\_  
 N. Correlativo de Constancia de Registro Exonerado \_\_\_\_\_  
 N. Identificativo del Registro de la SAG \_\_\_\_\_  
 Original: Cliente \_\_\_\_\_  
 Copia: Obligado Tributario Emisor \_\_\_\_\_

Descuentos y Rebajas Otorgados	L 0.00
Importe Exento	L 29,900.00
Importe Exonerado	L 0.00
Importe Gravado 15%	L 0.00
Subtotal	L 29,900.00
ISV(15%)	L 0.00

**TOTAL L 29,900.00**  
 En palabras: Veintinueve Mil Novecientos Lempiras

RECIBÍ CONFORME: \_\_\_\_\_  
 Firma y Sello  
 Plazo de pago: 30 días

Términos y condiciones: \_\_\_\_\_

**ORIGINAL**



† Observaciones:  
 \* Firma del presente documento constituye comprobante de recepción de mercadería.  
 \* La factura no es un comprobante de pago.  
 \* Al cancelar esta factura exija comprobante de pago.  
 \* Se cobrará el 3% de interés por mora.  
 \* Productos marcados con tres asteriscos (\*) pagan ISV(15).  
 CAI: 215020-53492B-95F6E0-63BE03-0909F3-C4  
 Fecha Límite de Emisión: 04/09/2025  
 Rango Autorizado: 000-001-01-00090001 - 000-001-01-00102000

Nuestras cuentas de Banco:  
 BAC: 741106091  
 Davivienda: 2041489177  
 FICOHSA: 200005176386  
 BANPAIS: 21-018-020176-0  
 Occidente: 212011362150



**INST. JTO 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.	1300004702
Fecha	03.12.2024
Usuario	WMARTINEZ

# 1288

<b>Proveedor</b>	SUPLIDORA MEDICA S DE R L,, SUPLIMEDIC S DE R L		
<b>No.</b>	900008219		
<b>R.T.N.</b>	08019008185616		
<b>Dirección</b>	TEGA COL MIRAFLORES AVE SANTA CRISTINA, 12 CALLE NORTE FTE A NOVICIADO SAG FAMI, DISTRITOCENT		
<b>Email</b>	i.chacon@corporacionmedica.com	<b>Contacto:</b>	
<b>Teléfono</b>	22305586	<b>FAX 94554457</b>	<b>País: HN</b> Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000007675	6000036787	MMQ	Compra Menor		CM-1288-IHSS-HE-2024	suministros

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impesto.	Total
00010	2100000117	ROL	CINTA PAPEL GRADO MEDICO	300	124.60	0.00	37,380.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**  
 NOMBRE DEL FABRICANTE: EEE  
 TIEMPO DE ENTREGA: 1-3 DIAS

Sub Total	L.	37,380.00
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>37,380.00</b>

Valor en Letras: TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
 SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO 0171-CALSHGE/IHSS-2024, LA COMPRA DE 300 ROLLOS DE CINTA PAPEL GRADO MEDICO. CON SOLICITUD DE PEDIDO #3000007675 Y CON PETICION DE OFERTA #6000036787 SE ADJUDICA A SUPLIMEDIC QUE OFERTA ENTREGA 1-3 DIAS. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE: CENTRAL DE EQUIPO, UCIA, MM, MH, CH, CM, EMERGENCIA DE ADULTO, HEMODINAMIA ANESTESIA, QUIROFANO.

DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

FECHA: \_\_\_\_\_  
 ANALISTA: \_\_\_\_\_  
 EJECUTIVO: \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL: \_\_\_\_\_

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

**Director Ejecutivo**  
 Hospital de Especialidades

-/0 = 60000.36 98  
 0/0 = 130000 4900



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1288-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**300 ROLLOS DE CINTA PAPEL GRADO MEDICO**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
SUPLIMEDIC	300	ROLLO	1-3 DIAS	L 124.60	L 37,380.00	L 5,607.00	L 42,987.00
MATAMOROS	300	ROLLO					NO HAY
HEALTHCARE	300	ROLLO					NO HAY
GAMEDICAL	300	ROLLO					NO HAY
DICOSA	300	ROLLO					NO HAY
DIMEX	300	ROLLO					NO HAY
MEDITEC	300	ROLLO					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- SUPLIMEDIC

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

*Se adjudica a SUPLIMEDIC por ser el unico oferente, cuenta con las características solicitadas.*

 NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO UNIDAD SOLICITANTE	 FIRMA DE I.H.S.S.	 NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO REPRESENTANTE TECNICO
 GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E. Miembro de apertura y adjudicación		 ALMACEN DE SUMINISTROS H.E. Miembro de apertura y adjudicación



**FACTURA**  
**000-003-01-00028750**

SUPLIDORA MEDICA S. DE R.L DE C.V.  
R.T.N. 08019008185616  
Tegucigalpa, Honduras

Fecha de factura 12/12/2024  
Factura Vence 11/1/2025  
Vendedor AMM  
Direccion Cliente

Tel: (504) 22300137-22305581-22283386  
Correo: [ventas@suplimedica.com.hn](mailto:ventas@suplimedica.com.hn)  
C.A.I. 1F05CE-567193-A68DE0-63BE03-0909D4-E9  
Rango Autorizado del 000-003-01-00027501 Al 000-003-01-00029500  
Fecha limite de Emision: 05/08/2025

Tegucigalpa

Cliente	IHSS-TEGUS	RTN	*080119003249605
---------	------------	-----	------------------

ITEM	CANT.	PREST	PRECIO UNITARIO	DESC. Y REBAJAS	ISV	SUB-TOTAL	PRECIO FINAL	
1	300	ROLLO	CINTA PAPEL GRADO MEDICO	124.60		15%	37,380.00	37,380.00
							37,380.00	



**ORIGINAL**

**VALOR EN LETRAS**

TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA LEMPIRAS EXACTOS

**FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA**

La Factura vencida pagara el 3% de interes y por cada cheque devuelto se pagara Lps 800.00

Desctos.y Rebajas otorg.	-
Importe Exonerado	37,380.00
Importe Exento	
Importe Grabado 15%	
Importe Grabado 18%	
I.S.V. 15%	
ISV 18%	
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>37,380.00</b>

No. Correlativo de Orden de Compra exenta	OC2024235043
No. Correlativo de Constancia de Registro de exonerado	R2024000297
No. Identificativo de registro de la SAG	

Autorizado por:

FECHA:   
ANALISTA:   
FOLIO:   
HOSPITAL:   
IHSS TEGUS

Revisada Por: Firma y Sello cliente

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR COPIA: CONTABILIDAD



**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**

#1290

No.	1100004413
Fecha	09.12.2024
Usuario	RMONCADA

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000016142	6000036827	Medicamento	Compra Menor		CM-1290-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	J02AC009	TAB	VORICONAZOL 200mg Tableta recubierta.	90	182.19	0.00	16,397.10

**Texto Largo:**  
 VORICONAZOL 200mg Tableta recubierta. Vía de administración: Oral.

**Indicaciones:**

NOMBRE GENERICO: VORICONAZOL  
 NOMBRE COMERCIAL: VORICONA-DENK  
 CONCENTRACION: 200MG  
 PRESENTACION QUE OFRECE: C X 30 COMP.  
 LABORATORIO FABRICANTE: ACTAVIS LTD  
 PAIS DE ORIGEN: MALTA  
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	16,397.10
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>16,397.10</b>

Valor en Letras: DIECISEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE LEMPIRAS CON 10/100

**OBSERVACIONES:**

SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO ADMFAR-1004-2024, LA COMPRA DE 90 TABLETAS DE VORICONAZOL 200MG TABLETA RECUBIERTA, CON SOLICITUD DE PEDIDO # 1000016142 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000036827. SE ADJUDICA HA PROCONSUMO. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA.

5

DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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 3to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1290-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 04 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**90 TABLETAS DE VORICONAZOL 200MG TABLETA RECUBIERTA.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
PROCONSUMO	90	TAB	INMEDIATA	L 182.19	L 16,397.10		L 16,397.10
DROG. AMERICANA	90	TAB					NO HAY
SEVEN PHARMA	90	TAB					NO HAY
PHAR MED SALES	90	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. PROCONSUMO

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

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

*Felisa Henríquez* 6

NOBRE FIRMA Y # DE PAGO  
REPRESENTANTE TÉCNICO UNIDAD SOLICITANTE

*[Signature]*



GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación

ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.  
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 12/12/2024	VENCE 11/01/2025
TÉRMINOS DE PAGO Crédito 30 Días	
PEDIDO 2222-6922	REFERENCIA 110820594
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	ISV ND	Importe
4014414	3	Voricono Denk 200 mg, 30 Comprimidos			04031571067266	8,680.39	5,465.70	5,465.70	0.00	0.00	0.00 EXE	N	16,397.10
			142635-TGU-NOV24	3									



4

Total a pagar en Lempiras: DIECISÉIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE Y 10/100

Sub-Total	L.	16,397.10
Descuentos Otorgados	L.	0.00
Sub-Total	L.	16,397.10
Importe Exento	L.	16,397.10
Importe Gravado 15 %	L.	0.00
Importe Gravado 18 %	L.	0.00
Importe Exonerado	L.	0.00
ISV 15%	L.	0.00
ISV 18%	L.	0.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>L.</b>	<b>16,397.10</b>

**Notas:**  
OC 1100004413 Basado en Ofertas de ventas 2679333. Based On Sales  
Orders 2851177. Basado en Entregas 112675822.  
Nro. orden comora exenta: Nro. const. del reg. exonerados.  
Nro. registro de la SAG:

**FIRMA Y SELLO:**

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN LOCAL

SECRETARÍA DE OPERACIONES

FECHA: 12/12/2024

HORA:



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 proconsumo.hn.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: 000-001-01-00795001      Hasta: 000-001-01-00895000      Fecha Limite Emisión: 23/08/2025



**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**

// # 1291

No.	1100004412
Fecha	09.12.2024
Usuario	RMONCADA

<b>Proveedor</b>	EYL COMERCIAL S A		
<b>No.</b>	900002552		
<b>R.T.N.</b>	08019002268298		
<b>Dirección</b>	TEG FINAL HOSP EL CARMEN SAN RAFAEL, , DISTRITO CENTRAL, HN		
<b>Email</b>	rrhh@ecsa.hn	<b>Contacto:</b>	
<b>Teléfono</b>	22228998	<b>FAX</b>	<b>País:</b> HN <b>Ciudad:</b> Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000016143	6000036826	Medicamento	Compra Menor		CM-1291-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	A10BX001	TAB	DAPAGLIFLOZINA 10 MG TABLETAS	9,150	32.50	0.00	297,375.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**

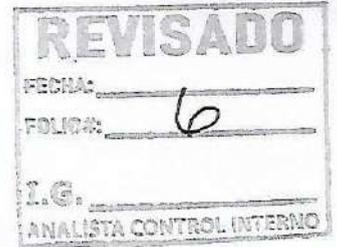
NOMBRE COMERCIAL: FORXIGA  
 CONCENTRACION: 10MG  
 PRESENTACION QUE OFRECE: C X 30 TAB.  
 LABORATORIO FABRICANTE: ASTRAZENECA  
 PAIS DE ORIGEN: USA  
 TIEMPO DE ENTREGA: 1-3 DIAS

Sub Total	L.	297,375.00
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>297,375.00</b>

Valor en Letras: DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**

SE SOLICITA LA COMPRA DE 9,170 TABLETAS DE DAPAGLIFOZINA 10MG TABLETA. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000016143 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000036826. SEGUN MEMO No ADMFAR-1005-2024.AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE LA FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA. SEGÚN ACTA CM-1291 SE ADJUDICA HA EYL COMERCIAL UNICAMENTE 9,150 TABLETAS DE DAPAGLIFOZINA 10MG TABLETA, PARA NO PASAR TECHO PRESUPUESTARIO. QUE OFERTA ENTREGA 1-3 DIAS.

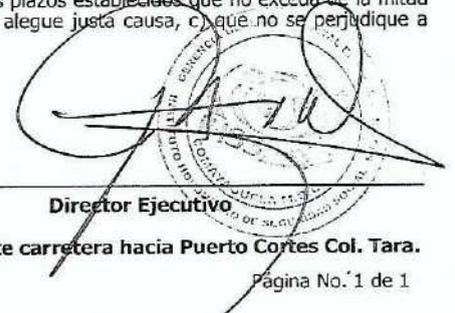


DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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.

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

**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1291-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 04 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**9,170 TABLETAS DE DAPAGLIFOZINA 10MG TABLETA.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
EYL COMERCIAL ✓	9,150 ✓	TAB	1-3 DIAS	L 32.50	L 297,375.00 ✓		L 297,375.00
DROG. AMERICANA	9,170	TAB					NO HAY
SEVEN PHARMA	9,170	TAB					NO HAY
PHAR MED SALES	9,170	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.- EYL Comercial

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas y es unico oferente.

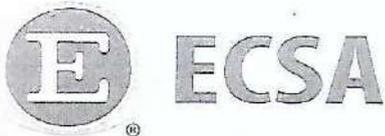
Felisa Henríquez  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

**REVISADO**  
FECHA: \_\_\_\_\_  
FOLIO: 7  
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES  
I.G.E. ANÁLISIS CONTROL INTERNO  
DE REGISTROS

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación

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



# EYL COMERCIAL, S.A.

COMERCIALIZACION - IMPORTACIONES - REPRESENTACIONES



## FACTURA

R.T.N. 08019002266298

CASA MATRIZ: TEGUCIGALPA

RETORNO EL CARMEN FTE. HOSPITAL EL CARMEN  
BARRIO SAN RAFAEL AVE. REP. CHILE  
TEL 2269-1500/102/05/08/09  
E-mail: gerencia@ecsa.com.hn

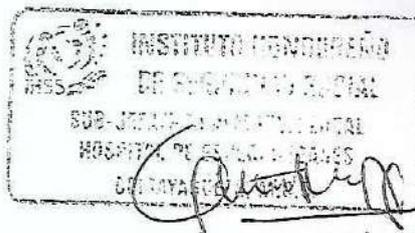
SAN PEDRO SULA

ALMACENES DE DEPÓSITO (ALDESA), COLONIA CASTAÑOS NORESTE, 10 CALLE, 1 AVENIDA,  
KILOMETRO 7 BOULEVARD HACIA PUERTO CORTES, FRENTE A ZIP RIO BLANCO,  
TEL.: 2508-2091 AL 99, 2508-0254  
E-mail: droguetasps@ecsa.hn

CODIGO DE CLIENTE	TELÉFONO	R.T.N. CLIENTE	NO. ENTREGA	FACTURA OFICIAL NUMERO	CONDICIÓN DE PAGO
1000588		08019003249605		005-001-01-00036792	30 Días
NOMBRE			NO. ORDEN DE VENTA	VENDEDOR	FECHA
I.H.S.S. (Hospital de Especialidades La Granja)				Adela De Jesús Romero Lanza	12/12/2024
DIRECCIÓN					FECHA VENCE
Instituto Hondureño de Seguridad Social Bo. La Granja, Comayagua					11/01/2025

CODIGO	CODIGO DE BARRA	PRODUCTOS Y EMPAQUES	CANTIDAD	PRECIO PUBLICO	PRECIO UNITARIO	DES. Y REB. CTORG.	VALOR TOTAL	IVA
2220033	✓	DAPAGLIFLOZINA 10 MG TABLETAS	9,150		32.50000		297,375.00	VEX

"Orden de Compra No.1100004412"



12/12/2024

No. Constancia Registros Exonerado:		Venta Total	297,375.00
No. Orden De Compra Exenta:		Desc. Y Reb. Otorgados	
No. Registro S.A.G.:		Desc. 3ra. Edad	
CAI:	33CA03-FA977A-994395-A816E9-3B26AD-A9	Importe Exento	297,375.00
Rango Autorizado:	De 005-001-01-00011501 Hasta 005-001-01-00038500	Importe Exonerado	
Fecha Límite De Emisión:	21/12/2024	Importe Gravado Al 15%	
Valor En Letras:	Doscientos Noventa y Siete Mil Trescientos Setenta y Cinco Con 00/100 Lempiras Exactos	Importe Gravado Al 18%	
ORIGINAL CLIENTE		Impuesto 15%	
emos gel antibacterial, mascarillas quirúrgicas y mascarillas KN95		Impuesto 18%	
		Total Factura	L 297,375.00



**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**

/ / # 1293

No.	1100004416
Fecha	09.12.2024
Usuario	RMONCADA

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
1000016148	6000036829	Medicamento	Compra Menor		CM-1293-IHSS-HE-2024	farmacia

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	H03BB002	TAB	METIMAZOL 5 MG TABLETA	20,800	14.40	0.00	299,520.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**

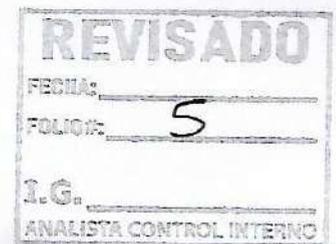
NOMBRE COMERCIAL: TAPAZOL  
 CONCENTRACION: 5MG  
 PRESENTACION QUE OFRECE: C X 20 TAB.  
 LABORATORIO FABRICANTE: ALTEA FARMACEUTICA S.A  
 PAIS DE ORIGEN: COLOMBIA  
 TIEMPO DE ENTREGA: 2-DIAS

Sub Total	L.	299,520.00
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>299,520.00</b>

Valor en Letras: DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE LEMPIRAS EXACTOS

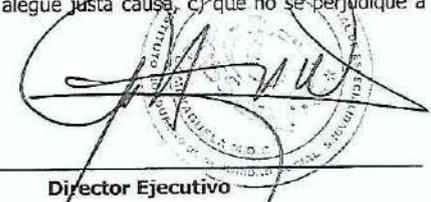
**OBSERVACIONES:**

SE SOLICITA LA COMPRA DE 21,000 TABLETAS DE METIMAZOL DE 5MG. CON SOLICITUD DE PEDIDO #1000016148 Y CON PETICION DE OFERTA #6000036829 SEGUN MEMO No.1011 ADMFAR-1011-2024. AUTORIZADO POR DRA. FELISA HENRIQUEZ JEFATURA INTERINA DEL SERVICIO DE FARMACIA, DRA. FANNY NAVAS DIRECTORA MEDICO HE, DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE. SEGUN ACTA CM-1293 SE ADJUDICO A FARINTER UNICAMENTE 20,800 TABLETAS. QUE OFERTA ENTREGA 2-DIAS, PARA NO AFECTAR TECHO PRESUPUESTARIO.PARA USO DE LA FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA.



DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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.



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



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

**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1293-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 04 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:

21,000 TABLETAS DE METIMAZOL 5MG.

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
FARINTER ✓	21,000 ✓	TAB	2- DIAS	L 14.40	L 302,400.00 ✓		302,400.00 ✓
GUARDADO	21,000	TAB					NO HAY
DROG. PAYSAN	21,000	TAB					NO HAY
PROCONSUMO	21,000	TAB					NO HAY
DROG. AMERICANA	21,000	TAB					NO HAY
SEVEN PHARMA	21,000	TAB					NO HAY
PHAR MED SALES	21,000	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.- FARINTER

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

*Cumple con las especificaciones técnicas solicitadas  
se adjudica 20,800 tab. para no afectar  
fecha presupuestario*

*Felisa Henríquez*  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

**REVISADO**  
FOLIO: 6  
ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.  
COMITÉ DE ADJUDICACION



*[Signature]*

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicación



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

*[Signature]*

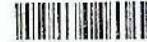
# farinter

Farmacéutica Internacional S.A. de C.V.

BARRIO: Bo. LA GRANJA  
 CALLE: ATRAS DE TOYOTA CASA No: 365  
 BLOQUE: EDIFICIO FARINTER  
 MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL  
 DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN  
 TEL: 2225-2718 9760-8351

BARRIO SANTA ROSA  
 7 Y 8 CALLE S.E  
 II ANILLO DE CIRCUNVALACION  
 PBX: 2553-5600  
 FAX: 2553-5599  
 SAN PEDRO SULA, HONDURAS C.A.

FACTURA No.  
 000-001-01-01792335 P. 1 de 1



NOMBRE DEL CLIENTE: INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD SOCIAL		
RESPONSABLE: IHSS		
DIRECCION: TEGUCIGALPA BARRIO ABAJO		
TELEFONO: 22374787	R.T.N. 09019003249605	CODIGO CLIENTE: 300006
POBLACION: Distrito Central	E-MAIL:	
USUARIO SAP: VIBUSTILLO	HORA DE IMPRESION: 08:45:17	

elagos@farinter.hn  
 www.farinter.com

ORIGINAL: CLIENTE

R.T.N. 08019003242474

RUTA DE ENTREGA: 07	No. PEDIDO: 3606212	
FECHA DE FACTURA: 12.12.2024	ORDEN DE COMPRA:	
FECHA DE VENCIMIENTO: 11.01.2025	COND. DE PAGO: Credito 30 dias *	
REFERENCIA SAP: 103759157	No. NOTA DE ENTREGA: 0401352954	
VENDEDORES: 100	COBRADOR: 008	F-PAGO:
CAI: C47132-735CEC-5F4E8B-EE3D2F-BABAFA-FF		FECHA LIMITE EMISION: 04/03/2025

Unidad	Código	Descripción	Código Barra	Precio Público Sugerido L.	Precio Unitario L.	Descuentos y Rebajas	Descuento 3er Edad	ISV	ND*	Importe L.
1,040 UNI	10000932	TAPAZOL 5 MG USP TAB X 20	7703454121811	488.27	288.00	0.00	0.00	0.00		299,520.00



\*\*\*\*\*TE INFORMAMOS DE NUESTRA NUEVA LINEA FUCIFARM (ACIDO FUSIDICO) HAZ TUS PEDIDOS YA!\*\*\*\*

Observaciones: - OC 110004416, ENTREGAR MAÑANA EN LA GRANJA.

Recibí mercadería completa y en buenas condiciones.  
 Cantidad de unidades = 1040 UNI!

Importe	Valor	Valor Gravable		Sub Total	Descuentos	Descuento	I.S.V.		Total a Pagar
Exonerado	Exento	15 %	18 %		y Rebajas	3er Edad	15 %	18 %	
L. 0.00	L. 299,520.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 299,520.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 299,520.00

Firma y Sello de responsable

Fecha de Recibida

Yo INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD Debo y Pagaré a FARINTER, S.A.

la cantidad arriba indicada, el 11.01.2025 En caso de mora, reconoceré 4.00 % de interés mensual

Para efectos del presente, fijo mi domicilio en la ciudad TEGUCIGALPA, a cuyos tribunales me someto en fé de lo cual firmo:

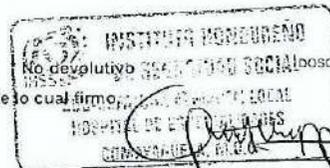
RANGO AUTORIZADO: 000-001-01-01712001 del 000-001-01-01844000

O/C Exenta:

Original Cliente / Copia Obligado Tributario Emisor / Copia Archivo Constancia Reg. Exonerado/CD:

La factura es beneficiaria de todos los EXTTALAT

Reg. SAG:



NO DEVOLUTIVO

SI SU PAGO EN CHEQUE ES DEVUELTO POR EL BANCO, EL DESCUENTO CONCEDIDO MAS LOS GASTOS QUE ORIGINE, SERAN CARGADOS A SU CUENTA

REVISO 12/12/2024 DESPACHO

ENTREGADO

AUTORIZADO



**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.	1300004736
Fecha	11.12.2024
Usuario	RMONCADA

✓ #1294

<b>Proveedor</b>	HUMANY CARE HONDURAS S A, HUMANY CARE HONDURAS S A		
<b>No.</b>	900013942		
<b>R.T.N.</b>	08019017939357		
<b>Dirección</b>	TEGA COL PALMIRA CALLE LAS ACACIAS EDIF, PLAZA LOS ANGELES LOCAL 2 ESQ OP NUN, DISTRITOCENTR		
<b>Email</b>	karina.garcia@humancare.com	<b>Contacto:</b>	
<b>Teléfono</b>	22356621	<b>FAX 22356621</b>	<b>País: HN</b> Ciudad: Francisco Morazán

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000007663	6000036849	MMQ	Compra Menor		CM-1294-IHSS-HE-2024	central de equipos

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impesto.	Total
00010	2100000439	UND	BOLSA DE COLOSTOMIA AGUJERO DE 2 1/2"	1,900	126.00	0.00	239,400.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**

NOMBRE COMERCIAL: BOLSA DE COLOSTOMIA  
 PRESENTACION: BOLSA ABIERTA DE 2 PIEZAS  
 NOMBRE DEL FABRICANTE: HOLLISTER  
 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	239,400.00
Impuesto	L.	0.00
<b>Total</b>	<b>L.</b>	<b>239,400.00</b>

Valor en Letras: DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**

SOLICITADO EN EL MEMORANDO No.0090-JSCEYE-2024 LA COMPRA DE 1,900 BOLSAS DE COLOSTOMIA AGUJERO DE 2.5 PULGADAS, CON SOLICITUD DE PEDIDO # 3000007663 Y CON PEDIDO PETICION DE OFERTA# 6000036849. SE ADJUDICA HA HUMANY CARE. QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. VISTO BUENO POR EL DOCTOR HENRY ANDINO VELASQUEZ. GERENTE GENERAL.SOLICITADO POR CENTRAL DE EQUIPOS.

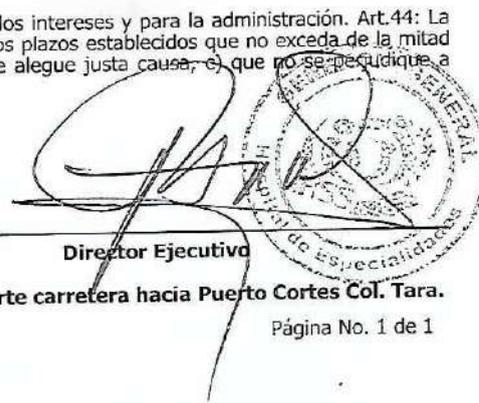


DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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.



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1294-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 10 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**1,900 UNIDAD DE BOLSAS DE COLOSTOMIA AGUJERO DE 2.5 PULGADAS.**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HUMANY CARE	1,900	UNIDAD	INMEDIATA	L 126.00	L 239,400.00		L 239,400.00
HEALTHCARE	1,900	UNIDAD					NO HAY
DICOSA	1,900	UNIDAD					NO HAY
GAMEDICAL	1,900	UNIDAD					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.- Humany Care.

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

mejor cuidado y resistencia de  
almacenamiento.

Kelvin Adalid Lopez Lopez 8127

NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO  
REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

*[Handwritten signature]*

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicacion



*[Handwritten signature]*  
ALMACEN DE SUMINISTROS H.E.  
Miembro de apertura y adjudicacion





✓ #1299

**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.	1300004709
Fecha	05.12.2024
Usuario	WMARTINEZ

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

Solicitud de pedido	Cotización	Tipo de Compra	Modalidad de Contratación	Num. de Proceso	Resolución/Acta	Area Solicitante
3000007593	6000036807	MMQ	Compra Menor		CM-1299-IHSS-HE-2024	ucip

Pos.	Código	Unidad	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Impuesto.	Total
00010	2100001315	KIT	KIT TRANSDUCTOR DE PRESION	60	1,068.00	0.00	64,080.00

**Texto Largo:**

**Indicaciones:**  
PRESENTACION: UNIDAD  
NOMBRE DEL FABRICANTE: UTAH MEDICAL  
TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA

Sub Total	L.	64,080.00
Impuesto	L.	0.00
Total	L.	64,080.00

Valor en Letras: SESENTA Y CUATRO MIL OCHENTA LEMPIRAS EXACTOS

**OBSERVACIONES:**  
SE SOLICITA MEDIANTE MEMORANDO UCIP-150-2024, LA COMPRA DE 60 KIT DE TRANSDUCTORES DE PRESION ARTERIAL INVASIVA TIPO MEDEX. CON SOLICITUD DE PEDIDO #3000007593 Y CON PETICION DE OFERTA #6000036807 SE ADJUDICA A HONDUMEDIC QUE OFERTA ENTREGA INMEDIATA. AUTORIZADO POR EL DR. HENRY ANDINO GERENTE GENERAL HE, PARA USO DE: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS-HE.



DATOS DEL PROVEEDOR	
<b>Fecha de recibido</b>	
<b>Nombre y Firma</b>	
<b>Sello</b>	

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 6to piso; Comayagüela Barrio la Granja; SPS. Bulevar del Norte carretera hacia Puerto Cortes Col. Tara.



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



**ACTA DE APERTURA Y ADJUDICACION DE OFERTAS CM-1299-IHSS-HE-2024**

REUNIDOS LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EN LA CIUDAD DE COMAYAGUELA M.D.C. A LOS 03 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICUATRO, FECHA SEÑALADA PARA CELEBRAR EL ACTO DE APERTURA DE SOBRES, PRESENTADOS POR LOS OFERENTES PARA EFECTUAR COMPRA DE:  
**60 KIT DE TRANSDUCTORES DE PRESION ARTERIAL INVASIVA TIPO MEDEX**

PROVEEDOR	CANTIDAD	UNIDAD	TIEMPO DE ENTREGA	PRECIO UNIT.	SUB TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
HONDUMEDIC	60	KIT	INMEDIATA	L 1,068.00	L 64,080.00		L 64,080.00
MEDITEC	60	KIT					
HEALTHCARE	60	KIT					
MATAMOROS	60	KIT					
GAMEDICAL	60	KIT					
DIMEHOS	60	KIT					

\*\*\*\*\*

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

1.- Hondumedio

HABIENDOSE TOMADO EN CUENTA LAS JUSTIFICACIONES SIGUIENTES:

Por ser el unico proveedor ofertando este insumo fue importante

Arleny Mireilly Lopez Jimenez 41665  
NOMBRE, FIRMA Y # DE PAGO

REPRESENTANTE TECNICO UNIDAD SOLICITANTE

GERENCIA ADMINISTRATIVA H.E.  
Miembro de apertura y adjudicacion

Angel L Ouedrao  
ALMACEN DE SUMINISTROS H.E. IHSS.  
Miembro de apertura y adjudicacion



**REVISADO**

FECHA: \_\_\_\_\_  
FOLIO: 6  
ANALISTA CONTROL INTERNO



Correo Electrónico : hondumedi@hondumedi.com  
R.T.N. 08019011428859

Tel./Fax. (504) 2238-5812 Tel. (504) 2238-8778 Tel.(504) 2205-1701 Tel. (504) 2213-4958

RANGO AUTORIZADO 000-001-01-00020051 AL 000-001-01-00024050

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

Ciudad: Col. La Granja Comayagueña

RTN: 08019003249605

Dirección: /

FACTURA No. 000-001-01-00020051-9

FECHA LIMITE DE EMISION: 16/06/2025

FECHA FACTURA 11/12/2024

FECHA VENCIMIENTO 10/01/2025

CAI: 223F7A-8D7172-B815E0-63BE03-090907-04

ORDEN COMPRA No. 1300004709

1. Estimado Cliente: hacer los cheques a Nombre de HONDUMEDIC S. DE R.L
2. Revisar la Necesidad al Recibirlo, No Recibirlo Recibamos Futuros. No Devolvamos.
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	Unidad	Descripción	Valor Unitario	Porcentaje	Valor Total
1	60	Unid 3814 Kit Transductor De Presion	1,068.0000	0%	64,080.00



Cantidad en Letras: SESENTA Y OCHO MIL OCHENTA CON 00/100 L.

		Subtotal: L. 64,080.00
		Descuentos y Rebajas: L. 0.0000
		Importe Exonerado: L. 0.00
		Importe Exento: L. 64,080.00
		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	Total a Pagar: L. 64,080.00	

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS \*EXIJALA\*

