

Tegucigalpa, M.D.C. 13 de Noviembre de 2019  
**OFICIO No.1456-2019-ULMI**

Licenciada  
LESLY BARAHONA  
**Unidad de Transparencia**  
Secretaría de Salud  
Su oficina

**Asunto: Remisión de Información Proceso de Compra No. BA FBO 2019-053**

Estimada Lic. Barahona

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

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

1. Oficio de Solicitud de Compra de Medicamentos No. 3378-SS-2019  
**Enlace:** Documentación legal  
**Sección:** Autorización a Comprar
  
2. Términos de Referencia y Enmienda 1 del proceso APB FBO 2019-053 para la compra de medicamentos, esta información debe ser subida en:  
**Enlace:** Documentación legal  
**Sección:** Pliegos de Condiciones

Adjunto: Correo electrónico [transparenciasalud.pactoshn@gmail.com](mailto:transparenciasalud.pactoshn@gmail.com) a la cual se envió la información en digital.

Agradeciendo la atención al presente.

Atentamente,

  
DRA. MARTA PAREDES VALLE

**Directora de la Unidad de Logística De Medicamentos e Insumos**



C: *Dra. Blanca Munguía- Coordinadora ASJ/Transparencia internacional.*  
*Anny Donaire – Enlace Pactos de Integridad ULMI*  
*Archivo.*

*\*/Anny Donaire*



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE**  
**OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**



# **TÉRMINOS DE REFERENCIA**

**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS**  
**CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A.**  
**PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS**  
**No. APB FBO 2019-053**

**FIDEICOMISO CONSTITUIDO POR EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE**  
**HONDURAS A TRAVÉS DE LA SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE**  
**SALUD (SESAL) E INCORPORA A LAS UNIDADES DE SALUD DE GESTIÓN**  
**DESCENTRALIZADAS (USGD) Y CUALQUIER OTRA INSTITUCIÓN PÚBLICA.**

**05 DE NOVIEMBRE DE 2019**



## I. INVITACIÓN

Banco de Occidente, S. A. (BANCOCCI), denominado en adelante **EL FIDUCIARIO**, tiene el agrado de invitarle a presentar oferta en el **Proceso de Compra Abierta, Pública y Búsqueda de Alternativas** para El Fideicomiso constituido por el Gobierno de la República de Honduras a través de la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) e incorpora a las Unidades de Salud de Gestión Descentralizadas (USGD) y cualquier otra Institución Pública, de conformidad con las condiciones establecidas en el presente documento.

**EL FIDUCIARIO** determinará una vez emita el Informe de Recomendación de Contratación de Compra (RCC) si uno o más de los productos solicitados se comprarán mediante la suscripción de un Contrato de Suministros o bien por una Orden de Compra (OC), según su caso.

## II. MARCO LEGAL

- Decreto Ejecutivo PCM 021-2018 del 13 de abril de 2018 publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” No. 34,622 el 23 de abril de 2018.
- Contrato de Fideicomiso de Administración para la Adquisición de Medicamentos y Otros, Celebrado entre la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) y El Banco de Occidente, S.A. (**BANCOCCI**), y, sus adendas.
- Convenios de Administración para la Adquisición de Medicamentos y Otros celebrados entre las Unidades de Salud de Gestión Descentralizadas y Otras Instituciones Públicas, y el Banco de Occidente, S.A. (**BANCOCCI**).
- Manual de Procedimiento de Banco de Occidente, S.A. (**BANCOCCI**) para la Compra de Medicamentos e Insumos de Salud para la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud (SESAL).
- Políticas Internas de Banco de Occidente, S. A. (**EL FIDUCIARIO**)
- El presente Proceso de Compra se regirá por las disposiciones del Código de Comercio y de las demás Leyes Mercantiles en su defecto, por los usos y costumbres mercantiles y a falta de éstos, por las normas del Código Civil. Los usos y costumbres especiales y locales prevalecerán sobre los generales.
- De acuerdo con las Normativas emitidas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).



### III. INSTRUCCIONES PARA LOS OFERENTES

Las empresas que estén interesadas en presentar OFERTAS, denominados en adelante **EL PROVEEDOR**, deberán tomar en cuenta y seguir las siguientes instrucciones:

#### a) FECHA LIMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS

##### FECHA LÍMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS

**LA OFERTA** puede ser presentada a más tardar a las **04:00 p.m. del Martes 12 de Noviembre de 2019**; toda oferta fuera de este plazo no será aceptada. Es decir, podrán ser recibidas **LAS OFERTAS** antes del día y hora límite de Presentación de Ofertas.

**LAS OFERTAS** serán recibidas en horario de atención al Público en el Departamento de Fideicomisos de Tegucigalpa, Oficina Principal Banco de Occidente, S.A., Boulevard Centroamérica, Colonia Las Colinas, Tegucigalpa, M.D.C.

#### b) INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE OFERTAS

**EL FIDUCIARIO** proporcionará con los Términos de Referencia (TDR's), un *INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE OFERTAS (ANEXO 11)*, con el Objetivo de que **LOS PROVEEDORES** puedan cumplir de manera eficaz las instrucciones detalladas en los TDR's, lo que permitirá un mejor desempeño en el Resultado de la Evaluación de las Ofertas presentadas para las Compras de Medicamentos, Material Médico Quirúrgico y Otros requeridas por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL), Unidades de Salud de Gestión Descentralizadas (USGD) y cualquier Otra Institución Pública, a través del Fideicomiso de Administración constituido por el Gobierno de la República a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) con Banco de Occidente, S.A. (**EL FIDUCIARIO**).

#### c) REGISTRO DE PROVEEDORES

**EL PROVEEDOR** interesado en participar en el presente Proceso de Compra, debe estar Registrado en la Cartera de Proveedores de Banco de Occidente, S.A. (**EL FIDUCIARIO**) de acuerdo con las Políticas Internas de El Banco, debe presentar a **EL FIDUCIARIO** fotocopias legibles de los siguientes documentos para su respectivo Registro:

- Escritura de Constitución y/o sus modificaciones.
- Poder de Representación cuando aplique.



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

- RTN numérico de la empresa.
- Identificación y RTN numérico del Representante Legal de la Empresa.
- Certificación de los principales accionistas donde defina: *Nombre Completo, Tipo de Identificación, Número de documento de Identificación, Nacionalidad, País de Residencia, Tipo de Acciones, Cantidad de Acciones y Porcentaje de Participación*, firmada por el Representante Legal de la Empresa e impresa en papel membretado de la empresa.
- Permiso de Operación Vigente de la empresa.
- Estados Financieros de los últimos 2 periodos fiscales.
- Dos (2) Referencias Comerciales de Principales Clientes, la cual debe contener al menos: valor del contrato, fecha, concepto y descripción del servicio prestado.
- Declaración de Renta del Último Periodo Fiscal.
- Constancia de la Procuraduría General de la República (PGR) vigente.
- Formulario Registro de Proveedores, **ANEXO 9 o ANEXO 10**.
- Entre otra información que **EL FIDUCIARIO** considere necesario de acuerdo con las Normativas emitidas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y las Políticas Internas del Banco con respecto al Proceso de Registro de Proveedores de El Banco.

Los Requisito para Registrarse como Proveedores del Banco, pueden ser presentados PREVIO a la Fecha de Presentación de Ofertas.

**EL FIDUCIARIO** extenderá a **LOS PROVEEDORES** una *Constancia de Registro de Proveedores, la cual, podrá adjuntar a su Oferta* permitiéndole evitar tener que presentarlos nuevamente en la Documentación requerida en el Proceso de Compra. Esta Constancia será entregada a **LOS PROVEEDORES** el Lunes 11 de Noviembre de 2019 en horario de atención al público de **EL FIDUCIARIO**.

Dicha **CONSTANCIA DE REGISTRO DE PROVEEDORES** solamente se entregará si **EL PROVEEDOR** ha cumplido con toda la Documentación solicitada durante el Proceso de Registro de Proveedores de acuerdo con los Procesos Internos del Banco de Occidente, S.A.

**LOS PROVEEDORES** que ya han iniciado el Proceso de **REGISTRO DE PROVEEDORES**, pueden presentarse al Banco a solicitar la **CONSTANCIA**, la cual se les extenderá siempre y cuando se haya recibido toda la documentación e información solicitada para el respectivo Registro.



#### d) FORMATO, FIRMA Y PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

**EL PROVEEDOR** preparará un sobre conteniendo el original de los documentos que comprenden **LA OFERTA**. Todas las hojas contenidas en dicho sobre deberán ser mecanografiadas o escritas con tinta indeleble y deberán estar firmadas por la persona debidamente autorizada para firmar en nombre del **EL PROVEEDOR** y **encuadradas en folder de dos o tres anillos**. La oferta deberá presentarse foliada (páginas enumeradas consecutivamente). Los sobres estén rotulados de la siguiente manera:

**\*\*\* OFERTA DE LA COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS  
CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A.  
COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053\*\*\***

**FIDEICOMISO CONSTITUIDO POR EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS A TRAVÉS  
DE LA SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD (SESAL)**

***NOMBRE DEL PROVEEDOR  
Dirección y Teléfono***

#### e) PERIODO DE VALIDEZ DE LA OFERTA

El Periodo de Validez de **LA OFERTA** para su aceptación por **BANCOCCI (EL FIDUCIARIO)**, será de sesenta días (**60 días calendario**), a partir de la fecha de Apertura de la Ofertas.

#### f) IDIOMA DE LA OFERTA

**LA OFERTA** debe emitirse en idioma **español**, pudiendo acompañarla de documentos complementarios en otro idioma, en cuyo caso, se debe adjuntar la respectiva traducción. Para la interpretación de la oferta, prevalecerá la traducción y **EL PROVEEDOR** será el único responsable de la traducción y de la precisión de la misma.

#### g) PRECIO DE LA OFERTA

El Precio de los Medicamentos y Otros deben ofertarse en Términos **incoterm: DDP - Delivered Duty Paid / Entregada Derechos Pagados**. **EL PROVEEDOR** debe tomar en cuenta todos los aranceles e impuestos que ameriten para la entrega efectiva de los medicamentos ofertados; el Precio Unitario detallado en el Formulario suministrado en el **ANEXO 1.1**, debe ser **EL PRECIO UNITARIO NETO**. Así también, el precio ofertado



debe incluir cualquier descuento considerado por **EL PROVEEDOR**. *El Precio Unitario Ofertado no podrá exceder de dos (02) decimales en su formato.*

#### **h) MONEDA DE LA OFERTA**

El Precio de la Oferta debe presentarse en Lempiras (L). Los pagos de los Contratos y/o Órdenes de Compra se realizarán en Lempiras (L); la moneda de curso legal en Honduras.

#### **i) GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA**

**EL PROVEEDOR** debe proporcionar, como parte de su oferta, una Garantía de Mantenimiento de Oferta del dos por ciento (2%) del valor total de su Oferta, extendida a nombre de **BANCO DE OCCIDENTE, S.A.**; y podrá consistir en Cheque Certificado, Cheque de Caja, Garantía Bancaria o Fianza extendida por una Institución Bancaria o una Institución Financiera del País aprobada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS). En las Garantías Bancarias o Fianzas deberá incluirse la cláusula obligatoria: "LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DE ESTA GARANTÍA BANCARIA", y emitida según el Formulario suministrado en el **ANEXO 2**.

Para ofertas con montos iguales o menores a QUINIENTOS MIL LEMPIRAS (**L 500,000.00**), **EL PROVEEDOR** debe presentar un *Manifiesto de Mantenimiento de Oferta*, utilizando el formato suministrado en el **ANEXO 3**.

La Garantía y/o El *Manifiesto de Mantenimiento de Oferta* debe permanecer vigente por un periodo igual a la fecha de expiración de la validez de la oferta, comenzando su vigencia a partir de la fecha límite de recepción de las ofertas.

La Garantía y/o *Manifiesto de Mantenimiento de Oferta* se hará efectiva:

1. Si **EL PROVEEDOR** retira su oferta antes de la expiración del Periodo de Validez de la Oferta.
2. Si **EL PROVEEDOR** No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.
3. Si se selecciona a **EL PROVEEDOR** y éste no firma el Contrato de Suministros y/o Orden de Compra en el plazo establecido por **EL FIDUCIARIO** en la Notificación de Compra.



4. Si **EL PROVEEDOR** no entrega la *Garantía de Cumplimiento* en el plazo establecido por **EL FIDUCIARIO** en la Notificación de Compra.

## j) CARTA PRESENTACIÓN DE OFERTA

**EL PROVEEDOR** presentará su Carta Propuesta de Oferta utilizando el formulario suministrado en el **ANEXO 4**, este formulario deberá ser debidamente llenado sin alterar su forma y no se aceptarán sustitutos. Todos los espacios en blanco deberán ser llenados con la información solicitada.

## k) FORMULARIO DE PRODUCTOS Y PRECIOS OFERTADOS

**EL PROVEEDOR** presentará **LA OFERTA** de cada ítem, el “*FORMULARIO DE PRODUCTOS Y PRECIOS OFERTADOS*”, formulario suministrado en el **ANEXO 1**. Este cuadro debe usarse estrictamente por ítem individual. El orden y forma de los requisitos de este formato son inalterables. *En dicho Cuadro deberán resaltar en el apartado de Observaciones toda información importante en la que se destaque si su Oferta es una alternativa a las condiciones establecidas en el presente Documento.*

**Listado de Medicamentos Ofertados en Formato Excel:** Adicionalmente al Formulario **ANEXO 1** a presentar en papel, así también, se debe presentar la Oferta en un Listado de los Medicamentos Ofertados *en archivo electrónico de Microsoft Excel* (unidad USB o CD editable) utilizando el archivo electrónico entregado junto a los Términos de Referencia (TDR's), sin realizarle ninguna modificación de Forma y Diseño al formato por parte de **EL PROVEEDOR**, únicamente completando los datos solicitados. *En la Unidad USB o CD editable, se debe guardar la información únicamente de los ítems ofertados, en el cual, deberá leer la misma información descrita en la oferta entregada en físico y firmada.* La Unidad USB o CD debe ser entregada en sobre cerrado dentro del sobre de la oferta; **No se requiere que dicho Listado sea impreso.** En todo caso, prevalecerá **LA OFERTA** presentada en físico según Formulario **ANEXO 1.1** (impresión en papel).

## l) DOCUMENTOS QUE COMPONEN LA OFERTA

1. Carta Presentación de Oferta.
2. Formulario de Productos y Precios Ofertados.
3. Fotocopia del Registro Sanitario Vigente, o en su defecto, presentar una Constancia de la Agencia de Regulación Sanitaria de la República de Honduras





**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

(ARSA) que está en trámite de Solicitud de Nuevo Registro Sanitario, Renovación, Corrección, Modificación o Ampliación de este; No se aceptarán Constancias emitidas por otra Institución. Así también, en lugar de dicha Constancia, se podrá presentar la fotocopia de la Solicitud con el sello de recibido de ARSA, en un periodo No mayor de seis (6) meses de haberse recibido por ARSA.

En los casos que se presente fotocopia de la Solicitud de Registro Sanitario a ARSA, **EL PROVEEDOR** deberá adjuntar la Fórmula Cualicuantitativa, Prospecto del Medicamento y la imagen impresa a color del etiquetado primario y secundario; Así también, será objeto de descalificación el ítem que presente un Registro Sanitario con más de seis (6) meses de vencido.

En el caso de productos fabricados dentro del CA-4, el Certificado de Producto Farmacéutico vigente de los países del CA-4 (Unión Aduanera Centroamericana) con el sello de Reconocimiento Mutuo, o en su defecto, un documento autorizado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA). será objeto de descalificación el ítem que presente un Certificado de Reconocimiento Mutuo con más de seis (6) meses de vencido.

4. Fotocopia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas (BPM) vigente para la forma farmacéutica ofertada, del Laboratorio Fabricante. No se aceptarán Constancias emitidas por otra Institución. O en su defecto, presentar Fotocopia del Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) Vigente tipo OMS del Medicamento Ofertado.

Así también, será objeto de descalificación el ítem que presente un Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y/o Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) con más de seis (6) meses de vencido.

5. Garantía o Manifiesto de Mantenimiento de Oferta.
6. Pacto de Integridad y Transparencia firmado por el Representante Legal de **EL PROVEEDOR (ANEXO 12)**.
7. Fotocopia de la **CONSTANCIA DE REGISTRO DE PROVEEDORES Vigente por UN (1) año**, en la que se acredite que **EL PROVEEDOR** ha cumplido con toda la Documentación solicitada durante el Proceso de Registro de Proveedores de acuerdo con los Procesos Internos del Banco de Occidente, S.A.; No son válidas



las Constancias emitidas anteriormente, en las que No se indica la Vigencia de dicha Constancia.

En el caso, que al momento de la Presentación de las Ofertas **EL PROVEEDOR** no cuente con dicha Constancia, **EL FIDUCIARIO** se reserva el derecho de Solicitar la información necesaria para completar el Proceso de Registro de Proveedores, en el tiempo que lo estime conveniente.

**Todos los documentos que se presenten en fotocopia deberán estar autenticados por Notario Público; según establece la Ley de Notariado en su Reglamento vigente Artículo No. 40. Una autentica deberá incluir todas las fotocopias de los documentos que lo ameriten. Todas las fotocopias deberán ser legibles.**

La documentación técnica por presentar debe ser estrictamente la requerida en el presente documento sobre el Producto Ofertado.

#### **m) FOLIADO DE LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

**EL PROVEEDOR** deberá presentar el foliado de los documentos de manera ordenada, clara y puntual. En donde a cada documento solicitado deberá anteceder de una “Hoja de Título” que contenga entre otros el enunciado al que se refiere, como ser:

- Formulario de Oferta de Productos y Precios Ofertados.
- Certificado de Registro Sanitario.
- Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).
- U otros según sea necesario.

#### **n) SOLICITUDES DE ACLARACIONES DE LOS PROVEEDORES A EL FIDUCIARIO**

**EL PROVEEDOR** podrá remitirle a **EL FIDUCIARIO** durante los primeros tres (03) días hábiles a partir de la fecha de la Publicación de la Invitación a Ofertar, las Aclaraciones que requieran con respecto a los Términos de Referencia (TDR's). Las solicitudes de aclaración deben enviarse al correo: [FideicomisoADQUISICIONES@bancocci.hn](mailto:FideicomisoADQUISICIONES@bancocci.hn).

#### **o) ACLARACIONES Y SUBSANACIONES SOBRE LAS OFERTAS PRESENTADAS**

**EL FIDUCIARIO** podrá reservarse el derecho de solicitar a los **PROVEEDORES** aclaraciones, subsanaciones o información adicional en cualquier momento durante el



proceso de evaluación. Las respuestas proporcionadas por los **PROVEEDORES** no deberán contener modificación alguna en cuanto al contenido o precio de la oferta, salvo si es para confirmar la corrección de errores aritméticos observados por **EL FIDUCIARIO** en el momento de la evaluación.

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

#### p) MUESTRAS

**EL PROVEEDOR** deberá presentar una (1) muestra, con la cual, respalden técnicamente su oferta, sin costo alguno para **EL FIDUCIARIO**, *cuando este último lo estime conveniente*. Dicha muestra debe consistir en una réplica de lo que finalmente entregarán al Beneficiario, con excepción del etiquetado especial de la Leyenda “Propiedad del Estado de Honduras”.

#### q) OFERTAS A TRAVÉS DE BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS

**EL FIDUCIARIO** una vez recibidas **LAS OFERTAS** presentadas según el inciso a), podrá realizar la Búsqueda de Alternativas de aquellos productos que no tuvieron una Oferta Valida, o bien, que el precio ofertado no es razonable. **EL FIDUCIARIO** podrá realizar una Búsqueda de Proveedores tanto Nacional e Internacional que aseguren el abastecimiento de un producto de Calidad a un Precio Justo. **EL FIDUCIARIO** podrá incorporar las Ofertas obtenidas a través de la Búsqueda de Alternativas al Informe de Recomendación de Contratación de Compra (RCC).

#### r) COMPRA MEDIANTE CONTRATO DE SUMINISTROS U ORDEN DE COMPRA (OC)

**EL FIDUCIARIO** una vez recibidas **LAS OFERTAS** presentadas y emitido el Informe de Recomendación de Contratación de Compra (RCC), definirá, que productos serán comprados mediante un Contrato de Suministros o en su caso mediante una Orden de Compra (OC), tal como lo establecido en el “*Instructivo de Compra de Medicamentos y Otros de EL FIDUCIARIO*”; el cual, establece que Compras totales por Proveedor con un Monto Máximo de QUINIENTOS MIL LEMPIRAS (L 500,000.00) se podrán considerar como una Compra Menor y se realice mediante una Orden de Compra (OC).



**s) DOCUMENTOS OBLIGADOS PREVIOS A LA FIRMA DEL CONTRATO DE SUMINISTROS U ORDEN DE COMPRA (OC)**

**EL FIDUCIARIO** se reserva el derecho de solicitar nuevamente a los **PROVEEDORES**, los siguientes documentos para la elaboración del Contrato de Suministros y/o la Orden de Compra (OC):

1. Escritura de Constitución y/o sus modificaciones.
2. Poder de Representación, cuando aplique.
3. Fotocopia del RTN numérico de la empresa.
4. Fotocopia de la Identificación y RTN numérico del Representante Legal de la Empresa.
5. Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) Vigente.
6. Certificado de Producto Farmacéutico (CPF).
7. Certificado de Registro Sanitario Vigente.

**t) NOTIFICACIÓN DE COMPRA PARA CONTRATO DE SUMINISTROS**

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

**u) NOTIFICACIÓN DE COMPRA PARA ORDEN DE COMPRA (OC)**

**EL FIDUCIARIO** en el momento que estime conveniente, realizará a través de Órdenes de Compra (OC), enviadas vía correo electrónico, la Formalización a **EL PROVEEDOR** del pedido a realizar sobre los productos, indicando la Descripción – Especificación Técnica, Laboratorio – País de Origen, Cantidades Requeridas, Lugar de Entrega y demás particularidades de dicha Compra. **EL PROVEEDOR** tendrá tres (03) días hábiles para presentarse al Departamento de Fideicomisos de **EL FIDUCIARIO** a formalizar la aceptación de la Orden de Compra (OC), contados a partir del envío de las Ordenes; de lo contrario, **EL FIDUCIARIO** podrá disponer de otros **PROVEEDORES** y/o Procesos de Compra para contar con la disponibilidad de dichos Medicamentos y Otros. La Orden de Compra (OC) contendrá a detalle las Condiciones Generales de la Compra.



## v) GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

Recibida la Notificación de Contratación de Compra mediante Contrato de Suministros u órdenes de Compra (OC), EL **PROVEEDOR** suministrará a **EL FIDEICOMISO** al momento de la firma del Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC) una Garantía de Cumplimiento y emitida según el Formulario suministrado en el **ANEXO 5**.

Esta Garantía deberá ser emitida en Lempiras (L) y extendida a favor de **Banco de Occidente, S. A.**, por el equivalente al diez por ciento (10%) del monto total del Contrato de Suministros, pudiendo consistir en una Fianza o Garantía Bancaria extendida por una Institución Bancaria o una Institución Financiera del país aprobada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), debiendo estar vigente durante sesenta (60) días calendarios adicionales al plazo máximo de entrega de los Medicamentos y Otros; dicho plazo de vigencia, se contabilizará a partir de la fecha de la suscripción del Contrato de Suministros. En la Garantía de Cumplimiento deberá incluirse esta cláusula obligatoria: "LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DE ESTA GARANTÍA BANCARIA". Además de la cláusula obligatoria, en dicha garantía se deberá relacionar el Contrato a suscribir, pues a partir de él se emitirá la misma.

Para Compras con montos iguales o menores a QUINIENTO MIL LEMPIRAS (L 500,000.00) **EL PROVEEDOR** suministrará a **EL FIDEICOMISO** al momento de la firma de la Orden de Compra (OC) un Manifiesto de Garantía de Cumplimiento de Orden de Compra (OC) y emitida según el Formulario suministrado en el **ANEXO 6**.

El *Manifiesto de Cumplimiento* deberá de estar vigente durante sesenta (60) días calendarios adicionales al plazo máximo de entrega de los productos; dicho plazo de vigencia se contabilizará a partir de la fecha de firma de la Orden de Compra (OC).

Si el licitante seleccionado no presenta la *Garantía de Cumplimiento* o el *Manifiesto de Cumplimiento* mencionadas o no firma el Contrato de Suministros o la Orden de compra, esto se considerará motivo suficiente para anular Notificación de Contratación de Compra y hacer efectiva la Garantía de Mantenimiento de Oferta y/o Manifiesto de garantía de Mantenimiento de Oferta. En este caso, **EL FIDUCIARIO** podrá Recomendar la Contratación a la siguiente oferta que cumple sustancialmente con lo establecido en presente documento.



## w) GARANTÍA DE CALIDAD

Una vez realizada la entrega total o parcial de los medicamentos contratados, se haya extendido o no el ACTA DE RECEPCIÓN de los productos, **EL PROVEEDOR** presentará una Garantía de Calidad de los productos entregados en el Departamento de Fideicomisos de **EL FIDUCIARIO**, y emitida según el Formulario suministrado en el **Anexo 7**.

Esta Garantía deberá ser emitida en Lempiras y extendida a favor de la “BANCO DE OCCIDENTE, S. A.”, por el equivalente al cinco por ciento (5%) del monto total del Contrato u Orden de Compra (OC) según corresponda, pudiendo consistir en una Fianza o Garantía Bancaria extendida por una Institución Bancaria o una Institución Financiera del país aprobada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, debiendo estar vigente, con una duración mínima de dos (2) años, el tiempo se contabiliza a partir de la fecha de las entregas. En la Garantía de Calidad deberá incluirse esta cláusula obligatoria: “LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DE ESTA GARANTÍA BANCARIA ”. Además de la cláusula obligatoria, en dicha garantía se deberá relacionar el Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC), pues a partir de él se emite la misma.

Para las compras con montos menores o iguales a QUINIENTOS MIL LEMPIRAS (L 500,000.00) Una vez realizada la entrega total o parcial de los Medicamentos contratados, se haya extendido o no el ACTA DE RECEPCIÓN de los productos, **EL PROVEEDOR** presentará un Manifiesto de Garantía de Calidad de los productos entregados en el Departamento de Fideicomisos de **EL FIDUCIARIO**, y emitida según el Formulario suministrado en el **ANEXO 8**.

Si se realiza cualquier tipo de reclamo relacionado con los bienes objeto de esta compraventa, y si no es atendido por **EL PROVEEDOR** dentro del plazo de diez (10) días hábiles, o no se llegare a un acuerdo conciliatorio entre **EL FIDUCIARIO** y **EL PROVEEDOR**, **EL FIDUCIARIO** mediante autorización del Beneficiario, ejecutará la Garantía de Calidad y/o el Manifiesto de Garantía de Calidad sin perjuicio de las otras sanciones que legalmente proceden por incumplimiento de contrato u Orden de Compra (OC).



#### IV. CONDICIONES GENERALES

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

##### a) REQUERIMIENTO

Es Objeto de este Proceso de **COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE MEDICAMENTOS NO. APB FBO 2019-053, UN (01) MEDICAMENTO QUE INCLUYE AL MENOS CIENTO VEINTE (120) VAPORIZADORES COMPATIBLES Y NUEVOS**, según Listado a Comprar detallados en el **NUMERAL V LISTA DE REQUERIMIENTO. EL FIDUCIARIO** de acuerdo con el Análisis Técnico de Compatibilidad del Medicamento con los Vaporizadores y Equipo de Anestesia, determinara las cantidades a Comprar del Medicamento y Solicitud de los Vaporizadores, sin ninguna variación del precio unitario OFERTADO por **EL PROVEEDOR**.

**EL FIDUCIARIO** podrá suspender o cancelar el proceso de compra de uno o más productos contenidos en el **NUMERAL V LISTA DE REQUERIMIENTO**, previo a la firma del Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC), sin responsabilidad alguna ante los **PROVEEDORES** y sin proporcionar motivo o aviso alguno.

##### b) OFERTAS ALTERNATIVAS

En el caso que **EL PROVEEDOR** presente su oferta con una desviación a algún criterio como ser el plan de entrega, cantidad ofertada menor a la requerida, etiquetado, Constancia de la Agencia de Regulación Sanitaria de la República de Honduras (ARSA) que indique el Registro está en trámite de Emisión de Nuevo Registro Sanitario renovación o modificación en lugar del Certificado de Registro Sanitario Vigente, o desviación en la especificación técnica requerida (características propias del Medicamento y Otros), que no implique una desviación significativa del requerimiento establecido y que no implique disminución del rendimiento de la operatividad técnica del producto, **EL FIDUCIARIO** se reserva el Derecho Aceptarla o No.

##### c) LUGAR DE ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

**EL PROVEEDOR** se compromete a entregar los productos en las instalaciones del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI), Honduras; u otra instalación ubicada en el departamento de Francisco Morazán, que **EL FIDUCIARIO** designe particularmente en la Orden de Compra (OC) y/o Contrato de Suministros.



**d) ENTREGAS EN CUALQUIER OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL TERRITORIO NACIONAL**

**EL FIDUCIARIO** podrá requerir que **EL PROVEEDOR** realice una entrega Total o Parcial de un determinado ítem previo a la formalización de la Orden de Compra (OC) y/o Contrato de Suministros en cualquier otro Establecimiento de Salud dentro del Territorio Nacional. Debiendo **EL PROVEEDOR** confirmar dentro de los dos (02) días hábiles siguientes la disposición de realizar la Entrega y los costos Logísticos de la misma.

**e) PLAN DE ENTREGA**

El Plan de Entregas requerido es el siguiente:

No.	Código ATC	Nombre del Medicamento Requerido	UP	Cantidad Solicitada	Plazos de Entrega Solicitados
1	N01AB08	SEVOFLUORANE 100% V/V	VIAL	6,800	35% A 30 DÍAS 35% A 90 DÍAS 30% A 120 DÍAS

Los **CIENTO VEINTE (120)** Vaporizadores **NUEVOS** deberán ser Entregados en la **PRIMERA ENTREGA** en el Lugar Indicado por EL FIDUCIARIO según lo establecido en este documento.

**EL PROVEEDOR** podrá proponer ofertas de entregas en plazos diferentes a lo requerido, **EL FIDUCIARIO** se reserva el derecho de aceptar o rechazar las mismas, incluyendo en la Recomendación de Contratación de Compra (RCC) a EL BENEFICIARIO los casos que se estime conveniente.

**f) REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PREVIOS A LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS**

La entrega del Medicamentos se acompañará con una fotocopia del Registro Sanitario Vigente o en su defecto, un documento autorizado emitido por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA), que autorice su comercialización sin Registro Sanitario Vigente, fotocopia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas (BPM) vigente para la forma farmacéutica contratada tipo OMS del Laboratorio Fabricante vigente o





bien, el Certificado de Producto Farmacéutico (CPP) vigente, el original o fotocopia del Certificado de Análisis de Calidad del producto terminado debidamente aprobado, para cada uno de los lotes del producto que se requieran, firmado por el responsable del laboratorio del fabricante.

La entrega del Vaporizador se acompañará con la Garantía de Fabrica.

## **g) EMPAQUE Y ETIQUETADO**

### **EMPAQUES / ENVASES**

#### **Características de Empaques / Envases PRIMARIO**

- En el caso de los medicamentos que requieran Envase Primario protegido de la luz, se debe entender que este fabricado en un material que no permita el paso de la luz o este empacado en una caja individual.
- Líquidos para uso Parenteral: las ampollas deberán tener bien clara la marca para poder abrirla. Las preparaciones inyectables con presentación en bolsas deberán estar constituidas por plástico resistente, no reactivo, con escala de volumen y con dispositivo que permita la conexión de catéter, así como el respectivo colgante para insertarlo fácilmente en un soporte de forma que se facilite su administración intravenosa (I.V.).
- Los medicamentos que se especifiquen en tiras de papel de aluminio o celopolifoil, deben entenderse que, en las tiras, el papel aluminio o celopolifoil es por ambos lados.

#### **Características de Empaques / Envases SECUNDARIO**

- El empaque secundario debe ser resistente que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará por ejemplo empaque tipo cartulina).
- El material de acondicionamiento de los frascos para cajas y subdivisiones internas debe ser lo suficientemente resistente (cartón grueso).
- Todas las cajas deberán tener el mismo número de frascos y las indicaciones de su manejo.
- En caso de Ampollas / Viales de vidrio transparente, se aceptarán en empaques, conteniendo como máximo 25 Ampollas / Viales por caja (empaque secundario).
- Cada envase secundario, deberá traer cinta (sello).



### **Características de Empaques / Envases Terciario**

- Es responsabilidad del Proveedor la definición de la estiba y de las cantidades que contiene un empaque terciario por la seguridad, conservación, manipulación y adecuado almacenamiento del producto.
- Para la recepción, el proveedor debe entregar el producto debidamente paletizado según normas internacionales ISO 3676 (Tamaño de las unidades de carga de unidad modular será de 1200 mm x 1000mm), embalado y debidamente identificado.

### **ETIQUETADO**

#### **Condiciones de Etiquetado / Envase Primario**

- El Envase Primario debe incluir la siguiente leyenda: “Propiedad del Estado de Honduras”. Se dispensa la leyenda en el envase primario, no así en el empaque secundario, en las siguientes situaciones:
  - Entrega inmediata (1-10 días calendario).
  - Medicamentos que requieren red de frío y que, al manipular estos envases para rotulación, representa un riesgo en la alteración de la conservación y estabilidad de estos.
  - Medicamentos de bajo volumen (hasta 3 ml).
  - Medicamentos cuyo envase secundario posee sello de seguridad.
- Todo medicamento deberá tener etiqueta en español con los siguientes datos:
  - Nombre Comercial escrito de manera destacada, la cual puede ser una denominación común internacional o bien, un nombre de marca.
  - Nombre completo del o los principios activos en su denominación común.
  - Forma farmacéutica (tableta, ungüento, óvulos, capsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, etc.).
  - Concentración de principio activo de la forma farmacéutica por unidad de dosis (porcentaje, mg., g., mEq., mg./ml., mEq/dosis, etc.).
  - Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
  - Lote de Fabricación.
  - Fecha de expiración (impresa en etiqueta original, no se aceptarán fotocopias adheridas, claramente especificada, no en código).
  - Vía de administración (indispensable).



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE**  
**OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

- Registro sanitario (si no tuviera empaque secundario).
  - Leyenda: “Propiedad del Estado de Honduras”.
- 
- La información deberá ser grabada directamente en el envase primario o impreso en tinta indeleble o una etiqueta de material adecuado y que no sea fácilmente desprendible (no fotocopias).
  - No se permitirán etiquetas adicionales o stickers como aclaraciones de la etiqueta principal, por tanto, el etiquetado no deberá presentarse conteniendo frases, palabras, denominaciones, símbolos, figuras o dibujos, nombres geográficos, e indicaciones que lleven a interpretaciones falsas o a error, engaño o confusión, en cuanto a su procedencia, origen, naturaleza, composición y calidad.
  - El Etiquetado para soluciones, jarabes, elixires, suspensiones, emulsiones, lociones, polvos para preparación de suspensiones o soluciones, inyectables en ampollas, jeringas precargadas, vial o parenterales de gran volumen, aerosoles y otras formas similares (cualquier vía de administración), **además** de las anteriores mencionadas, La información mínima que deberá llevar el Etiquetado del envase o empaque primario del producto es la siguiente:
    - Condiciones de almacenamiento (cuando no tiene envase o empaque secundario).
    - Agítese antes de usar (solo para emulsiones y suspensiones).
    - Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo, cuando aplique (Cuando no tiene envase empaque secundario).
    - Tiempo de vida útil después de abierto o preparado cuando aplique.
    - Advertencia de seguridad sobre peligro de explosión, no exponer al calor, no perforar o arrojar al fuego y evitar el contacto con los ojos (solo para aerosoles con propelentes inflamables).

**Condiciones de Etiquetado / Envase Secundario**

Todo empaque secundario deberá tener en español los siguientes datos:

- Nombre Comercial escrito de manera destacada, la cual puede ser una denominación común internacional o bien, un nombre de marca.
- Nombre completo del o los principios activos en su denominación común.
- Concentración de principios activos de la forma farmacéutica (% , mg, g, mEq, mg/mg/ml, Al/ml, mEq/dosis, etc.).



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

- Forma farmacéutica (tabletas, ungüento, óvulos, cápsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, etc.).
- Volumen de principio activo expresado en volumen/volumen, peso, peso, etc.
- Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
- Lote de Fabricación
- Fecha de expiración del producto y Condiciones de almacenamiento claramente especificada, no en código.
- Contenido en unidades.
- Vía de administración incluyendo indicación especial sobre la forma de administración cuando aplique.
- Registro Sanitario.
- Leyenda: Propiedad del “Propiedad del Estado de Honduras”.
- Forma de preparación o referencia para leer en el instructivo (cuando aplique)
- Tiempo de vida útil después de abierto o preparado (cuando aplique).

**Condiciones de Etiquetado / Terciario**

Todo empaque Terciario deberá tener en español los siguientes datos:

- Nombre Comercial escrito de manera destacada, la cual puede ser una denominación común internacional o bien, un nombre de marca.
- Forma farmacéutica (tabletas, ungüento, óvulos, cápsulas, grageas, tabletas recubiertas, suspensiones, soluciones, etc.).
- Volumen de principio activo expresado en volumen/volumen, peso, peso, etc.
- Nombre de la empresa responsable o laboratorio responsable o logotipo que identifique al laboratorio y país.
- Lote de Fabricación
- Fecha de expiración del producto claramente especificada, no en código
- Condiciones de almacenamiento y estibado.
- Cantidad de medicamentos por embalaje.

Para todos los productos que necesiten refrigeración o condiciones especiales de almacenamiento, deberán consignar esta información en los empaques que los contengan de manera sobresaliente, comunicándose este hecho a los encargados de la recepción. De no ser así, el Establecimiento Receptor no se responsabiliza de su deterioro.



**EL PROVEEDOR** podrá presentar la oferta de los productos que cuenta en existencias para una entrega inmediata con el Empaque y Etiquetado con una desviación, a lo requerido, siendo **EL FIDUCIARIO** quien se reserva el derecho de aceptar o rechazar las mismas, e incluir el producto en la Recomendación de Contratación de Compra (**RCC**) a **EL BENEFICIARIO**.

## **h) VIDA ÚTIL DE LOS PRODUCTOS**

**EL PROVEEDOR** garantiza que los productos ofrecidos, al momento de su entrega en el Establecimiento de Salud, serán de producción con fecha de expiración no menor de DOS (2) años, o en el caso de los Hemoderivados o Biotecnológicos, con fecha de expiración no menor de DIECIOCHO (18) meses, que son de materia prima de calidad, y se compromete a reponer los productos sin costo alguno, si antes de la fecha de expiración sobrevienen fallas imputables al laboratorio fabricante. Esto incluye el cumplimiento de las especificaciones técnicas de etiquetado de los embalajes primario y secundario, o cualquier otra especificación técnica, de la propia oferta. **EL PROVEEDOR** deberá indicar en su oferta, la fecha de vencimiento de los productos con que cuenta en existencias para entrega inmediata, de ser una Fecha de vencimiento menor a lo requerido, será el Establecimiento de Salud que corresponda quien confirmará a **EL FIDUCIARIO** la aceptación del Producto con dicha Fecha en respuesta a la suscripción del Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC).

En todo caso, para los productos con Fechas de Entregas posterior a los treinta (30) días calendarios después de la Firma del Contrato de Suministros y/u Orden de Compra (OC), la fecha mínima aceptada de vida útil, al momento de la entrega al Establecimiento de salud, será de no menos de DOCE MESES (12) para todos los productos en general.

## **i) ACTA DE COMPROMISO DE REEMPLAZO**

En el Marco de la **COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS**, **EL PROVEEDOR** podrá ofrecer una Entrega de producto que tenga una Vida Útil menor a los Términos Generalmente Aceptados, será **EL FIDUCIARIO** quien se reserva el derecho de aceptar o no la misma, pudiendo incluir en el Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC) la Fecha de Vida Útil disponible, siendo en todo momento el Establecimiento de Salud quien acepte la Vida Útil de los productos ofrecidos para las Entregas, quedando para este caso **EL PROVEEDOR** exento de presentar el Acta de Compromiso de Reemplazo. Esta Exoneración se considera únicamente para la



recepción de producto ofertado que su entrega se realice dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al contrato u Orden de Compra (OC) y que esta al momento de su recepción tenga no menos de doce (12) meses de Vida Útil.

En el resto de los casos en que se hayan aceptado productos con Fechas de Entregas mayores a treinta (30) días calendarios a partir del contrato u Orden de Compra (OC) se estará procediendo conforme a los términos Generalmente Aceptados siguientes: con fechas de expiración por un período menor a DOS (2) años, o en el caso de los hemoderivados o Biotecnológicos, con fecha de expiración por un período menor a dieciocho (18) meses, al momento de la recepción, **EL PROVEEDOR** presentará al Establecimiento de Salud Receptor de los Medicamentos y Otros, un Acta de Compromiso (debidamente autenticada por un Notario), de reemplazo o reposición de los productos con un período de expiración mayor o igual a DOS (2) años, en el caso de los Hemoderivados o Biotecnológicos mayor o igual a dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha en que se recepcionen. Dicha Acta deberá ser emitida según el Formulario suministrado en el **ANEXO 13**.

Los reemplazos o reposiciones deberán realizarse en el plazo que el Establecimiento de Salud los requiera, dándole notificación de al menos sesenta (60) días calendario a partir de la solicitud, entregando uno (1) o los lotes de productos que correspondan. Lo anterior se aplicará de igual manera y con los mismos criterios en el caso de los productos en que se detectasen fallas que no se hubieran detectado al momento de su recepción.

*El Acta de Compromiso de Reemplazo o Reposición será de carácter obligatorio ser Autenticada por un Notario en los casos que el Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC) sea igual o mayor a QUINIENOS MIL LEMPIRAS (1 500,000.00).*

## **j) PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA LA REPOSICIÓN DE PRODUCTOS**

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (**SESAL**), las Unidades de Salud de Gestión Descentralizadas (USGD) y cualquier otra Institución Pública podrá hacer reclamos de los productos cuando se compruebe que falla en generar el debido propósito del producto. En este caso **EL PROVEEDOR** deberá reponer al Establecimiento de Salud el cien por ciento (100%) del ítem, cuando uno (1) o más lotes hayan sido objeto de algún incumplimiento de calidad, por uno de igual o superior características de las señaladas originalmente, dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha en que el Establecimiento de Salud comunique por escrito el incumplimiento



respectivo, dado que las fallas antes mencionadas son responsabilidad de **EL PROVEEDOR**.

**EL FIDUCIARIO** a petición del Establecimiento de Salud podrá en caso necesario cubrir el desabastecimiento causado por los rechazos de los productos mediante compra local de la cantidad requerida para cubrir su necesidad durante el período de reposición. Los costos y gastos que se originen de esta situación serán cubiertos por **EL PROVEEDOR**, y las cantidades utilizadas para suplir el desabastecimiento del Medicamento y Otros con incumplimiento de calidad, serán descontados de los pagos que tenga pendiente **EL PROVEEDOR** del Contrato de Suministros suscrito u Orden de Compra (OC); lo anterior, independientemente de la reparación del daño que cause.

**EL PROVEEDOR** deberá garantizar que la entrega y recepción de los productos en reposición o reemplazo se efectuará en el lugar indicado en el Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC). Los productos en que se compruebe su falla mediante un Análisis de Laboratorio serán retenidos por el Establecimiento de Salud para su posterior destrucción conforme a los procedimientos establecidos por la Instancia Pública correspondiente y demás involucradas. Los mismos no serán devueltos a **EL PROVEEDOR**.

El hecho de contar con un Lote de la entrega con un Análisis de Laboratorio que no cumple con la Calidad requerida, serán retenidos todos los lotes que hubiesen sido entregados por **EL PROVEEDOR** y únicamente se podrá dar por recibido y emitir el Acta de Recepción de aquellos lotes a los que se les haya realizado un Análisis de Laboratorio debidamente Aprobado. **EL PROVEEDOR** se compromete a reponer el cien por ciento (100%) del Medicamento entregada en caso de que el Análisis de Laboratorio no cumpla, sin importar las cantidades que hubiese de existencias de dicho Medicamento en las instalaciones del Establecimiento de Salud.

#### **k) INSPECCIONES Y PRUEBAS DE ANÁLISIS DE CALIDAD**

- El Establecimiento de Salud, podrá solicitar se efectúen pruebas de calidad a su entera discreción, utilizando la metodología que estime conveniente y en los Laboratorios que decida, tomando muestreos técnicos al azar, cuyos costos de cada una de las pruebas y/o análisis que se realicen correrán por cuenta de **EL PROVEEDOR**.



- Estos análisis se podrán realizar durante toda la vida útil de los productos a fin de garantizar que éstos mantendrán la calidad en igual condición que al momento de la entrega.
- **EL PROVEEDOR** se obliga a presentar el patrón de referencia o estándar de referencia primario o secundario para la verificación de la calidad de su producto cuando este sea requerido por el laboratorio nacional o Internacional, así también, se obliga a regirse por el Análisis del Laboratorio mediante la metodología analítica actualizada; de no aparecer la monografía en dicha Metodología, **EL PROVEEDOR** deberá presentar al Laboratorio la metodología analítica a utilizar. Además, **EL PROVEEDOR** deberá presentar al Laboratorio fotocopia del certificado del producto terminado del medicamento, certificado del estándar el cual especifique su pureza y fecha de expiración, y certificado de procedimiento.
- El Establecimiento de Salud o sus representantes tendrán la facultad de inspeccionar los productos y someterlos a prueba a fin de verificar su conformidad con las especificaciones contratadas. El Establecimiento de Salud notificará oportunamente y por escrito a **EL PROVEEDOR** la identidad de todo representante designado para estos fines. Así mismo, **EL PROVEEDOR** deberá reponer sin costo alguno las muestras utilizadas para dichas pruebas.

## **I) LUGAR Y TIEMPO DE PAGO DE LOS CONTRATOS DE SUMINISTROS U ORDENES DE COMPRA (OC)**

Los Contratos de Suministro u Órdenes de Compra (OC) serán pagados por **EL FIDUCIARIO** al respectivo proveedor TREINTA (30) días calendario después de levantada el ACTA DE RECEPCIÓN por la Bodega de Recepción del Establecimiento de Salud y REFRENDADA por la auditoría de **EL FIDUCIARIO**, con el informe de aprobación del Resultado de Análisis de Calidad emitido por un Laboratorio Nacional o Internacional que el Establecimiento de Salud determine sobre los Medicamentos y Otros que seleccione para un análisis de este tipo y la respectiva garantía de calidad.

**EL FIDUCIARIO** podrá pagar a **EL PROVEEDOR** cuando no se hubiere levantado el Acta de Recepción en el Establecimiento de Salud, y por causas no imputables a **EL PROVEEDOR**; éste último podrá solicitar por escrito a **EL FIDUCIARIO** el pago a su favor, siempre y cuando cuente con:

- El respectivo Informe debidamente APROBADO del Resultado de Análisis de Calidad del Laboratorio (Nacional o Internacional), cuando corresponda.





- Factura Comercial Original que cumpla con el Régimen de Facturación (CAI) establecido por el Sistema de Administración de Rentas (SAR) y refrendada por la Auditoría de **EL FIDUCIARIO**.
- La presentación de la Constancia en Bulto de los productos entregados, emitida por el Establecimiento de Salud, refrendada por la auditoría de **EL FIDUCIARIO**.
- La respectiva Garantía de Calidad.

**EL FIDUCIARIO** recibida la solicitud de **EL PROVEEDOR** trasladará la misma al Comité Técnico del Fideicomiso (CTF) para su análisis, quien podrá proceder con su aprobación o no. En caso de ser favorable, **EL FIDUCIARIO** procederá con el pago a favor de **EL PROVEEDOR** en el plazo de hasta diez (10) días calendarios, contados a partir del día siguiente de Aprobación por parte del Comité Técnico del Fideicomiso (CTF).

#### **m) APLICACIÓN DE MULTAS**

En caso de incumplimiento en la entrega de los productos contratados en los plazos señalados en el Contrato de Suministros u Orden de Compra (OC), cuando no sea por causa catalogada como Caso Fortuito o de Fuerza Mayor que sea presentada con justificaciones suficientes y aceptadas por **EL FIDUCIARIO**, se impondrá una multa a **EL PROVEEDOR** consistente en el cinco por ciento (5.00%) mensual sobre el valor de los productos entregados tardíamente.

La aplicación de las multas antes referidas, se deducirán del pago del Medicamento o Medicamentos correspondientes a favor de **EL PROVEEDOR**, señalándose, además, que, por supuesto se ejecutaría la Garantía de Cumplimiento, ante los atrasos amparados por dicha boleta bancaria, en el monto que corresponda, y sin perjuicio que se proceda la resolución del Contrato.

En caso de que se certifique el incumplimiento en la calidad de los productos entregados por **EL PROVEEDOR**, dará derecho a **EL FIDUCIARIO** de ejecutar la Garantía de Cumplimiento, Garantía de Calidad, la resolución del Contrato de Suministros (parcial o total), cancelación de la Orden de Compra (OC) y de inhabilitar a **EL PROVEEDOR** en futuros procesos.

#### **n) COSTOS DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO Y CAPACITACIÓN**

Para los Vaporizadores NUEVOS a Entregar se debe contemplar el Mantenimiento y la Capacitación, ver en la **SECCIÓN V – LISTA DE REQUERIMIENTO**, **EL PROVEEDOR** deberá presentar el Costo de los mismos en el **ANEXO 1.2**, es decir, que los Precios de Oferta



de Mantenimiento y Capacitación son aparte e indistintos del Precio de Oferta Unitario del Medicamento Sevofluorane 100% v/v, como también, se deberá proporcionar documentación adicional para profundizar en el Alcance de dichos Servicios como ser el Mantenimiento preventivo, correctivo, sustitución de Vaporizador, frecuencia de calibración, garantía de calibración, Plan de Capacitación y cualquier otra Información relevante al Mantenimiento y Capacitación.

#### **o) GARANTÍAS DE FABRICA DE LOS VAPORIZADORES**

**EL PROVEEDOR** deberá de asegurar que los Vaporizadores detallados en la **SECCIÓN V. LISTA DE REQUERIMIENTO**, cuentan con una Garantía de Fabrica. **EL PROVEEDOR** deberá rectificar y/o reemplazar los Vaporizadores en casos que se compruebe junto al personal Técnico del Establecimiento de Salud el no cumplimiento del Funcionamiento del mismo por fallas o desperfectos de Fabrica y **EL PROVEEDOR** deberá realizar el reemplazo sin costo alguno.

#### **p) CONDICIONES ESPECIALES PARA LA COMPRA DEL MEDICAMENTO SEVOFLUORANE 100% v/v**

**EL PROVEEDOR** a quien se adjudique el Medicamento Sevofluorane 100% v/v se compromete a:

1. Hacer entregar de CIENTO VEINTE (120) vaporizadores NUEVOS para el Medicamento Sevofluorane 100% v/v compatibles con las Maquinas existentes en los Hospitales de la Red de Salud Pública detallados en la **SECCIÓN V. LISTA DE REQUERIMIENTO**.
2. Adjuntar las Fichas Técnicas y/o Catalogo de los Vaporizadores que sean compatibles con al menos las Marcas y Modelos de los Equipos de Anestesia detallados en la **SECCIÓN V. LISTA DE REQUERIMIENTO**.
3. Deberá confirmar a detalle para cada una de las Marcas y Modelos detallados en la **SECCIÓN V. LISTA DE REQUERIMIENTO**, el o los vaporizadores que sean compatibles y que **EL PROVEEDOR** se comprometerá a entregar a **EL FIDUCIARIO** en **LA OFERTA**.



4. Los CIENTO VEINTE (120) Vaporizadores NUEVOS deberán ser Entregados en la PRIMERA ENTREGA en el Lugar Indicado por **EL FIDUCIARIO** según lo establecido en este documento. **EL FIDUCIARIO** hará llegar a **EL PROVEEDOR** en la *Orden de Compra (OC)* y/o *Contrato de Suministros* la Cantidad de Vaporizadores a Entregar según las Marcas y Modelos de los Equipos de Anestesia.
5. Hacer entrega de la Certificación o Documento del Fabricante que consigne que el Vaporizador es compatible con la marca del Medicamento ofertado, garantizando que no existen incompatibilidades físicas o químicas con el producto.

## V. LISTA DE REQUERIMIENTO

El Medicamento requerido y Vaporizadores son según detalle a continuación:

### A. MEDICAMENTO

No.	Código ATC	Nombre del Medicamento Requerido	UP	Descripción Técnica Requerida	Cantidad Solicitada
1	N01AB08	SEVOFLUORANE 100% V/V	VIAL	LIQUIDO VOLATIL PARA INHALACIÓN EN FRASCO DE NAFTALATO DE POLIETILENO (PEN) COLOR AMBAR EN SU CAJA INDIVIDUAL O FRASCO DE VIDRIO COLOR AMBAR EN SU CAJA INDIVIDUAL DE 250 ML. CONTIENE ADEMÁS HASTA 1000 PPM DE AGUA. NO CONTIENE OTRO TIPO DE EXCPIENTES NI PRESERVANTES. ADMINISTRACIÓN: INHALACIÓN PARA SISTEMA CERRADO O ABIERTO.	6,800



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

**EL PROVEEDOR** deberá Entregar al menos CIENTO VEINTE (120) Vaporizadores Compatibles y NUEVOS con el Medicamento OFERTADO y a su vez con al menos las Marcas y Modelos de los Equipos de Anestesia siguientes:

<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>
<b>GENERAL ELECTRIC/ DATEX-OHMEDA</b>	AESPIRE
	S/5 AVANCE
	9100cNXT
	AESTIVA/5
	EXCEL 210
	110SE
	MODULOS SE
	AESPIRE 7100
	AESPIRE 7101
	ASPIRE VIEW
	EXEL 110 MODULOS II PLUS
	MODELO II
	7810 Modelos II
	7000 Modelo II
	TEC7
	AESTIVA 3000
MODULUS II PLUS	
AESTIVA790	
<b>MINDRAY</b>	EX-35
	WATO EX 35
	WATO EX20
	WATO EX-30
	WATO EX-20
	WATO EX32
	WATO EX -65
<b>DRAGER</b>	FABIUS PLUS
<b>NEPTUNO</b>	MEDDES
	MEDEC
	MEDEC BENELUX NV



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE**  
**OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>
<b>ADVANCED</b>	AM-6000
	PM1000MT
<b>NARKOMED</b>	NARKOMED II
	GS SERIE 15867
	JNDR22 2BJS
<b>HEYER</b>	ECONA
<b>CM</b>	CM 03
<b>HEAL FORCE</b>	ANAESTON 5000
<b>SIARE</b>	MORPHEUS M
<b>HEINEN LÖWENSTEIN</b>	LEON PLUS
<b>MERA</b>	ADV-1000MK II
<b>PENLON PRIMA</b>	SIGMA DELTA
<b>AEONMED</b>	VP 300
<b>WORKSTATION</b>	ACM 603

**EL PROVEEDOR** podrá Presentar uno (01) o Más Tipos y/o Modelos de Vaporizadores disponibles para entregar a **EL FIDUCIARIO** y que estos sean compatibles con el Medicamento OFERTADO y los Equipos de Anestesia detallados anteriormente. Así mismo el vaporizador debe incluir el respectivo adaptador de llenado (aplicador) de Sevofluorane.



TÉRMINOS DE REFERENCIA  
COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE  
OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053

## VI. ANEXOS

### ANEXO 1.1: FORMULARIO DE OFERTA DE PRODUCTOS Y PRECIOS

---

COMPRA DE MEDICAMENTO No. APB FBO 2019-053  
FORMULARIO DE OFERTA DE PRODUCTOS Y PRECIOS

NOMBRE DE EL PROVEEDOR : XXXXXX  
LABORATORIO FABRICANTE DEL PRODUCTO : XXXXXX  
PAIS DE ORIGEN DEL PRODUCTO : XXXXXX  
VIGENCIA DEL PRODUCTO : XXXXXX  
TIEMPOS DE ENTREGA : XXXXXX  
EMPAQUES Y ETIQUETADO : CUMPLE   
NO CUMPLE  *(Indicar la desviación en las Observaciones)*

No. de Ítem	Nombre del Producto	Descripción Técnica	Unidad de Presentación (U.P.)	Cantidad Disponible para Ofertar (Unidades)	Precio Unitario (L.)	Observaciones

LUGAR Y FECHA : \_\_\_\_\_

NOMBRE: : \_\_\_\_\_

FIRMA/SELLO : \_\_\_\_\_

CARGO : \_\_\_\_\_



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

**ANEXO 1.2: FORMULARIO DE OFERTA DE PRODUCTOS Y PRECIOS**

---

**ENTREGA DE VAPORIZADORES No. APB FBO 2019-053**  
**FORMULARIO DE OFERTA DE PRODUCTOS Y PRECIOS**

**NOMBRE DE EL PROVEEDOR** : XXXXXX

No.	Marca y Modelo del Vaporizador	Marcas y Modelos de Equipos de Anestias Compatibles	Cantidad Disponible para Entregar (Unidades)	Precio Unitario del Mantenimiento (L.)	Precios Unitario de Capacitación (L.)	Observaciones

**LUGAR Y FECHA** : \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** : \_\_\_\_\_

**FIRMA/SELLO** : \_\_\_\_\_

**CARGO** : \_\_\_\_\_



**ANEXO 2: Garantía de Mantenimiento de Oferta**

---

**GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA**

**NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO** \_\_\_\_\_

**GARANTIA / FIANZA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA No.** \_\_\_\_\_

**FECHA DE EMISION** \_\_\_\_\_

**AFIANZADO / GARANTIZADO** \_\_\_\_\_

**DIRECCION Y TELEFONO** \_\_\_\_\_

Fianza / Garantía a favor de \_\_\_\_\_, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la OFERTA de los ítems descritos en la Carta de Presentación de Oferta de la Compra de Medicamentos No. APB FBO 2019-053.

**SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA** \_\_\_\_\_

**VIGENCIA De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

**CLAUSULA OBLIGATORIA:** "LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DE ESTA GARANTÍA BANCARIA".

Las garantías o fianzas emitidas a favor del BANCO DE OCCIDENTE, S.A. serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.

Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:

1. Si **EL PROVEEDOR** retira su oferta antes de la expiración del Periodo de Validez de la Oferta.
2. Si **EL PROVEEDOR** No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.





**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE**  
**OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

3. Si se selecciona a **EL PROVEEDOR** y éste no firma el Contrato de Suministros y/o Orden de Compra en el plazo establecido por **EL FIDUCIARIO** en la Notificación de Compra.
4. Si **EL PROVEEDOR** no entrega la Garantía de Cumplimiento en el plazo establecido por **EL FIDUCIARIO** en la Notificación de Compra.

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**FIRMA AUTORIZADA**



### ANEXO 3: Manifiesto de Garantía de Mantenimiento de Ofertas

---

#### Manifiesto de Mantenimiento de Oferta

FECHA:

PROCESO DE COMPRA:

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

DIRECCIÓN Y TELEFONO:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Yo. (NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) en mi condición de Representante Legal de (NOMBRE DEL PROVEEDOR), declaro que:

1. Entendemos que, de acuerdo con las condiciones establecidas en los Términos de Referencia (TDR's) del Proceso No. \_\_\_\_\_, las Ofertas Presentadas con montos igual o menor de L.500,000.00 deberán estar respaldadas por un Manifiesto de Mantenimiento de Oferta.
2. Declaro que **MI REPRESENTADA, GARANTIZA** que mantendrá la Oferta de los ítems descritos en la Carta de Presentación de Oferta de la Compra de Medicamentos y otros No. \_\_\_\_\_
3. Declaro y acepto que este Manifiesto de Mantenimiento de Oferta se hará efectivo y Ejecutado si **MI REPRESENTADA**:
  - a) Retira su oferta antes de la expiración del Periodo de Validez de la Oferta.
  - b) No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.
  - c) Si se selecciona a MI REPRESENTADA y no firma el Contrato de Suministros y/o Orden de Compra en el plazo establecido por EL FIDUCIARIO en la Notificación de Compra.
  - d) Si MI REPRESENTADA no entrega la Garantía de Cumplimiento y/o Manifiesto de Garantía de Cumplimiento en el plazo establecido por EL FIDUCIARIO en la Notificación de Compra.
4. Declaro y acepto que, inmediatamente **MI REPRESENTADA INCUMPLA** lo establecido en los incisos 2 y 3 de este Manifiesto de Mantenimiento de Oferta, pagaremos el dos por ciento (2.00%) sobre el valor total de la Oferta presentada.

Este porcentaje del dos por ciento (2.00%) se hará efectivo en Lempiras (L), mediante Cheque Certificado o Cheque de Caja, emitido por una Institución Financiera Autorizada por



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE**  
**OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, a Nombre de Banco de Occidente S.A (**EL FIDUCIARIO**).

**SUMA TOTAL MANIFIESTO DE CUMPLIMIENTO:**

**VIGENCIA De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.**

**Firma Autorizada**



#### ANEXO 4: Carta Presentación de Oferta

---

Señores:

**FIDEICOMISO BANCO DE OCCIDENTE, S.A.- SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD.**  
Tegucigalpa, M.D.C.

**ATENCIÓN:**

**REF. Compra de Medicamentos No. APB FBO 2019-053**

Señores: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.

Actuando en mi condición de representante de la Empresa Mercantil denominada \_\_\_\_\_ por este medio DECLARO: haber obtenido y examinado las bases administrativas y listado de bienes y especificaciones técnicas de la COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053, cuyos bienes serán destinados al Beneficiario Final que indique **EL FIDUCIARIO** en la Notificación de Compra y de conformidad con la misma, ofrezco suministrar el total de los ítems ofertados objetos de esta Compra que son \_\_\_\_\_ (número total de productos ofertados) y los ítems ofertados son los siguientes (detallar el número del ítem de cada producto ofertado):

Oferta que asciende a un monto total de Lempiras

\_\_\_\_\_ (Letras y números).

Acepto que la forma de pago es en moneda nacional (Lempiras) y me comprometo a realizar la entrega de los bienes conforme al plazo establecido en los presentes Términos de Referencia (TDR's); de igual forma me comprometo a entregar los bienes en el lugar señalado para su recepción.

Asimismo, declaro que de resultar mi oferta como la más conveniente a los intereses de **EL FIDUCIARIO**, me comprometo a suscribir el Contrato de Suministros y/u Orden de Compra (OC) y aceptar desde ahora la(s) orden(es) de compra que se emita(n) al efecto. Rendir la Garantía de Cumplimiento o Manifiesto de Garantía de Cumplimiento correspondiente por el 10% de valor del Contrato u Orden de Compra (OC) en Lempiras, la cual estará vigente por el tiempo ofertado de la entrega de los productos.



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

De igual manera me comprometo a reponer sin costo alguno cualquier producto que antes de su fecha de expiración le sobrevinieren fallas imputables al suplidor por desperfectos físicos, químicos, microbiológicos o fallas de cualquier tipo.

Expresamente declaro que esta oferta permanecerá en absoluta vigencia por un período de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de entrega de la Oferta. Finalmente designo, nombre, cargo, dirección y teléfono de la persona que tiene plena autoridad para solventar cualquier reclamación que pueda surgir en relación con la oferta presentada como lo detallo a continuación.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

La presente oferta consta de \_\_\_\_ folios útiles.

En fe de lo cual y para seguridad del FIDUCIARIO, firmo la presente a los

\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_.

NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE

REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DE LA EMPRESA

(Se requiere el Nombre de la empresa PROVEEDOR, dirección, número de teléfono y fax y correo electrónico claramente identificados al inicio de la oferta y/o en la Página Índice).

Se requiere Nombre de la persona contacto, su número de teléfono fijo, celular y correo electrónico claramente identificados al inicio de la oferta, con suficientes facultades legales otorgadas mediante poder legalmente constituido para la toma de decisiones).



## ANEXO 5: Garantía de Cumplimiento

---

### GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE DE BANCO / ASEGURADORA

GARANTIA / FIANZA DE CUMPLIMIENTO No.

FECHA DE EMISION

GARANTIZADO / AFIANZADO

DIRECCION Y TELEFONO

Garantía / Fianza a favor de BANCO DE OCCIDENTE S.A., para garantizar que el Garantizado / Afianzado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, CUMPLIRA cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el CONTRATO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y OTROS/ ORDEN DE COMPRA No. \_\_\_\_\_, suscrito en fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_\_\_, para la Compra de Medicamentos No. APB FBO 2019-053.

**SUMA TOTAL GARANTIZADA/AFIANZADA:**

**VIGENCIA De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.**

**CLAUSULA OBLIGATORIA:** "LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DE ESTA GARANTÍA BANCARIA".

El Beneficiario ejecutara la Garantía de Cumplimiento inmediatamente que se incumpla la entrega de cada ítem, ejecutando total o parcialmente la Garantía Bancaria o Fianza en la proporción correspondiente al o los ítems incumplidos. La Garantía Bancaria o Fianza continuara vigente por el resto de los ítems que aun estén pendientes de Entrega.



**TÉRMINOS DE REFERENCIA**  
**COMPRA ABIERTA, PÚBLICA Y BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE**  
**OCCIDENTE, S. A. – COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053**

Las garantías o fianzas emitidas a favor del Banco de Occidente, S.A, serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.

En fe de lo cual, se emite la presente Garantía / Fianza, en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**FIRMA AUTORIZADA**



## ANEXO 6: Manifiesto Garantía de Cumplimiento

### Manifiesto de Garantía de Cumplimiento

FECHA:

PROCESO DE COMPRA:

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

DIRECCIÓN Y TELEFONO:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Yo. (NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) en mi condición de Representante Legal de (NOMBRE DEL PROVEEDOR), declaro que:

1. Entendemos que, de acuerdo con las condiciones establecidas en el Contrato y/o Orden de Compra No. \_\_ suscrita el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_, las compras de los productos con montos igual o menor de L.500,000.00 deberán estar respaldadas por un Manifiesto de Garantía de Cumplimiento.
2. Declaro que **MI REPRESENTADA**, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados **CUMPLIRÁ**, cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el en el Contrato y/o Orden de Compra No. \_\_ suscrito el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_, así como las establecidas en los Términos de Referencia (TDR's).
3. Declaro y acepto que, inmediatamente **MI REPRESENTADA INCUMPLA** la entrega de cada ítem objeto de esta compraventa y lo declarado en el inciso 2 de este Manifiesto de Cumplimiento, pagaremos el diez por ciento (10.00%) sobre el valor total o parcial incumplido, sin perjuicio de las otras sanciones que legalmente proceden por incumplimiento de contrato.

Este porcentaje del diez por ciento (10.00%) se hará efectivo en Lempiras (L), mediante Cheque Certificado o Cheque de Caja, emitido por una Institución Financiera Autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, a Nombre de Banco de Occidente S.A (**EL FIDUCIARIO**).

**SUMA TOTAL MANIFIESTO DE CUMPLIMIENTO:**

**VIGENCIA De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.**

**Firma Autorizada**





## ANEXO 7: GARANTÍA DE CALIDAD

### GARANTÍA DE CALIDAD

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA DE CALIDAD : \_\_\_\_\_

FECHA DE EMISION : \_\_\_\_\_

AFIANZADO/GARANTIZADO : \_\_\_\_\_

DIRECCION Y TELEFONO : \_\_\_\_\_

Garantía / Fianza a favor de BANCO DE OCCIDENTE S.A. para garantizar la calidad de los productos adjudicados según CONTRATO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS / ORDEN DE COMPRA No. \_\_\_\_\_, suscrito en fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_, para la Compra de Medicamentos y Otros No. APB FBO 2019-053.

**SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA:** \_\_\_\_\_

**VIGENCIA DE** \_\_\_\_\_ **Hasta** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** BANCO DE OCCIDENTE, S.A.

**CLAUSULA OBLIGATORIA:** "LA PRESENTE GARANTÍA SERÁ EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL BANCO DE OCCIDENTE, S.A., SIN MÁS TRÁMITE QUE LA PRESENTACIÓN DE ESTA GARANTÍA BANCARIA ".

Las garantías o fianzas emitidas a favor del Banco de Occidente, S.A. serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de \_\_\_\_\_, Municipio \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**FIRMA AUTORIZADA**



## ANEXO 8: Manifiesto Garantía de Calidad

---

### Manifiesto de Garantía de Calidad

FECHA:

PROCESO DE COMPRA:

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

DIRECCIÓN Y TELEFONO:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Yo. (NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) en mi condición de Representante Legal de (NOMBRE DEL PROVEEDOR), declaro que:

1. Entendemos que, de acuerdo con las condiciones establecidas en el Contrato y/o Orden de Compra suscrita el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_, las compras de los productos con montos igual o menor de L.500,000.00 deberán estar respaldadas por un Manifiesto de Garantía de Calidad.
2. Declaro y acepto que, Si se realiza cualquier tipo de reclamo relacionado con los bienes objeto de esta compraventa, y si no es atendido por MI REPRESENTADA dentro del plazo de diez (10) días hábiles, o no se llegare a un acuerdo conciliatorio entre EL FIDUCIARIO y MI REPRESENTADA, pagaremos el cinco por ciento (5.00%) sobre el valor total de lo contratado, sin perjuicio de las otras sanciones que legalmente proceden por incumplimiento de contrato.

Este porcentaje del cinco por ciento (5.00%) se hará efectivo en Lempiras (L) mediante Cheque Certificado o Cheque de Caja, emitido por una Institución Financiera Autorizada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, a Nombre de Banco de Occidente S.A (**EL FIDUCIARIO**).

3. Entendemos que este manifiesto estará vigente por un periodo mínimo de 2 años contados a partir de las entregas de los productos.

**SUMA TOTAL MANIFIESTO DE CUMPLIMIENTO:**

**VIGENCIA De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO: BANCO DE OCCIDENTE, S.A.**

**Firma Autorizada**



## ANEXO 13: Acta de Compromiso de Reemplazo

---

### Acta de Compromiso de Reemplazo

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_, Constitución de la Sociedad \_\_\_\_\_,  
Autorizada por el Notario \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_,  
inscrita en el Registro de Comerciantes Sociales del Registro Mercantil de con el número  
tomo \_\_\_\_\_, No. \_\_\_\_\_ de Escritura Pública del representante legal de la Sociedad o  
Empresa, autorizada por el Notario el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ inscrita en el  
Registro antes referido con matrícula número \_\_\_\_\_ asiento No. \_\_\_\_\_.

Tipo/No. de Contrato:

Tipo/No. de Licitación:

Descripción del Producto con sus especificaciones:

Cantidad:

Monto (L):

Lote No.:

No. Ítem:

Fecha de Recepción:

Fecha de Expiración:

Cantidad sujeta a Reemplazar:

Por este Acto CERTIFICO que los productos entregados son de producción con fechas de  
expiración menor de dos años al momento de la recepción, que son de materia prima de calidad  
y me comprometo a reponer o reemplazarlos sin costo alguno de ser necesario con un periodo  
de expiración mayor o igual a dos años o en el caso de hemoderivados, igual a dieciocho meses;  
o si antes de la fecha de expiración sobrevienen fallas imputables al laboratorio fabricante, esto  
incluye el cumplimiento de las especificaciones técnicas de etiquetado de los embalajes primero  
y secundario, periodos contados a partir de la fecha de recepción, reemplazo que deberé realizar  
en el plazo que la Secretaria de Salud (SESAL) a través del Establecimiento de Salud Receptor me  
notifique.

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

Firma del Representante Legal de la Empresa



## TÉRMINOS DE REFERENCIA (TDR's)

COMPRA ABIERTA, ÚBLICA Y BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS CON BANCO DE OCCIDENTE,  
S. A. PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS No. APB FBO 2019-053

ENMIENDA No. 1

8 de noviembre de 2019

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

**1.1 SE MODIFICA** lo establecido en la Sección IV CONDICIONES GENERALES, el inciso n) Costos de Servicios de Mantenimiento y Capacitación, en el que se agrega el tiempo que debe de cubrir el mantenimiento y capacitación a ofertar, el cual debe leerse así: *“...Para los Vaporizadores NUEVOS a Entregar se debe contemplar el Mantenimiento y la Capacitación, ver en la **SECCIÓN V – LISTA DE REQUERIMIENTO, EL PROVEEDOR** deberá presentar el Costo de los mismos en el **ANEXO 1.2**, es decir, que los Precios de Oferta de Mantenimiento y Capacitación son aparte e indistintos del Precio de Oferta Unitario del Medicamento Sevofluorane 100% v/v, como también, se deberá proporcionar documentación adicional para profundizar en el Alcance de dichos Servicios como ser el Mantenimiento preventivo, correctivo, sustitución de Vaporizador, frecuencia de calibración, garantía de calibración, Plan de Capacitación y cualquier otra Información relevante al Mantenimiento y Capacitación.*

*El mantenimiento de los Vaporizadores y Capacitación debe cubrir un periodo de al menos dos años a partir de la fecha de entrega de los vaporizadores...”*

**1.2 SE AMPLIA** La Fecha Límite para la Presentación de Ofertas:

**a) FECHA LIMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

**LA OFERTA** puede ser presentada a más tardar a las **04:00 p.m. del Lunes 18 de Noviembre de 2019**; toda oferta fuera de este plazo no será aceptada. Es decir, podrán ser recibidas **LAS OFERTAS** antes del día y hora límite de Presentación de Ofertas.

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