DELEGACIÓN HIDALGO

COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Pachuca de Soto, Hgo., a 17 de septiembre del 2013

Oficio Núm.: 138001150900/O.A./**385**

C. PROVEEDORES

P r e s e n t e.

Por este conducto se hace una cordial invitación para participar en el procedimiento de compra en su modalidad de Adjudicación Directa Internacional Abierta No. **SA-019GYR017-I136-2013**, para la posible adquisición de claves de medicamento incumplidas, a fin de cubrir necesidades del ejercicio 2013 de esta Delegación.

Lo anterior de conformidad con el Artículo 41 fracción V de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector público (LAASSP), su Reglamento, las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios y demás disposiciones aplicables en la materia y de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

1. **CONDICIONES GENERALES**
* Se generará pedido a través del sistema SAI, mismo que será remitido vía correo electrónico, para lo cual deberá considerar que la entrega es en una sola exhibición en un plazo no mayor a 10 días naturales).
* Los pedidos se firmarán a más tardar diez días hábiles posteriores a la notificación de la Adjudicación.
1. **TIPO DE ABASTECIMIENTO.**

Para efectos de adquirir los bienes objeto de este procedimiento de Adjudicación Directa, se asignará el 100% de la demanda máxima.

1. **PLAZO, LUGAR, CONDICIONES DE ENTREGA Y CANJE.**

**3.1.- PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA**

La entrega de los bienes, deberá ser realizada como se describe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Emisión de Pedido | Fecha de Entrega | Porcentaje De Entrega |
| Dentro de los 2 días posteriores a la emisión del fallo. | a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores a la emisión del pedido respectivo sin posibilidad de prórroga al mismo. | 100% en una sola exhibición |

Los bienes deberán ser entregados conforme al pedido que genere el IMSS, en el Almacén Delegacional sito en Calle Arboledas No. 115, Lotes 54 y 55, Fraccionamiento Industrial La Paz, C.P. 42080 en Pachuca de Soto, Hgo., en horario de 8:30 a 14:00 hrs.

En caso de que el Instituto requiera la cancelación del pedido ya generado, se hará del conocimiento del proveedor, a través de la dirección electrónica que para el efecto registre en su Propuesta Económica, considerando que esto sea previo a la entrega de los bienes.

El oferente ganador, podrá entregar los bienes contenidos en el pedido, antes del vencimiento del plazo establecido para tal efecto, previa conformidad del Departamento de Suministro y Control al Abasto.

“Si el último día del plazo o la fecha determinada para la entrega de los bienes es inhábil, se entenderá prorrogado hasta el día siguiente hábil.”

**3.2.- CONDICIONES DE ENTREGA:**

La transportación de los bienes, las maniobras de carga y descarga en el andén del lugar de entrega serán a cargo del proveedor, así como el aseguramiento de los bienes, hasta que estos sean recibidos de conformidad por el IMSS.

Durante la recepción, los bienes estarán sujetos a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se entreguen conforme con la descripción del Catálogo de Artículos, así como con las condiciones requeridas en la presente Invitación, considerando cantidad, empaques y envases en buenas condiciones.

Para el caso que corresponda, será causal de la NO Recepción de los bienes, si estos no son entregados con los insumos relacionados con el mismo para su uso y/o consumo. De tal forma que de presentarse esta situación será considerada como un incumplimiento y se aplicará la sanción correspondiente.

Asimismo, se verificará que el Código de Barras que ostenten los bienes a entregar corresponda a los empaques primarios y/o secundarios, así como los relativos a los empaques colectivos, de acuerdo a las normas internacionales de codificación, y a la Cédula de actualización de números de Códigos de Barras, Pesos y Volúmenes.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de entrega establecidas en la presente invitación, el IMSS, no dará por recibidos y aceptados los bienes.

Los bienes terapéuticos que se entreguen deberán apegarse estrictamente a las especificaciones, descripciones, presentaciones y demás características que se indican en el Anexo Número 1 (uno) el cual forma parte de la presente Invitación, y que corresponden a la descripción del Cuadro Básico Institucional de Insumos para la Salud y/o Catálogo General de Artículos del IMSS.

Para aquellos oferentes que resulten adjudicados en las claves correspondientes a hemoderivados, deberán proporcionar por cada uno de los lotes a entregar el oficio de liberación del lote correspondiente emitido por la COFEPRIS.

El proveedor deberá entregar junto con los bienes: remisión en la que se indique el número de lote o de serie en su caso, fecha de caducidad (en caso de aplicar), número de piezas, descripción de los bienes, precio unitario, costo total; número de pedido; carta de garantía contra vicios ocultos; en su caso, además informe analítico del lote a entregar emitido por el laboratorio de control de calidad del fabricante, tratándose de distribuidores deberá presentarlos con una etiqueta en el envase colectivo en la que se observen su razón social y RFC.

Los proveedores deberán presentar a más tardar a la firma del pedido, escrito en papel membretado, firmado por el representante legal, por el que se garantice que el período de caducidad de los bienes, no podrá ser menor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha de entrega de estos.

Los bienes que requiere el IMSS, se deberán entregar con una caducidad mínima de 12 meses, no obstante los proveedores podrán entregar bienes con una caducidad mínima hasta de 9 (nueve) meses, siempre y cuando entreguen una carta compromiso, en la cual se obliguen a canjear, dentro de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente a que sea notificado el canje, sin costo alguno para el IMSS, aquellos bienes que no sean consumidos dentro de su vida útil.

Identificando en dicha carta, la(s) clave(s), con su descripción, fabricante y número de lote. Bajo ninguna circunstancia el IMSS, aceptará bienes con caducidad inferior a 9 meses, salvo en los insumos que por su composición biológica no sea posible de acuerdo a la opinión de atención médica, el cual deberá ser avalado mediante oficio por la COCTI.

Para los bienes que no tengan fecha de caducidad impresa en la etiqueta, el periodo de garantía será de cinco años a partir de la fecha de fabricación, por lo cual el proveedor adjudicado debe proporcionar el sistema de lotificación del fabricante.

**3.3- CANJE**

Por conducto del Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, así como por el Departamento de Suministro y Control al Abasto, podrá solicitar directamente al proveedor, dentro de los 3 días hábiles siguientes al momento en que se haya percatado del vicio oculto o problema de calidad, el canje de los bienes que presenten defectos, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o calidad inferior a la propuesta, vicios ocultos o bien, cuando el área usuaria manifieste alguna queja en el sentido de que el uso del bien puede afectar la calidad del servicio, debiendo notificar al proveedor con el propósito de mejorar la calidad de los insumos para la salud que compra el IMSS; la COCTI a través de la Coordinación de Control al Abasto precisara la importancia de la calidad de los bienes en los términos y condiciones.

En los casos que enseguida se detallan se procederá a la devolución del total de las existencias de los bienes al proveedor, informando a la COFEPRIS y a las áreas médicas y de adquisiciones de las áreas requirentes que se trate:

* En el caso de productos analizados como lotes de corrección en la COCTI derivado de canje por defectos de calidad, y esa Coordinación dictamine resultados técnicos no satisfactorios, el área contratante en el ámbito de sus atribuciones realizará la cancelación de partida o rescisión del contrato.
* En caso de que con posterioridad a la entrega de lotes corregidos, se detecte el mismo defecto de lotes anteriores y éstos no hayan sido repuestos.
* En caso de que se demuestre que un bien puede producir condiciones peligrosas o inseguras para las personas que los utilicen.
* El proveedor se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al IMSS y/o a terceros.

Todos los gastos que se generen por motivo del canje correrán por cuenta del proveedor previa su notificación, sin responsabilidad alguna para el IMSS.

Los bienes que hayan sido contratados, deberán conservar las especificaciones bajo las cuales fueron aceptados en este procedimiento, respecto al genérico, fabricante, marca, país de origen, envases vidas útiles e instructivos.

1. **PENAS CONVENCIONALES:**

En caso de incumplimiento al pedido generado en la fecha límite establecida para el efecto, se aplicará una pena convencional por el 10% del monto total de lo incumplido, en el entendido de que dichos pedidos no podrán ser prorrogados.

1. **CONDICIONES DE PAGO:**

El pedido se generará por clave por la (s) cual (es) que haya participado y a su vez, haya resultado adjudicado.

El pago se realizará en los plazos normados por la Dirección de Finanzas, en el “Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago”, sin que éstos rebasen los 20 (veinte) días naturales posteriores a aquel en que el proveedor presente ante el Departamento de Presupuestos, Contabilidad y Erogaciones, el original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales, establecidos en la Ley de la materia y en la que se indiquen los bienes entregados, número de proveedor, número de contrato o pedido, en su caso, número de orden(es) de reposición que ampara(n) dicho(s) bien(es), número(s) de alta(s), número de fianza y denominación social de la Afianzadora, misma que deberá ser entregada en la oficina de Trámite de Erogaciones sita en Blvd. Luis Donaldo Colosio No. 516, Esquina Calle Canutillo 405, Colonia Canutillo, C.P. 42070 en Pachuca, de Soto, Hgo. en horario de 8:00 a 13:00 hrs. De lunes a viernes.

1. **RECEPCIÓN DE COTIZACIONES Y DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:**

Deberá presentar su oferta a más tardar el día **20 de septiembre de 2013**, antes de las 16:00 hrs. a través del Sistema de Contrataciones Gubernamentales Compranet 5.0 , en la dirección electrónica [www.compranet.funcionpublica.gob.mx](http://www.compranet.funcionpublica.gob.mx); adjuntando lo siguiente:

1. Acreditación del participante **Anexo Número 2**
2. Escrito bajo protesta de decir verdad de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos en los artículos 50 y 60 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
3. En caso de Distribuidores, Carta de Respaldo del Fabricante de los bienes.
4. Proposición técnico-económica, **Anexo Número 3**
5. Calidad de los bienes:

PARA FABRICANTES Y DISTRIBUIDORES DE MEDICAMENTOS:

* Copia legible del Registro Sanitario vigente, expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), debidamente identificado por el número de partida y clave proposición; así mismo podrá presentar los anexos correspondientes al marbete, a efecto de que pueda acreditar fehacientemente que el producto ofertado cumple con la descripción del Cuadro Básico (el no presentar los proyectos de marbetes no será motivo de desechamiento).
* En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, deberá enviar:

a) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.

b) Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS a más tardar el 24 de febrero de 2010.

c) Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde bajo protesta de decir verdad manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

* En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá anexar constancia oficial, expedida por la SSA, con firma y cargo del servidor público que la emite, que lo exima del mismo.
1. **CAUSAS DE DESECHAMIENTO.**

Se desecharán las cotizaciones de los participantes que incurran en uno o varios de los siguientes supuestos:

* 1. Que no cumplan con alguno de los requisitos establecidos en este oficio y que con motivo de dicho incumplimiento se afecte la solvencia de la proposición.
	2. Cuando se compruebe que tienen acuerdo con otros participantes para elevar el costo de los bienes solicitados o bien, cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás participantes.
	3. Cuando incurran en cualquier violación a las disposiciones de la LAASSP, a su Reglamento o a cualquier otro ordenamiento legal o normativo vinculado con este procedimiento.
	4. Cuando no cotice la totalidad de los bienes requeridos.
	5. Cuando no presente uno o más de los escritos o manifiestos solicitados con carácter de “bajo protesta de decir verdad” u omita la leyenda requerida.
	6. Cuando la información contenida en los Registros Sanitarios y, en su caso, en los anexos resulte incompleta o incongruente respecto a las especificaciones ofertadas en la cotización.
	7. Cuando la Unidad Compradora intentara abrir los archivos hasta tres veces, con los programas Word, Excel y PDF, en caso de que se confirme que el archivo contiene algún virus informático, o está alterado por causas ajenas a la Unidad Comprandora o a COMPRANET, la cotización se tendrá por no presentada.

En espera de contar con su participación, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

“Seguridad y Solidaridad Social”

Ing. Héctor M. Rivera Rangel

Coordinador de Abastecimiento y Equipamiento

*Con copia:*

*- Lic. Agustín Carmona Ruiz.- Jefe del Departamento de Suministro y Control al Abasto. Para su conocimiento*.

*PBMC/LCA*

**ANEXO No.1 (UNO)**

**REQUERIMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA** | **GPO** | **GEN** | **ESP** | **DIF** | **VAR** | **DESCRIPCION** | **U\_M** | **C\_P** | **TIPO** | **CANTIDAD SOLICITADA** |
| 1 | 010 | 000 | 0655 | 00 | 00 | BEZAFIBRATO TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BEZAFIBRATO 200 MG ENVASE CON 30 TABLETAS. | ENV | 30 | TAB | 6,709 |
| 2 | 010 | 000 | 2520 | 00 | 00 | LOSARTAN GRAGEA O COMPRIMIDO RECUBIERTO CADA GRAGEA O COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE: LOSARTAN POTASICO 50 MG ENVASE CON 30 GRAGEAS O COMPRIMIDOS RECUBIERTOS. | ENV | 30 | C.G. | 8,686 |
| 3 | 010 | 000 | 5186 | 01 | 00 | PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL TABLETA O GRAGEA O CAPSULA CADA TABLETA O GRAGEA O CAPSULA CONTIENE: PANTOPRAZOL 40 MG O RABEPRAZOL SODICO 20 MG U OMEPRAZOL 20 MG ENVASE CON 14 TABLETAS O GRAGEAS O CAPSULAS. | ENV | 14 | TGC | 20620 |
| NOTA IMPORTANTE*:* SE DARA PREFERENCIA A TODOS AQUELLOS MEDICAMENTOS QUE ACREDITEN SER GENERICOS A PARTIR DE 2008, GENERICOS INTERCAMBIABLES Y/O INNOVADORES CON RESPECTO A LOS AUN DENOMINADOS GENERICOS TRADICIONALES, ESTO CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 FRACCION XIV, XIV-BIS Y ARTICULO 90 BIS 1 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD PUBLICADO EN DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 02 DE ENERO DEL 2008.  |

**ANEXO NÚMERO 2 (DOS)**

**ACREDITAMIENTO DE EXISTENCIA LEGAL Y PERSONALIDAD JURÍDICA, PARA COMPROMETERSE Y SUSCRIBIR PROPOSICIONES**

(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE)

\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre) , manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos y han sido verificados; así como que cuento con facultades suficientes para **comprometer y suscribir** las proposiciones en la presente Adjudicación Directa, a nombre y representación de: \_\_\_(persona física o moral)\_\_\_.

No. de Adjudicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Registro Federal de Contribuyentes:Domicilio.- Los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del proveedor o prestador de servicios)Calle y número:Colonia: Delegación o Municipio:Código Postal: Entidad federativa:Teléfonos: Fax:Correo electrónico:No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva: Fecha Duración Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:Relación de socios o asociados.-Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):Descripción del objeto social:Reformas al acta constitutiva:Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente. |

|  |
| --- |
| Nombre del apoderado o representante:Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-Escritura pública número: Fecha:Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma: |

Asimismo, manifiesto que los cambios o modificaciones que se realicen en cualquier momento a los datos o documentos contenidos en el presente documento y durante la vigencia del contrato que, en su caso, sea suscrito con el Instituto, deberán ser comunicados a éste, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se generen.

(Lugar y fecha)

Protesto lo necesario

(Nombre y firma)

**ANEXO NÚMERO 3 (TRES)**

***P R O P O S I C I Ó N T E C N I C O - E C O N O M I C A***

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL N°. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAB. ( ). DIST. ( ). No. DE PREI IMSS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R. F. C.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( )**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *No. Part.* | *C L A V E ( S )* | *Descripción* | *Presentación* | *Registro Sanitario* | *Nombre corto del Fabricante* | *País de Origen* | *Nombre y R.F.C. del Fabricante* | *Cantidad Solicitado* | *Precio Unitario Ofertado* | *Importe**Total**Ofertado* |
| *Gpo* | *Gen.* | *Esp.* | *Df* | *Vr* | *Uni* | *Cant* | *Tipo* |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **IMPORTE MÁXIMO CON LETRA:****NOTAS:**  *EL PRECIO PROPUESTO, PERMANECERÁ FIJO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.* *EN EL CASO QUE EL INSTITUTO ME OTORGUE LA DEMANDA SOLICITADA, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA ADJUDICACIÓN.**Presentación Un = Unidad de Medida Cant = Cantidad Tipo = Tipo de Presentación* *Los precios resultantes serán fijos durante la vigencia del contrato.* |

**NOMBRE: CARGO: FIRMA:**