



Rio Blanco, Ver., a 04 de Septiembre de 2012.

Oficio Circular de Invitación No. 32 8001 50100/ 731 / 2012.

**Invitación Abierta a Laboratorios  
 Fabricantes y Distribuidores  
 DE MEDICAMENTOS  
 P R E S E N T E.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social en observancia a las disposiciones contenidas en el Artículo 134 Constitucional y con fundamento en el artículo 26 Fracción III, 41 fracción V, 45, 46, 48 Fracción II, y 50 de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios, a través de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, dependiente de la Jefatura de Servicios Administrativos, invita a participar en el proceso de Adjudicación Directa No. **ADVRS-120-12 (SA-019GYR022-I211-2012)**.

**OBJETO DE ESTE PROCESO DE ADJUDICACION:**

La contratación de Bienes de Consumo de uso Terapéutico, para cubrir las necesidades del Grupo de Suministro **010 Medicamentos y 040 Narcóticos y Psicotrópicos** de la Delegación Veracruz-Sur:

NO.	GPO	GEN	ESP	DE	VR	DESCRIPCION	PRESENTACION			PUU	CANT REQ
1	010	000	0598	00	01	VERAPAMILO, SOLUCION INYECTABLE, 5 MILIGRAMOS / 2 MILILITROS, AMPOLLETA CON 2 MILILITROS.	ENV	1.000	AMP	11.12	75
2	010	000	0621	04	01	HEPARINA, SOLUCION INYECTABLE, 10,000 UI/10 MILILITROS, FRASCO AMPULA CON 10 MILILITROS.	ENV	50.000	F.A	970.08	20
3	010	000	0657	01	01	PRAVASTATINA. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE: PRAVASTATINA SODICA 10 MG.	ENV	30.000	TAB	5.93	15,104
4	010	000	0831	00	01	ALANTOINA Y ALQUITRAN DE HULLA. SUSPENSION DERMICA CADA ML CONTIENE: ALANTOINA 20 MG ALQUITRAN DE HULLA 9.4 MG. SIN CAJA.	ENV	120.000	ML.	65.47	10
5	010	000	1210	00	01	PINAVERIO. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE: BROMURO DE PINAVERIO 100 MG. ENVASE CON 14 TABLETAS	ENV	14.000	TAB	11.19	3,235
6	010	000	1314	00	01	QUINFAMIDA. TABLETAS DE 300 MG.	ENV	1.000	TAB	40.18	19
7	010	000	1511	00	01	CIPROTERONA - ETINILESTRADIOL. GRAGEA. CADA GRAGEA CONTIENE: ACETATO DE CIPROTERONA 2.0 MG. ETINILESTRADIOL 0.035 MG.	ENV	21.000	GRA	117.33	2
8	010	000	1531	00	01	CLOMIFENO. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE: CITRATO DE CLOMIFENO 50 MG.	ENV	10.000	TAB	49.09	28
9	010	000	1754	01	01	CLORAMBUCILO. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE : CLORAMBUCILO 2 MG. ENVASE CON 25.	ENV	25.000	TAB	258.44	5
10	010	000	1766	01	01	DOXORUBICINA. SUSPENSION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CONTIENE: CLORHIDRATO DE DOXORUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA EQUIVALENTE A 20 MG DE DOXORUBICINA. ENVASE CON UN FRASCO AMPULA CON 10 ML (2 MG/ML).	ENV	1.000	F.A	3,541.90	21
11	010	000	2114	02	01	FELODIPINO. TABLETAS DE LIBERACION PROLONGADA. CADA TABLETA CONTIENE: FELODIPINO 5 MG.	ENV	10.000	TAB	59.5	12
12	010	000	2435	01	01	BENZONATATO. SUPOSITORIOS. CADA SUPOSITORIO CONTIENE: BENZONATATO 50 MG.	ENV	6.000	SUP	8.34	62
13	010	000	2627	01	01	OXCARBAZEPINA. GRAGEA O TABLETA. CADA GRAGEA O TABLETA CONTIENE: OXCARBAZEPINA 600 MG.	ENV	20.000	T.G	59.31	565
14	010	000	2893	03	01	HIPROMELOSA AL 2% (METILCELULOSA), SOLUCION OFTALMICA, 20 MILIGRAMOS / MILILITRO GOTERO INTEGRADO CON 15 MILILITROS.	ENV	15.000	ML.	6.43	97
15	010	000	3143	00	01	EPINASTINA. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE EPINASTINA 20 MG.	ENV	10.000	TAB	58.62	16
16	010	000	4036	00	01	ETOFENAMATO. SOLUCION INYECTABLE. CADA AMPOLLETA CONTIENE: ETOFENAMATO 1 G. ENVASE CON UNA AMPOLLETA DE 2 ML.	ENV	1.000	AMP	31.87	44
17	010	000	4229	00	03	L-ASPARAGINASA. POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CONTIENE: L-ASPARAGINASA 10 000 U.I. FRASCO AMPULA 10 ML.	ENV	1.000	F.A	671.48	13
18	010	000	4239	02	01	FACTOR ANTIHEMOFILICO HUMANO SOLUCION INYECTABLE, LIOFILIZADO	EQP	1.000	EQP	1,230.00	292



NO.	GPO	GEN	ESP	DF	VR	DESCRIPCION	PRESENTACION			PUU	CANT REQ
19	010	000	4271	01	01	LAMIVUDINA. SOLUCION, CADA 100 MILILITROS CONTIENEN: LAMIVUDINA 1.0 G. ENVASE CON 240 ML Y PIPETA.DOSIFICADORA.	ENV	1.000	ENV	873.41	3
20	010	000	4326	05	01	ACETILCISTEINA, SOLUCION AL 20%. CADA AMPOLLETA CONTIENE: ACETILCISTEINA 400 MG. ENVASE CON 5 AMPOLLETAS CON 2 ML (200 MG/ML).	ENV	5.000	AMP	53.52	9
21	010	000	4359	00	01	GABAPENTINA. CAPSULA, CADA CAPSULA CONTIENE: GABAPENTINA 300 MG.	ENV	15.000	CAP	45.01	2,980
22	010	000	4407	04	01	TETRACAINA, SOLUCION OFTALMICA, 5 MILIGRAMOS / MILILITRO FRASCO INTEGRAL CON 10 MILILITROS.	ENV	1.000	FCO	18.17	55
23	010	000	4514	00	01	LEFLUNOMIDA. COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: LEFLUNOMIDA 20 MG.	ENV	30.000	COM	1,011.58	298
24	010	000	5165	00	01	METFORMINA, TABLETAS, METFORMINA, CLORHIDRATO DE, CADA TABLETA CONTIENE: 850 MILIGRAMOS.	ENV	30.000	TAB	4.53	51,278
25	010	000	5238	07	01	FACTOR IX. SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CON LIOFILIZADO CONTIENE: FACTOR IX 400 A 600 UI. ENVASE CON UN FRASCO AMPULA Y DILUYENTE.	ENV	1.000	F.A	3,293.64	21
26	010	000	5279	02	01	SULFATO DE INDINAVIR, CAPSULAS CON 400 MILIGRAMOS.	ENV	180.000	CAP	1,065.99	8
27	010	000	5353	03	01	FLUNARIZINA, CAPSULAS O TABLETAS, CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: FLUNARIZINA 5 MILIGRAMOS.	ENV	20.000	T.C	6.17	3,451
28	010	000	5430	00	02	MEGESTROL. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE: ACETATO DE MEGESTROL 40 MG.	ENV	100.000	TAB	320.24	7
29	040	000	0107	02	02	DEXTROPPOXIFENO. CAPSULAS O COMPRIMIDOS. CADA CAPSULA O COMPRIMIDO CONTIENE: COLOR-HIDRATO DE DEXTROPPOXIFENO 65 MG.	ENV	20.000	C.C	16.3	1,622
30	040	000	2877	00	01	CICLOPENTOLATO. SOLUCION OFTALMICA. CADA MILILITRO CONTIENE: CLORHIDRATO DE CICLOPENTOLATO 10 MG. ENVASE CON GOTERO INTEGRAL CON 3 ML.	ENV	1.000	ENV	21.18	12
31	040	000	3241	04	01	TRIFLUOPERAZINA. GRAGEA O TABLETA. CADA GRAGEA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE TRIFLUOPERAZINA EQUIVALENTE A 5 MG. DE TRIFLUOPERAZINA. ENVASE CON 20 GRAGEAS O TABLETAS.	ENV	20.000	GRA	28.16	225
32	040	000	3258	03	01	RISPERIDONA, TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: RISPERIDONA 2 MG.	ENV	40.000	TAB	6.09	931

### GENERALIDADES:

#### 1. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS TÉCNICAS –ECONÓMICAS:

La Presentación y Apertura de la propuesta Técnica – Económica (Anexo 3) deberá ser remitida como límite el día **Viernes 07 de Septiembre a las 08:30 hrs.** (NO SERÁN tomadas en consideración las propuestas que se reciban después de ésta fecha y hora) vía Correo Electrónico a las direcciones electrónicas: **maria.huertao@imss.gob.mx** y **samantha.ramirez@imss.gob.mx** debiendo de enviar la documentación que se enumera a continuación, escaneada en formato **PDF o JPG, comprimido, tamaño máximo de 1M:**

- a) Hoja de Acreditación Firmada (Anexo No. 1)
- b) Carta Bajo Protesta Firmada(Anexo No. 2)
- c) Propuesta Técnico – Económica Firmada (Anexo 3)

Copia del registro sanitario de la clave que oferta. Para las claves de Medicamentos que resulten Patente deberán de:

- d) Enviar copia de la Titularidad de la Patente.
- e) En caso de ser distribuidores, deberán de enviar carta del fabricante titular de la patente, en papel membretado y con firma autógrafa del mismo que manifieste respaldar la propuesta técnica (En caso de que aplique este punto).

**\*NOTA: No serán tomadas en consideración las propuestas que sean recepcionadas después de la fecha y hora señalada.**



## 2. CRITERIO DE EVALUACIÓN:

- Los bienes propuestos deberán apegarse justa, exacta y cabalmente a la descripción y presentación solicitada por el Instituto y que corresponde a las incluidas en el Cuadro Básico. El Instituto adjudicará aquellas proposiciones cuyo volumen propuesto por clave cubra el 100% de la demanda como compromiso de contratación, el licitante que presente la proposición solvente más baja, siempre y cuando sea precio aceptable para el Instituto, tomando como referencia los precios de adquisición durante el presente año en esta Delegación y lo establecido en el artículo 51 del reglamento de la Ley. Si derivado de la evaluación económica se obtuviera un empate en el precio de dos o más claves propuestas, se efectuará el sorteo manual por insaculación previsto en el artículo 36 Bis de la Ley y 54 de su Reglamento.

## 3. CAUSALES DE DESCALIFICACIÓN:

- Se Descalificará la propuesta cuando incumpla algunos de los requisitos mencionados en el punto 1 del presente Oficio de Invitación.
- Cuando incurran en cualquier violación a las disposiciones de la Ley, al Reglamento o a cualquier otro ordenamiento en la materia.

## 4. FALLO:

El Fallo Económico se realizará en punto de las **16:00 hrs. el mismo día Viernes 07 de Septiembre de 2012**, publicándose a través del Portal de Transparencia del IMSS, asignándose un **Pedido con vigencia de 8 (ocho) días naturales sin penalización a partir de la fecha de emisión y notificación del mismo a través de Correo electrónico ó Fax.**

## 5. LUGAR DE ENTREGA:

Los bienes adjudicados deberán de ser entregados en el **Almacén Delegacional** con domicilio en **Avenida Veracruz No. 56 esquina calle norte No. 22, Col. Santa Catarina, C.P. 94730 en Rio Blanco Veracruz.**

## 6. CONDICIONES DE ENTREGA:

El proveedor deberá de presentar al momento de la entrega de los bienes, escrito en papel membretado, firmado por su representante legal con el que se garantice que el periodo de caducidad no podrá ser menor a 18 meses contados a partir de la fecha de entrega de los bienes.

Los bienes podrán ser entregados por el proveedor con empaque del sector salud o con etiquetado comercial con sello o sobre impresión con la clave del sector salud, así como el Certificado Analítico.

**El Instituto no otorgará ampliaciones al plazo de entrega establecido en los Pedidos.**

El instituto podrá recibir o rechazar los bienes, una vez vencida la fecha de entrega establecida en el contrato-pedido.

## 7. GARANTIA:

Por ser entrega dentro de los diez días contados a partir de la fecha de emisión de pedido se le eximirá de la entrega de la fianza de garantía de cumplimiento, conforme al artículo 48 de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
"2012, AÑO DE LA CULTURA MAYA"

COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQ. DE BIENES Y CONTR. DE SERVICIOS  
OFICINA DE ADQ. DE BIENES Y CONTR. DE SERVICIOS  
Avenida Veracruz No.56 Esquina Calle Norte 22,  
Col. Santa Catarina, C.P. 94730, Rio Blanco, Ver.

**8. PENAS CONVENCIONALES:**

En caso de que el proveedor no entregue total o parcialmente los bienes dentro del plazo establecido en el Pedido así como en esta invitación, el Instituto aplicará una pena convencional del 2.5% por cada día natural de atraso y hasta el cuarto día conforme a las PBLs, misma que se efectuara a través del PREI-MILENIUM.

**9. CONDICIONES DE PAGO:**

El Instituto realizara el pago en Moneda Nacional, siendo exigible el pago dentro de los **20 días naturales posteriores de ser entregada la documentación correspondiente en el Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Trámite de Erogaciones, ubicado en Calle Sur 10 No. 127 C.P. 94300, Col. Centro de ésta Ciudad de Orizaba, Ver., teléfono 01 (272)725-9099, a través de Banca Electrónica (sistema gestionable en el Departamento de Tesorería de la Jefatura de Finanzas)**

Sin otro particular por el momento, agradeciendo de antemano su participación, reciba un cordial saludo.

Atentamente:

"SOLIDARIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL"

LIC. ANDRÉS COSMES JIMÉNEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN  
DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

ING.JNC/CP.MTHO/QSBR



Hoja membretada del participante

**ANEXO NÚMERO 1 (UNO)**

(nombre), manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en la presente adjudicación directa Internacional, a nombre y representación de:           (persona física o moral)          .

No. de la Adjudicación _____ .Registro Federal de Contribuyentes:			
Numero de Proveedor PREI:			
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 DOS  
(EN PAPEL MEMBRETEADO DE LA EMPRESA)  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONVOCANTE: DELEGACION VERACRUZ SUR

( \_\_\_\_\_ **NOMBRE** \_\_\_\_\_ ) BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_, DECLARO LO SIGUIENTE:

- A) CONOCER EL CONTENIDO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO.
- B) QUE MI REPRESENTADA NO SE ENCUENTRA EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS DEL ARTÍCULO 50 y 60 de LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
- C) QUE ME ABSTENDRÉ DE ADOPTAR CONDUCTAS PARA QUE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO, INDUZCAN O ALTEREN LAS EVALUACIONES DE LAS PROPUESTAS, EL RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO, U OTROS ASPECTOS QUE OTORGUEN CONDICIONES MAS VENTAJOSAS CON RELACIÓN A LOS DEMÁS PARTICIPANTES.
- D) QUE LOS BIENES QUE OFERTA MI REPRESENTADA, CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS EN EL OFICIO INVITACION NO. **32 8001 50100/ 731/ 2012.**

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
 "2012, AÑO DE LA CULTURA MAYA"

COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
 DEPARTAMENTO DE ADQ. DE BIENES Y CONTR. DE SERVICIOS  
 OFICINA DE ADQ. DE BIENES Y CONTR. DE SERVICIOS  
 Avenida Veracruz No.56 Esquina Calle Norte 22,  
 Col. Santa Catarina, C.P. 94730, Rio Blanco, Ver.

ANEXO NO. TRES

**PROPOSICIÓN TÉCNICO - ECONOMICA**

PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA No. ADVRS-120-12 (SA-019GYR022-1211-2012)

NOMBRE DE LA EMPRESA:  
 NACIONAL:

FABRICANTE ( ) DISTRIBUIDOR ( )

No. DE PROV.

TELEFONO Y FAX:

DOMICILIO:

CORREO ELECTRONICO:

R. F. C.:

LUGAR DE ENTREGA:

FECHA:

No. Part.	CLAVE(S)				Descripción	Presentación	Registro Sanitario	Marca	País de Origen	Nombre y R.F.C. del Fabricante	Cantidad	Precio Unitario	Importes
	Gpo	Gen.	Esp.	Vr									

NOTAS: EN EL CASO QUE EL INSTITUTO ME OTORQUE LA DEMANDA SOLICITADA, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE EN LOS TERMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA LICITACION.

Los precios resultantes serán fijos durante la vigencia del contrato.

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA:

DE CONFORMIDAD CON LA LEY PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETITIVIDAD DE LA MICRO, PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA, ART. 3º FRACCION III

\* SE AUTOCCLASIFICA COMO: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA EMPRESA ( )

\* SE AUTOCCLASIFICA COMO INDUSTRIA ( ) COMERCIO ( ) SERVICIOS ( )

NOTAS: LOS BIENES PROPUESTOS, SE APEGAN A LA DESCRIPCIÓN Y PRESENTACIÓN SOLICITADA POR EL IMSS. EN EL CASO QUE EL INSTITUTO ME OTORQUE LA DEMANDA SOLICITADA, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO O PEDIDO QUE SE DERIVE EN LOS TERMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA ADJUDICACION DIRECTA. LOS PRECIOS PROPUESTOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO O PEDIDO.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LOS BIENES QUE ESTOY PROPONIENDO NO CONTRAVIENEN A LA LEY FEDERAL DE DERECHO DE AUTOR NI A LA LEY DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL, EXIMIENDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y A LA DELEGACIÓN CONVOCANTE

VIGENCIA:

\* ÚNICAMENTE PARA MEDICAMENTOS, EN LA COLUMNA DENOMINADA "TIPO" DEBERÁ DE ESPECIFICAR SI SE TRATA DE INNOVADOR (INNOV), GENERICO (G) Ó GENERICO INTERCAMBIABLE (G.I.).