Con fundamento en los artículos 1 numeral 2, 35 numeral 1 fracciones I y X, 55, 59 numeral 1 y Octavo Transitorio de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios, así como los artículos 1, 9 fracción I y X, 24 fracción VI y XVI, 49, 51 y 58 del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, se convoca a lo siguiente:

**BASES PARA SEGUNDA LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL  
 CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES**

**NÚMERO DE LICITACIÓN: LPCC-006/2025**

**FECHA DE PUBLICACIÓN: 28/03/2025**

|  |
| --- |
| **I.-CONVOCANTE:** ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO “SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN” |
| **REQUIRENTE:** DIRECCION MEDICA OPD SSMZ.  **EJERCICIO FISCAL A QUE CORRESPONDE EL CONTRATO**: 2025  **TIPO DE CONTRATO:** ABIERTO  **ENTREGAS:** OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN **ORIGEN DE LOS RECURSOS:** PROPIO  **PARTIDA PRESUPUESTAL**: 253 (Medicamentos) |
| **II.- DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES, ARRENDAMIENTOS O SERVICIOS, CONDICIONES DE ENTREGA O PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, CANTIDADES Y REQUISITOS SOLICITADOS POR EL ÁREA REQUIRENTE**   |  | | --- | | **ARTICULO/ SERVICIO** | | **ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS** |   **TODAS LAS ESPECIFICACIONES Y OBSERVACIONES SE ENCUENTRAN PLASMADAS EN EL ANEXO 5**  La descripción detallada de los bienes, arrendamientos o servicios, cantidades, tiempos de entrega, los aspectos que se consideran necesarios para determinar el objeto y alcance de la contratación, así como los documentos requeridos por el área requirente se detallan en el Anexo 5 y el formato de presentación de propuestas técnica se encuentra en el Anexo 6 de las presentes Bases.  **III.- CALENDARIO DE EVENTOS, HORA DE CELEBRACIÓN Y ETAPAS DEL PROCESO DE LICITACIÓN**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Presentación Carta de**  **Intención en participar** | **Visita de Campo** | **Limite**  **envío de Preguntas** | **Acto de Junta de Aclaraciones:** | **Fecha, lugar y hora de presentación de Muestras:** | **Acto de Presentación y Apertura de Propuestas:** | **Publicación del fallo:** | | Desde la publicación de las bases hasta las  **10:00 HRS**  del **01/04/2025** | NO APLICA | Desde la publicación  de las bases  hasta las  **12:00** HRS del día **02/04/2025** | A las  **13:30 HRS**  del día  **04/04/2025** | NO APLICA | A las  **11:00 HRS**  del día  **07/04/2025** | Dentro de los 20 días naturales siguientes al acto de presentación y Apertura de Proposiciones |   **ETAPAS DEL PROCESO**  **Carta de intención en participar**  El licitante interesado deberá entregar de manera obligatoria y dentro del periodo solicitado la Carta de Intención en participar, en original; misma que deberá ser dirigida al Comité de Adquisiciones del OPD Servicios de Salud del Municipio de Zapopan en formato libre y hoja membretada, indicando su deseo en participar, así como número de Licitación, nombre y firma autógrafa del representante legal.  Deberá ser entregada en las oficinas de la Jefatura de Adquisiciones ubicada en el segundo piso del Hospital General de Zapopan, Calle Ramón Corona #500, Colonia Zapopan Centro, Municipio de Zapopan, Jalisco.  **El no anexar el acuse correspondiente a su propuesta o anexarla sin las características solicitadas, será motivo de desechamiento.**  **Visita de campo: N/A**  **Junta de aclaraciones y/o preguntas**  Junta de Aclaraciones y/o preguntas se llevará a cabo de forma presencial (mas no obligatoria) el día **04 de abril del 2025 a las 13:30** horas, en la Jefatura de Adquisiciones ubicadas en el Hospital General de Zapopan en el piso 2 de la Calle Ramón Corona número 500, Colonia Zapopan Centro, Municipio de Zapopan Jalisco.  **Límite de envió de preguntas**  Con fundamento en el artículo 70 fracción II del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, los interesados, deberán formular y enviar sus cuestionamientos conforme al Anexo 1 de estas bases a más tardar el día **02 de abril del 2025 hasta las 12:00 horas**, en formato Word, Calibri Light 12 y formato PDF con firma autógrafa, a efecto de proteger su firma al correo oficial de proveedores de este Organismo, siendo:  preguntas.licitaciones@ssmz.gob.mx  En el asunto del correo deberá indicar lo siguiente:  **SEGUNDA CONVOCATORIA LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACIÓN: LPCC-006/2025 PARA LA ADQUISICION DE MEDICAMENTOS** Solo se permitirá el envío de cuestionamientos vía correo electrónico y deberán formularse respecto de las bases y sus anexos, por lo que la convocante no estará obligada a responder preguntas que versen sobre alguna cuestión que no esté directamente vinculada con éstos.  Los cuestionamientos que formulen los interesados respecto a requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, deberán ser respondidos por el área requirente, mientras que aquellas preguntas efectuadas respecto de los aspectos administrativos del procedimiento licitatorio serán respondidas respectivamente por la convocante y el área requirente en lo que corresponda.  Será emitida un acta en donde se harán constar los cuestionamientos formulados por los interesados; y las respuestas de la convocante serán publicadas en el portal <https://www.ssmz.gob.mx/130122tlpcc/index.html> según el calendario establecido de las presentes bases.  **NOTA:** Cualquier modificación a la convocatoria de la licitación, incluyendo las que resulten de la o las juntas de aclaraciones, formará parte de la convocatoria y deberá ser considerada por los licitantes en la elaboración de su proposición.  Se adjunta a estas bases el **FORMATO A Y B** **(Caratulas para la presentación de entrega de sobres)** mismas que contienen los datos que deberán plasmarse en el exterior de los sobres, deberá llenar, imprimir y pegar esa caratula en el exterior de sus sobres.  **Acto de presentación y apertura de proposiciones**  **Participación Presencial:** Presentar en dos **sobres cerrados** que contengan la propuesta técnica y la propuesta económica respectivamente identificados con el nombre de la empresa y el número de licitación al que corresponden y firmados por el representante legal o la persona física según corresponda; utilizando los **Formatos de caratula A y B**  **Deberán ser entregados en el auditorio del Hospital General de Zapopan el día 07 de abril del 2025 en el horario de las 09:30 horas a las 10:30 horas.**  **LAS PROPUESTAS PRESENTADAS FUERA DEL HORARIO Y DÍA SEÑALADO NO PODRÁN SER TOMADAS EN CUENTA**  Los documentos deberán ser integrados en orden de los formatos y anexos según corresponda, con las hojas numeradas o foliadas en forma consecutiva de la primera a la última, debiendo indicar el total de hojas que conforman su propuesta, así como el progresivo que le corresponde a cada hoja de manera consecutiva, es decir, si su propuesta se compone de 50 hojas deberá enumerarlas de la siguiente manera 1/50, 2/50, 3/50, etc.  Para intervenir en el acto de presentación y apertura de proposiciones, bastará que los licitantes presenten un escrito en el que su Representante Legal manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, sin que resulte necesario acreditar su personalidad jurídica, de conformidad con lo establecido en los artículos 59 numeral 1 fracción VI de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios y el artículo 58 fracción VI del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.  **Declaración de “procedimiento de adquisición” desierto**  El Comité de Adquisiciones del OPD, podrá declarar parcial o totalmente desierto el Procedimiento de Adquisición de conformidad con el artículo 71, apartado 1 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios, o los supuestos que a continuación se señalan:   1. Cuando no se reciba por lo menos una propuesta en el acto de presentación y apertura de propuestas. 2. Cuando ninguna de las propuestas cumpla con todos los requisitos solicitados en estas bases. 3. Si a criterio de la Convocante ninguna de las propuestas cubre los elementos que garanticen al OPD SSMZ las mejores condiciones. 4. Si la oferta del Participante que resulte ser más económica y que cumpla técnicamente, excede el 10% o inferior en un 40% respecto de la media de precios que arroje la investigación de mercado del Procedimiento de Adquisición 5. Si después de efectuada la evaluación técnica y económica no sea posible adjudicar a ningún Participante.   **Una vez recibidas las proposiciones presentadas, se procederá de la siguiente manera**  Se realizará la apertura de las propuestas de manera presencial y se verificará la presentación de los documentos solicitados por la convocante misma que deberá estar completa y en orden subsecuente enumerada en cada uno de los anexos y documentos solicitados:   1. Acuse de carta de intención de participación. 2. **(Anexo 2)** Acreditación firmada por el representante legal y documento que lo acredite en caso de ser persona moral el acta constitutiva y para las personas físicas identificación oficial vigente (INE) 3. **(Anexo 3)** Carta de Proposición firmada por el representante legal, manifiesto libre bajo protesta de decir verdad de contar con la capacidad administrativa, fiscal, financiera y profesional para atender el requerimiento en las condiciones solicitadas 4. **(Anexo 4)** Formato para la declaración escrita. 5. Manifiesto de Opinión Positiva de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales y Constancia impresa emitida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con una vigencia no mayor a 30 días naturales de emisión anteriores a la fecha de presentación de su propuesta firmada por el representante legal. 6. Copia Simple legible a nombre del LICITANTE del último pago del impuesto de erogaciones sobre la nómina del 3% (tres por ciento) del Estado de Jalisco y comprobante QR con una vigencia de máximo 60 días naturales de antigüedad anteriores a la fecha de presentación de propuesta (Impuesto sobre nómina) 7. Manifiesto de Opinión de Cumplimiento y acuse de obligaciones ante el **Instituto Mexicano del Seguro Social**, para acreditarlo deberá anexar el documento en sentido positivo y con fecha de emisión máxima de 30 días naturales anteriores al acto de presentación y apertura de propuestas. En caso de no tener empleados de igual forma deberá presentar este documento, para verificar dicha información. (El portal del IMSS permite generar la Opinión de Cumplimiento de sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social sin necesidad de contar con trabajadores activos, emitiendo el documento en sentido sin opinión) firmada por el representante legal, **presentarlo con fecha de emisión mayor al periodo establecido será motivo de desechamiento.** 8. Constancia legible de la cédula de identificación fiscal que expide el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a nombre del Licitante y no mayor a 30 treinta días a la fecha de la presentación de las propuestas para verificar que el giro comercial preponderante que guarde relación con el objeto de la licitación, requisito indispensable para todos los participantes, sea proveedor inscrito en nuestro padrón o no. 9. Constancia de situación fiscal sin adeudos en materia de aportaciones patronales y enteros de descuentos vigentes, emitida por el Instituto del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores **(INFONAVIT)** con fecha no mayor a 30 días naturales a la fecha de registro de las propuestas técnicas y económicas. **(En caso de no tener empleados, deberá presentar documento emitido por el mismo Instituto donde se corrobore no tenerlos).** 10. **(Anexo 5)** Descripción detallada 11. **(Anexo 6)** Propuesta Técnica firmada por el representante legal, deberá incluir tal información en versión electrónica, grabada en memoria “USB”. 12. **(Anexo 7)** Propuesta económica firmada por el representante legal, deberá incluir tal información en versión electrónica, grabada en memoria “USB”. 13. **(Anexo 8)** El “PROVEEDOR” que resulte adjudicado deberá entregar una garantía del 10% (diez por ciento) del monto total del “CONTRATO” I.V.A.” incluido, para responder por el cumplimiento de las obligaciones establecidas en las presentes “BASES” y en el “CONTRATO” respectivo, de conformidad a la normatividad vigente. 14. **(Anexo 9)** Declaración de aportación cinco al millar para el fondo impulso Jalisco, firmada por el representante legal. 15. **(Anexo 10)** Formato de entrega de fichas técnicas, registros sanitarios y carta de apoyo del fabricante. 16. **(Anexo 11)** Escrito de protección contra derechos de autor y patente 17. **(Anexo 12)** Formato para cambio de medicamento próximo a caducar.   Los formatos deberán ser llenados a computadora o impresos, y llenados a máquina (no a mano) y entregados en el sobre cerrado debidamente firmados, así mismo deberá de entregar en una USB en formato Excel la propuesta técnica y la propuesta económica.  Todos los formatos deberán de ser firmados por el representante legal del licitante.  **NOTA: La recepción de los documentos no implica la evaluación de su contenido, ni el desechamiento de las propuestas presentadas.**  A partir de la etapa de presentación y apertura de propuestas y hasta la notificación del fallo, quedará prohibido a los participantes entrar en contacto con la convocante y requirente para tratar cualquier asunto relacionado con los aspectos técnicos de sus propuestas, **salvo que la convocante considere necesario que alguno de ellos aclare determinados datos que se hayan presentado de forma deficiente y que no afecten el resultado de la evaluación técnica realizada, a saber, errores aritméticos o mecanográficos de conformidad con el Articulo 78 del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan. .**  **Forma en la que se deberán presentar las proposiciones**  Idioma: Toda la Documentación deberá presentarse en idioma español, en el caso de catálogos e información en otro idioma, deberá de venir acompañado de una traducción simple.  Las propuestas técnicas deberán incluir preferentemente un ÍNDICE que haga referencia al contenido y al número de hojas, mismas que se sugiere sean FOLIADAS para el más rápido manejo y seguridad misma de su propuesta; no presentarlo no será motivo de desechamiento de la propuesta.  Los documentos solicitados deberán ser dirigidos al **Comité de Adquisiciones del OPD Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.**  Los licitantes participantes, deberán entregar sus propuestas, en dos sobres cerrados (propuesta técnica y propuesta económica respectivamente) y firmados por el representante legal incluyendo el número de la licitación en la que se participa.  Todas las hojas que contengan la propuesta deberán ser firmadas por el Representante Legal debidamente Facultado con poder.  Los documentos emitidos por un ente oficial se podrán presentar sin la firma del representante legal.  **Acreditación legal**  Los interesados en participar deberán presentar el **Anexo 2** “anexo acreditación legal” conforme a las consideraciones siguientes:  **Aquellos LICITANTES INSCRITOS EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DEL O.P.D. “SSMZ”:**  Para aquellos licitantes que ya se encuentren inscritos en el Padrón de Proveedores deberán presentar copia de su formato de inscripción actualizado al ejercicio fiscal vigente y copia de la Identificación Oficial del Representante Legal.  **Aquellos LICITANTES QUE NO están inscritos en el Padrón de Proveedores del O.P.D. “SSMZ”**  Deberán acreditar su existencia legal y personalidad jurídica, para efectos de la suscripción de las proposiciones mediante la siguiente documentación:  Persona física deberá de presentar copia de una identificación oficial, su Constancia de Situación Fiscal actual no mayor a 30 días, Licencia Municipal Vigente a nombre del licitante y comprobante de domicilio vigente a nombre del licitante.  Persona moral deberá presentar copia del Acta Constitutiva, copia del Poder Notarial, copia de Identificación oficial y su Constancia de Situación Fiscal actual no mayor a 30 días y comprobante de domicilio vigente a nombre del licitante.  Una vez recibidas las propuestas presentadas será emitida el acta de presentación y apertura de proposiciones en donde se harán constar la documentación presentada y el importe de cada una de ellas, sin que ello implique la evaluación de su contenido.  **Presentación conjunta de propuestas: sin restricciones**  Dos o más personas podrán presentar conjuntamente una proposición sin necesidad de constituir una sociedad, o una nueva sociedad en caso de personas jurídicas; para tales efectos, en la proposición y en el contrato se establecerán con precisión las obligaciones de cada una de ellas, así como la manera en que se exigiría su cumplimiento. En este supuesto la proposición deberá ser firmada por el representante común que para ese acto haya sido designado por el grupo de persona. A la proposición correspondiente deberá adjuntarse un documento que cumpla con lo siguiente:  Deberá estar firmado por la totalidad de los asociados o sus representantes legales;  Deberán plasmarse claramente los compromisos que cada uno de los asociados asumirá en caso de resultar adjudicados, con independencia de que posteriormente se refieran en el contrato que pueda llegar a celebrarse.  Deberá plasmarse expresamente que los asociados responderán solidariamente por el incumplimiento de cualquier obligación relacionada con el contrato cuando les fuera adjudicado.  Deberá indicarse claramente a cargo de qué participante correrá la obligación de presentar las garantías que se requieran; en caso contrario su incumplimiento será causa de desechamiento.  Así mismo, en la proposición conjunta deberá señalarse un representante común para efectos de las notificaciones que, en su caso, haya necesidad de efectuar, las cuales se entenderán hechas a la totalidad de los asociados cuando le sean practicadas al representante común.  Nota: Cabe señalar que, aunque 2 o más participantes formulen presentación conjunta en la presente licitación, ello no exime de las obligaciones que se generen de conformidad con el código fiscal de la federación.  **Propuesta económica**  La propuesta económica deberá contener (Anexar la información conforme al **Anexo 7** dentro del sobre correspondiente, según la forma de participación elegida por el licitante):  Precio unitario, subtotal y total e impuestos a dos decimales en moneda nacional.  Las propuestas económicas deberán ser en formato PDF y EXCEL (acompañar en una USB copia de la propuesta económica presentada en formato Excel) donde se contengan los renglones cotizados sin omitir ningún renglón y en el caso de haber líneas en las que no participe escribir la leyenda “NO COTIZO”.  Para determinar el precio no conveniente o no aceptable se verificará que el precio del 100% de los consecutivos ofertadas no sean superiores al 10% ni inferiores al 40% del precio promedio de la investigación de mercado, la CONVOCANTE podrá declarar desiertos los RENGLONES sin que implique que se declare desierto la totalidad de la LICITACIÓN, de conformidad a lo establecido en los artículos 79 y 84 apartado 1, del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.  **Evaluación de las propuestas**  Se verificará que las proposiciones cumplan con los requisitos solicitados en las bases de la licitación, quedando a cargo del área requirente la evaluación de los requisitos que soliciten y los aspectos técnicos del bien o servicio licitado.  El criterio que se utilizara para la evaluación y adjudicación de las proposiciones que cumplan con los requisitos solicitados será el **costo ofertado y los beneficios que se otorguen** al O.P.D “Servicios de Salud Del Municipio de Zapopan”, en cuanto a calidad, garantía, servicio, tiempo de entrega, valores agregados y demás circunstancias pertinentes que signifiquen mejores condiciones para el Organismo, cuyo objetivo es analizar y evaluar técnicamente éstas y posteriormente se considerará el siguiente orden:   * Apego a las especificaciones establecidas en las bases. * Cumplimiento de los documentos, anexos, requisitos y las características indispensables * Precio ofertado * Valores agregados   La convocante, con base en el análisis de los criterios de evaluación antes mencionados, elaborará un cuadro comparativo, que servirá de fundamento para determinar el ganador y emitir el fallo respecto a cuál de los “LICITANTES” será designado como ganador y en base a dicho cuadro se realizará la adjudicación correspondiente.  En caso que existan dos o más proposiciones que en cuanto a precio tengan una diferencia máxima del dos por ciento, el contrato se adjudicara de acuerdo a lo establecido en el Artículo 49 numeral 2, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios y el artículo 81 numeral 2, fracciones I, II, III, IV, V y VI del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.    Si derivado de la evaluación de las proposiciones y previa consideración de los criterios de preferencia establecidos en el párrafo anterior, se procederá en términos del artículo68 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios, con el objeto de fomentar la participación de las micro, pequeñas y medianas empresas en los procedimientos de adquisición y arrendamiento de bienes muebles, así como la contratación de servicios, se deberá considerar el rango del **PARTICIPANTE** atendiendo a lo siguiente:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Criterios de Estratificación de las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas** | | | | | | **Tamaño** | **Sector** | Rango de Número de Trabajadores (Empleados Registrados ante el IMSS y Personas Subcontratadas) | Rango de Monto de Ventas Anuales (mdp) | Tope Máximo Combinado\* | | **Micro** | **Todas** | Desde 01 Hasta 10 | Hasta $4 | 4.6 | | **Pequeña** | **Comercio** | Desde 11 Hasta 30 | Desde $4.01 Hasta $100 | 93 | | **Industria y Servicios** | Desde 11 Hasta 50 | 95 | | **Mediana** | **Comercio** | Desde 31 Hasta 100 | Desde 100.01 Hasta $250 | 235 | | **Servicios** | Desde 51 Hasta 100 | | **Industria** | Desde 51 Hasta 250 | 250 | | **\*Tope Máximo Combinado = (Trabajadores) X 10% + (Ventas Anuales) X 90%** | | | | |   **La asignación del servicio objeto de la presente licitación será a uno o varios participantes.**  En cualquier momento se podrá corroborar la autenticidad y vigencia de los documentos presentados.  Se hace del conocimiento de los participantes que los valores agregados por cada licitante serán considerados al momento de la evaluación por el área requirente.  **Causas de desechamiento, cancelación y declaración de licitación desierta:**  La “CONVOCANTE” a través del “COMITÉ DE ADQUISICIONES”, desechará total o parcialmente las propuestas de los “PARTICIPANTES” que incurran en cualquiera de las siguientes situaciones:  a. Se encuentren en alguno de los casos previstos por el Artículo 52 de la LEY DE COMPRAS GUBERNAMENTALES, ENAJENACIONES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DEL ESTADO DE JALISCO Y SUS MUNICIPIOS o se compruebe su incumplimiento y las sanciones aplicadas con motivo de su incumplimiento se encuentren en vigor.  b. Si incumple con cualquiera de los requisitos solicitados en las presentes “BASES” y sus anexos.  c. Si un socio o administrador forma parte de dos o más de las empresas “PARTICIPANTES”, o forma parte de alguna empresa a la que se le haya cancelado o suspendido el registro en el Padrón.  d. Cuando la propuesta presentada no esté firmada por la persona legalmente facultada para ello.  e. La falta de cualquier documento solicitado.  f. La presentación de datos falsos.  g. Cuando de diversos elementos se advierta la posible existencia de arreglo entre los “PARTICIPANTES” para elevar los precios objeto del presente procedimiento.  h. Si se acredita que al “PARTICIPANTE” que corresponda se le hubieren rescindido uno o más contratos por causas imputables al mismo y/o las sanciones aplicadas con motivo de incumplimiento se encuentren en vigor.  i. Si el “PARTICIPANTE” no demuestra tener capacidad administrativa, fiscal, financiera, legal, técnica, de producción o distribución adecuada para atender el requerimiento de los servicios en las condiciones solicitadas.  j. Si las ofertas presentadas no se realizan con estricto apego a las necesidades mínimas planteadas por la “CONVOCANTE” en las presentes “BASES”, de acuerdo a la descripción de las especificaciones y servicios requeridos.  k. Si la propuesta económica del Proveedor en este procedimiento de adquisición, resulta superior a la del mercado a tal grado que la convocante presuma que no representa una opción que convenga a los mejores intereses del OPD, atendiendo a lo dispuesto por el artículo 24, apartado 1, fracción VII de la LEY DE COMPRAS GUBERNAMENTALES, ENAJENACIONES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DEL ESTADO DE JALISCO Y SUS MUNICIPIOS, Articulo 84 numeral 1 del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan para la adjudicación de los Bienes o servicios materia de este procedimiento.  l. Si el importe de la propuesta presentada es de tal forma inferior a la del mercado a tal grado, que la “CONVOCANTE” considere que el participante no podrá prestar los servicios, por lo que incurrirá en incumplimiento.  m. Cuando el “PARTICIPANTE” se niegue a que le practiquen visitas de verificación o inspección por parte de la “CONVOCANTE”, en caso de que ésta decida realizar visitas.  n. Cuando el carácter de la licitación sea local y el participante no cuente con domicilio fiscal en el Estado de Jalisco.  La Convocante a través del Comité de Adquisiciones, podrá cancelar o suspender parcial o totalmente el “PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN”, de acuerdo a las causales que se describen en el apartado 3 del artículo 71 de la Ley de Compras Gubernamentales Enajenaciones y Contratación de Servicios Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios y en el artículo, 85 del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan o los supuestos que a continuación se señalan:   1. Por caso fortuito o fuerza mayor o cuando ocurran razones de interés general. 2. Cuando se advierta que las “BASES” difieren de las especificaciones de los servicios que se pretenden adquirir. 3. Si se presume o acredita la existencia de irregularidades. 4. Si ninguna de las ofertas propuestas en este “PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN”, aseguran al OPD SSMZ las mejores condiciones disponibles para la adjudicación de los servicios materia de este “PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN”, por resultar superiores a los del mercado o ser inferiores a tal grado que la “CONVOCANTE” presuma que ninguno de los “PARTICIPANTES” podrá cumplir con el suministro de los mismos. 5. Por orden escrita debidamente fundada y motivada o por resolución firme de autoridad judicial con motivo de inconformidades; así como por el Órgano Interno de Control del Organismo, en los casos en que tenga conocimiento de alguna irregularidad.   f. A solicitud de la “ÁREA REQUIRENTE”, cuando dicha solicitud se encuentre debidamente justificada.  g. No identificar el sobre de acuerdo al contenido.  En caso de que el “PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN” sea suspendido o cancelado se dará aviso a todos los “PARTICIPANTES”.  **Causas de rechazo y devolución**  En caso de que los bienes y/o servicio entregados por el “PROVEEDOR” sean defectuosos, faltos de calidad en general o tengan diferentes especificaciones a las solicitadas, el “O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN.” podrá rechazarlos, ya sea que no los reciba, o los regrese por haber detectado el incumplimiento posterior a la recepción, en caso de haberse realizado el pago, el “PROVEEDOR” se obliga devolver las cantidades pagadas con los intereses correspondientes, aplicando una tasa equivalente al interés Legal sobre el monto a devolver, y a recibir a su costa los bienes que sean rechazados por el “O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN” o la “ÁREA REQUIRENTE”, lo anterior sin perjuicio de que se pueda hacer efectiva la garantía señalada en las presentes “BASES”, y ejercerse las acciones correspondientes por daños y perjuicios.  **Las propuestas deberán ser entregadas dentro del horario y fecha establecida, el no entregarlas en tiempo será motivo para no recibirlas.**  **Fallo**  Para el fallo del proceso se emitirá un dictamen que valide por parte del área requirente los aspectos técnicos de las propuestas presentadas y por la unidad centralizada de compras los aspectos económicos; el dictamen contendrá los criterios que hayan sido tomados en consideración. El dictamen será suscrito por los respectivos representantes de la unidad centralizada de compras, del área requirente, y por el integrante del Comité que para tales operaciones sea expresamente designado.  La convocante emitirá un fallo dentro de los 20 días naturales siguientes al acta de presentación y apertura de propuestas, que contendrá la fecha, lugar y hora para la firma del contrato / orden de compra / pedido y presentación de garantías. El acta del fallo estará disponible en la siguiente dirección [**http://www.ssmz.gob.mx**](http://www.ssmz.gob.mx/)y en los estrados ubicados en el vestíbulo del áreaadministrativa y permanecerá publicado en el mismo durante los diez días naturales siguientes en su emisión, lo cual hará las veces de notificación personal del mismo, sin perjuicios de que los participantes puedan acudir personalmente a que se les entregue copia del mismo, o de que la convocante los cite para tal fin. Además, la convocante podrá hacer llegar el fallo a los participantes mediante correo electrónico, en la dirección proporcionada por estos en su propuesta, previa solicitud del licitante.  **Garantía**  Los proveedores adjudicados, se obligan a entregar en un plazo no mayor de 5 días naturales contados a partir de la fecha de la notificación del fallo la garantía de cumplimiento.  El proveedor adjudicado deberá hacerse responsable del cumplimiento de las obligaciones de tiempo, modo y lugar, así como por los defectos, vicios ocultos o falta de calidad, averías, de reparar o restituir de forma gratuita los defectos encontrados en el lapso de un tiempo determinado que no podrá ser menor a un año o más dependiendo lo estipulado en el contrato, misma que deberá de ser entregada previo a la firma del contrato.  Los proveedores adjudicados deberán constituir una garantía para el cumplimiento de su orden de compra o contrato, en Moneda Nacional, por el 10% (diez por ciento)del monto total de la orden de compra cuando el monto de su adjudicación rebase **2,480 dos mil cuatrocientos ochenta Unidades de Medida y Actualización (UMA)** equivalente a **$280,587.20 (doscientos ochenta mil quinientos ochenta y siete pesos 20/100 M.N.)** o bien, cuando aun tratándose de montos inferiores, así se determine en las bases, deberán garantizar la seriedad de las propuestas a través de las figuras previstas en el artículo 63 del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, a través de la presentación de una garantía que deberá contener el texto del **Anexo 8** de las presentes Bases.  Para el caso de anticipos si es que aplican, los licitantes adjudicados deberán constituir una garantía mediante póliza de garantía, para otorgar el anticipo de la orden de compra o contrato, en Moneda Nacional, por el 100% (cien por ciento) del monto del anticipo esto, de acuerdo al artículo 66 Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.  **Contrato**  La firma del contrato se llevará a cabo en las oficinas de la Dirección Jurídica del Organismo dentro de los 10 días naturales posteriores a la emisión del fallo en un horario de 09:00 a 14:00 horas.  El representante del participante adjudicado que acuda a la firma del contrato, deberá presentar original y copia para su cotejo, identificación vigente con validez oficial, pudiendo ser cartilla del servicio militar nacional, pasaporte vigente, credencial de elector o cédula profesional.  Si el interesado no firma el contrato por causas imputables al mismo, la convocante podrá sin necesidad de un nuevo procedimiento, adjudicar el contrato al licitante que haya obtenido el segundo lugar, siempre que la diferencia en precio con respecto a la proposición inicialmente adjudicada no sea superior a un margen del diez por ciento, esto de conformidad con el artículo 117 del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.  El contrato deberá ser firmado por el representante legal que figure en el acta constitutiva de la empresa o poder correspondiente.  **La factura se emitirá con la siguiente información**  Servicios de Salud del Municipio de Zapopan  Domicilio: Ramón Corona 500 Col. Centro, Zapopan, Jalisco. C.P. 45100  RFC: SSM010830U83  Uso de CFDI: Coordinarse con la Jefatura de Recursos Financieros  Método de pago: Coordinarse con la Jefatura de Recursos Financieros  Forma de pago: Por definir  **Nota:** A la entrega de cada factura para tramite de pago deberá estar acompañada de la opinión de cumplimiento en sentido positivo emitida por el SAT con una vigencia no mayor a 30 días a la fecha de impresión, Caratula de estado de cuenta y Carta de datos bancarios  **Serán causas de rechazo administrativo, las siguientes:**  Que la factura no cumpla con los requisitos fiscales, documentación incompleta o datos de facturación erróneos, documentación ilegible, con tachaduras o con enmendaduras.  En caso de que el proveedor presente su factura con errores o deficiencias, el plazo de pago incrementará 5 días hábiles al plazo establecido.  Los impuestos y derechos que procedan con motivo de la prestación del servicio objeto de la presente licitación, serán pagados por el proveedor conforme a la legislación aplicable en la materia.  **Sanciones**  Los Proveedores y licitantes que infrinjan las disposiciones contenidas en la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y contratación de servicios del estado de Jalisco y sus Municipios y en las correspondientes bases, serán sancionados por el Órgano Interno de Control del O.P.D. “SSMZ”. De manera enunciativa más no limitativa, las sanciones podrán consistir en apercibimiento, inhabilitación hasta por cinco años o cancelación del registro como proveedor del O.P.D “SSMZ”.  Se considerará como falta grave por parte del proveedor, y en su caso, del adquirente, la falsificación de documentos.  **Penas convencionales**  Cuando transcurrido el plazo máximo para el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones adquiridas en el contrato, o no se suministre el bien con la calidad o eficacia acordada en detrimento del servicio que oferta el Organismo, se impondrá al Proveedor una pena convencional por el 3% (tres por ciento diario sobre el valor de lo incumplido), calculado sobre el valor del bien, durante el tiempo de atraso en la prestación del servicio por parte del Proveedor.  El “PROVEEDOR” deberá entregar los bienes y servicios amparados en los renglones solicitados en tiempo y forma en el contrato.  **Rescisión administrativa del contrato**  El Organismo podrá rescindir administrativamente, en cualquier momento, el contrato que, en su caso, sea adjudicado con motivo de la presente Licitación, cuando el Proveedor incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo.  C  El Organismo podrá a su juicio suspender el trámite del procedimiento de rescisión, cuando se hubiera iniciado un procedimiento de conciliación respecto del contrato materia de la rescisión.  **Serán causas de rescisión del contrato de manera enunciativa mas no limitativa las siguientes:**  Cuando el Proveedor incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.  Cuando incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el contrato y sus anexos.  Cuando durante la vigencia del “CONTRATO” la “CONVOCANTE” determine que los “PROVEEDORES” entreguen e instalen equipos, correspondientes a saldos, reconstruidos, descontinuados o en vías de serlo, durante los 12 (doce) meses siguientes a la celebración de este.  Cuando se transmitan total o parcialmente, bajo cualquier título, los derechos y obligaciones a que se refieren las Bases y el contrato que se suscriba, con excepción de los derechos de cobro y previa autorización del Organismo.  Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte al patrimonio del Proveedor.  Cuando se compruebe que el Proveedor haya prestado el servicio con alcances o características distintas a las pactadas en las presentes Bases y las demás que se establezcan en el respectivo contrato.  **Recurso de inconformidad.**  En las oficinas del Órgano Interno de Control, calle Ramón Corona número 500, Colonia Zapopan Centro, Municipio de Zapopan, Jalisco. Tel. 36330929 y 36330352 Ext. 7645, se podrá presentar el recurso de inconformidad en contra de los actos de la licitación, solicitar el proceso de conciliación ante cualquier diferencia derivada del cumplimiento de los contratos o pedidos y presentar quejas o denuncias;  **Especificaciones técnicas requeridas para la licitación.**  El objeto y motivo de la Licitación deberá ser proporcionada por un **“PROVEEDOR”** con experiencia en el ramo y poseer la capacidad administrativa, financiera, legal y técnica para atender el requerimiento en las condiciones solicitadas.  El Proveedor deberá permitir el acceso a sus instalaciones y brindar las facilidades necesarias para que el Organismo y/o cualquier autoridad facultada para realizar inspecciones y revisiones, efectúen visitas en sus instalaciones y/o realicen verificaciones de la información, a fin de que se confirme el total y estricto cumplimiento de los requisitos de calidad de los servicios acordados en el contrato. La facultad revisora del Organismo incluye la realización de auditorías periódicas.  El Proveedor se obliga a contar con todas las medidas para asegurar que se mantenga la confidencialidad de la información relacionada con la contratación de servicios, firmado por ambos, referente a los derechos y obligaciones que se desprendan de este.  Los Proveedores deberán establecer estrecha comunicación con la Jefatura de Adquisiciones, a efecto de apegarse a las políticas del Organismo para la recepción del bien o servicio asignado.  El “LICITANTE” en caso de resultar adjudicado deberá estar inscrito y actualizado en el Padrón de Proveedores y en caso de actuar por conducto de representante es necesario que este cuente con facultades suficientes y vigentes, antes de la firma del contrato respectivo, en el entendido de que la falta de inscripción en el padrón, no imposibilita que pueda participar del proceso objeto de las presentes bases, pero si es factor imprescindible para la elaboración y formalización del contrato. |

**ANEXOS**

**ANEXO 1 JUNTA ACLARATORIA**

Los interesados en participar deberán de capturar los datos requeridos en el anexo ya sea en computadora y/o máquina. (No a mano), formular y enviar sus cuestionamientos al correo electrónico establecido en las bases, en hoja membretada preferentemente y firmado por el representante legal.

**ANEXO 2 ACREDITACIÓN LEGAL**

Los interesados en participar deberán de capturar los datos requeridos en el anexo ya sea en computadora y/o máquina. (No a mano) mismo que deberá de estar firmado por el representante legal y así mismo anexar los documentos de acreditación legal señalados según el caso.

**ANEXO 3 CARTA DE PROPOSICIÓN**

Los interesados en participar deberán de capturar los datos requeridos en el anexo ya sea en computadora y/o máquina. (No a mano) mismo que deberá de estar debidamente firmado por el representante legal y anexar en el sobre cerrado.

**ANEXO 4 FORMATO PARA LA DECLARACIÓN ESCRITA**

Los interesados en participar deberán de capturar los datos requeridos en el anexo ya sea en computadora y/o máquina. (No a mano) mismo que deberá de estar debidamente firmado por el representante legal y así mismo anexar en el sobre junto con la documentación señalada.

**ANEXO 5 DESCRIPCIÓN DETALLADA**

Descripción detallada de los bienes y/o servicios, cantidades, condiciones de entrega, documentos y requisitos solicitados por el área requirente.

**ANEXO 6 PROPUESTA TÉCNICA**

Deberá ser elaborado en computadora debidamente firmado y anexar dentro de su sobre correspondiente su sobre correspondiente, además entregar una USB que contenga este formato en Excel.

**ANEXO 7 PROPUESTA ECONÓMICA**

Deberá ser elaborado en computadora debidamente firmado y anexar dentro de su sobre correspondiente, además entregar una USB que contenga este formato en Excel.

**ANEXO 8 GARANTÍA**

Formato de compromiso de garantía para garantizar el fiel y oportuno cumplimiento del contrato.

**ANEXO 9 CARTA DE APORTACIÓN CINCO AL MILLAR**

Presentar escrito de aceptación o no aceptación de la retención del 5 al millar para el Fondo Impulso Jalisco debidamente firmado.

**ANEXO 10 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO**

El Licitante deberá presentar carta de apoyo como distribuidor por parte del fabricante y/o su filial en México y/o importador primario de las marcas ofertadas en copia simple por cada área ofertada. Si resulta adjudicado, deberá presentar carta de apoyo en original antes de la firma del contrato.

**ANEXO 11 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE**

Formato de protección contra derechos de autor y patente, siendo este un manifiesto de obligación a responder por los daños y/o perjuicios que pudiera causar al organismo y/o a terceros si con motivo de la entrega de los bienes adquiridos se violan derechos de autor, de patentes y/o marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel nacional o internacional.

**ANEXO 12 FORMATO PARA CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR**

Deberá llenar el formato y ofertar una CADUCIDAD no menor a 12 meses a la fecha de la entrega del bien.

**FORMATO DE CARATULA A**

Presentar con caratula en sobrecerrado que contengan la propuesta técnica

**FORMATO DE CARATULA B**

Presentar con caratula en sobrecerrado que contengan la propuesta económica

**ANEXO 1**

**JUNTA ACLARATORIA**

**FORMATO PARA ENVÍO DE PREGUNTAS**

Por medio del presente escrito expreso mi interés en participar en la segunda licitación pública **LPCC-006/2025**, (en representación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), para ello en términos del artículo 70 fracción II del Reglamento de Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, me permito asentar los siguientes datos:

No. De Proveedor (en caso de aplicar) \_\_\_\_\_\_\_\_

Licitación identificada por el Número \_\_--\_\_ referente a la contratación de: \_\_\_\_\_\_

I.- Nombre, domicilio, teléfono y correo electrónico del interesado:

II.- Nombre del representante legal, en caso de contar con uno:

III.- Número de registro en el padrón de proveedores del OPD “SSMZ”:

En caso de no estar inscrito en el padrón de proveedores del O.P.D “SSMZ”, presentar manifiesto, bajo propuesta decir la verdad, que en caso de resultar adjudicado se compromete a inscribirse como proveedor de este organismo.

IV. Bajo protesta decir verdad manifestamos nuestro interés expreso en participar en el presente procedimiento.

V. Relación de los cuestionamientos correspondientes:

|  |  |
| --- | --- |
| Número: | Pregunta: |
| 1 |  |
| 2 |  |

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre (Representante Legal)

Empresa

(En hoja membretada preferentemente y firmada obligatoriamente por el representante legal)

Nota: deberá enviar por correo en formato **Word y PDF**, en la fecha acordada de la junta aclaratoria.

**ANEXO 2**

**“ACREDITACIÓN LEGAL”**

**ACREDITACIÓN DEL LICITANTE**

(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto "bajo protesta a decir verdad", que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para comprometerme por si o mi representada para suscribir las proposiciones identificada por el número de la presente Licitación, a nombre y representación de:(persona física o moral) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

No. De registro del Padrón de Proveedores del OPD Servicios de Salud del Municipio de Zapopan. (en caso de contar con el) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De Segunda Licitación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio para recibir notificaciones en el área metropolitana de Guadalajara o manifestación expresa para recibir notificaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 / orden de compra / pedido que, en su caso, sea suscrito con el Organismo Público Descentralizado **“Servicios de Salud del Municipio de Zapopan”**, Jalisco, 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)**

**Nombre completo del representante legal del Licitante**

**Nombre del Licitante**

**ANEXO 3**

**CARTA DE PROPOSICIÓN**

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

SEGUNDA LICITACIÓN NUMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTO QUE:**

1. Mi representada no se encuentra en alguno de los supuestos de impedimento para participar en la presente licitación, establecidos en el artículo 52 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios.
2. Presento declaración de integridad y no colusión; mediante la cual manifiesto bajo protesta de decir verdad, que el que suscribe, por si o a través de interpósita persona, me abstendré de adoptar conductas, para que los servidores públicos del ente público, induzcan a los servidores públicos a alterar las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, o cualquier otro acto que otorgue condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes. Así como de incitar la celebración de acuerdos colusorios, tanto con los servidores públicos que intervienen como con los demás licitantes participantes.
3. Manifiesto que la empresa que represento es **(**micro, pequeña, mediana o grande**)**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lo anterior, mediante criterio establecido en el inciso i) del apartado EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS.**
4. Manifiesto que cuento con facultades suficientes para comprometerme por mi mismo o por mi representada.
5. Manifiesto que me responsabilizo por la calidad de todos los servicios y bienes incluidos en mi propuesta y me comprometo a responder por el plazo contratado y de los posibles defectos, daños, perjuicios y vicios ocultos que resulten en cualquiera de los bienes, servicios y de cualquier otra responsabilidad en que pudiera incurrir por su uso.
6. Manifiesto que de resultar adjudicados seremos responsables del cumplimiento de las obligaciones de tiempo, modo y lugar, de las obligaciones pactadas, así como por los defectos, vicios ocultos o falta de calidad en los bienes por daños o perjuicios, falta de profesionalismo y en general de cualquier avería o desavenencia imputable a mi representada, y con ello reparar o restituir de forma gratuita los defectos encontrados de ser el caso.
7. Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que analice con detenimiento las bases para la Licitación y las especificaciones correspondientes proporcionadas por el Organismo, que conozco la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios, así como su Reglamento, las Bases, y, por lo tanto, me comprometo a sujetarme a su contenido.
8. Manifiesto que la propuesta técnica y correspondiente cotización presentada corresponde a las especificaciones que se solicitan y que corresponden en su totalidad a lo requerido en las Bases.
9. Los precios que ofertamos serán fijos hasta el término de entrega de los bienes o prestación de los servicios.
10. De resultar adjudicados en caso de no estar inscritos o vigentes en el padrón de proveedores del Organismo, realizaremos el trámite correspondiente para efectos de la formalización del contrato/orden de compra/pedido
11. Que, en caso de resultar adjudicado, me comprometo a firmar el contrato procedente, en el plazo que fije el Organismo, el cual se me notificaría una vez emitido el fallo.
12. Que estoy conforme con que, en caso de ser procedente, se apliquen a mi representada las medidas disciplinarias que pudieran determinarse en el supuesto de falsedad de datos y/o declaración, incluyendo la descalificación de la Licitación.
13. Me comprometo a cumplir con todas las especificaciones incluidas en las Bases.
14. Me comprometo a entregar los bienes o servicios en un plazo no mayor al especificado en las Bases.
15. Todos los compromisos expuestos en las bases serán sin costo adicional para el Organismo.
16. Manifiesto que mi representada se obliga a responder por los daños y/o perjuicios que pudiera causar al organismo y/o a terceros si con motivo de la entrega de los bienes adquiridos se violan derechos de autor, de patentes y/o marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel nacional o internacional.
17. Tenemos pleno conocimiento de las infracciones en las que podemos incurrir en caso de omisión, simulación, incumplimiento o presentación de información falsa;
18. Que cuento con facultades suficientes para suscribir las propuestas y documentos presentados en esta licitación, así como el respectivo contrato.
19. Que cuento con la suficiente capacidad para atender los requisitos de volúmenes y tiempos de respuesta solicitados en las Bases.

**(Lugar y fecha)**

**Protesto lo necesario (Nombre y firma)**

**Nombre completo del representante legal del Licitante**

**Nombre del Licitante**

**ANEXO 4**

**FORMATO PARA LA DECLARACIÓN ESCRITA**

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

ME REFIERO A MI PARTICIPACIÓN EN LA **SEGUNDA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN: LPCC-006/2025 PARA LA ADQUISICION DE MEDICAMENTO**

Sobre el particular, quien suscribe **C. Nombre completo del representante legal del Licitante**, bajo protesta de decir verdad, en nombre propio y de mí representado nombre completo **del Licitante**, en caso de ser diferente al del representante legal, MANIFIESTO Y ME COMPROMETO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE:

1. La propuesta técnica presentada corresponde a los servicios que oferto y que corresponden en su totalidad a lo requerido en las Bases.
2. Que mi representada está al corriente en la presentación en tiempo y forma de las declaraciones de impuestos federales y locales, anuales respecto de los últimos ejercicios fiscales y provisionales correspondientes hasta la actualidad.

**IMPORTANTE: DEBERA ANEXAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÒN:**

Manifiesto de Opinión Positiva de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales y Constancia impresa emitida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con una vigencia no mayor a 30 días naturales de emisión anteriores a la fecha de presentación de su propuesta firmada por el representante legal.

Copia Simple legible a nombre del LICITANTE del último pago del impuesto de erogaciones sobre la nómina del 3% (tres por ciento) del Estado de Jalisco y comprobante QR con una vigencia de máximo 60 días naturales de antigüedad anteriores a la fecha de presentación de propuesta (Impuesto sobre nómina)

Manifiesto de Opinión de Cumplimiento y acuse de obligaciones ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, para acreditarlo deberá anexar el documento en sentido positivo y con fecha de emisión máxima de 30 días naturales anteriores al acto de presentación y apertura de propuestas. En caso de no tener empleados de igual forma deberá presentar este documento, para verificar dicha información. (El portal del IMSS permite generar la Opinión de Cumplimiento de sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social sin necesidad de contar con trabajadores activos, emitiendo el documento en sentido sin opinión) firmada por el representante legal, presentarlo con fecha de emisión mayor al periodo establecido será motivo de desechamiento.

Constancia legible de la cédula de identificación fiscal que expide el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a nombre del Licitante y no mayor a 30 treinta días a la fecha de la presentación de las propuestas para verificar que el giro comercial preponderante que guarde relación con el objeto de la licitación, requisito indispensable para todos los participantes, sea proveedor inscrito en nuestro padrón o no.

Constancia de situación fiscal sin adeudos en materia de aportaciones patronales y enteros de descuentos vigentes, emitida por el Instituto del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) con fecha no mayor a 30 días naturales a la fecha de registro de las propuestas técnicas y económicas. (En caso de no tener empleados, deberá presentar documento emitido por el mismo Instituto donde se corrobore no tenerlos).

**(Lugar y fecha)**

**Protesto lo necesario**

**Nombre completo y firma del representante legal del Licitante**

**ANEXO 5**

**DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS, CANTIDADES, CONDICIONES DE ENTREGA, DOCUMENTOS Y REQUISITOS SOLICITADOS POR EL ÁREA REQUIRIENTE:**

**Se hace del conocimiento de los participantes lo siguiente:**

La presente licitación corresponde a un contrato abierto con consumos mínimos y máximos, cuyo consumo mínimo será del 40% del monto adjudicado y el máximo el total establecido en la orden de compra. Lo anterior de conformidad a lo establecido en el Artículo 112 Fracción I del Reglamento de Compras, Enajenaciones y contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.

**Periodicidad**

Los bienes deberán cotizarse a partir de la adjudicación del fallo hasta el 31 de diciembre del 2025.

**Generalidades**

La adjudicación se podrá realizar a insumos tanto genéricos como de patente, por partidas o renglones.

La asignación del servicio objeto de la presente licitación será a uno o varios licitantes

**Registro Sanitario Vigente.**

El LICITANTE deberá presentar en su información técnica por renglón ofertado como parte de su propuesta técnica la documentación relativa al Registro Sanitario en los términos siguientes: En su caso, los Titulares de los Registros Sanitarios, representantes legales en México, distribuidores o importadores autorizados por el fabricante, integrarán lo siguiente:

Por cada renglón que oferte, deberá anexar copia legible del “REGISTRO SANITARIO” (anverso y reverso) vigente, o su MODIFICACIÓN que corresponda con la descripción y autorización para cada uno de los renglones.

En su caso, FORMATO DE SOLICITUD DE PRÓRROGA Y/O MODIFICACIÓN del Registro Sanitario completo, siempre y cuando haya sido presentada con cuando menos 90 días naturales de anticipación al vencimiento, indicando número de entrada del trámite, nombre del producto y número(s) de catálogo para los renglones contenidas en el presente Anexo para la adquisición de bienes. Así como acuse de recibido del trámite sometido ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (COFEPRIS).

El LICITANTE acepta y se da por enterado que LA CONVOCANTE podrá validar en cualquier tiempo durante el procedimiento de contratación y posterior a su adjudicación, los Registros Sanitarios con la COFEPRIS.

Cada registro sanitario presentado, podrá ser consultado en la página oficial https://tramiteselectronicos02.cofepris.gob.mx/BuscadorPublicoRegistrosSanitarios/BusquedaRegistroSanitario.aspx

Los Registros Sanitarios que aparezcan como vigentes serán consideras así para efectos de cumplimiento técnico, en caso de que el registro sanitario no aparezca como “Vigente” se procederá a determinar incumplimiento técnico.

El LICITANTE deberá presentar en su información técnica copia simple de la Licencia Sanitaria para almacén de depósito y distribución de medicamentos controlados o productos biológicos para uso humano, emitida por la COFEPRIS, específicamente en las partidas que corresponda.

El LICITANTE deberá presentar en su información técnica copia simple del Aviso de Funcionamiento para la comercialización y dispensación de medicamentos y/o insumos para la salud.

EL LICITANTE deberá presentar en su información copia simple del Aviso de Responsable Sanitario del fabricante del medicamento propuesto.

EL LICITANTE deberá presentar en su información copia simple del Registro Sanitario vigente emitido por la COFEPRIS.

EL LICITANTE deberá presentar en su información copia simple del Permiso Sanitario Previo de importación (PSPI) en los medicamentos propuestos que sean importados.

**Requerimientos de Entrega:**

La entrega de los bienes por parte del “PROVEEDOR” se efectuará en **parcialidades** de acuerdo a la necesidad del Organismo en un horario de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes en el ALMACÉN DEL HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN ubicado en el domicilio Ramón Corona número 500 Col centro Zapopan.

Se realizaran entregas parciales de los artículos solicitados de acuerdo a las necesidades y capacidades del almacén general en la presentación de menor cantidad del medicamento asignado con la que se cuente(Ej. Caja con 10 tabletas en lugar de caja con 30 tabletas; caja con 1 ampolleta en lugar de caja con 5 ampolletas), mismas que deberán ser entregadas dentro de los 5 días hábiles siguientes, tomando como referencia la notificación vía correo electrónico por parte del personal del almacén general al proveedor donde le solicite los bienes asignados y la cantidad a surtir, así mismo entregar junto con la factura correspondiente la opinión de cumplimiento en sentido positivo emitida por el SAT con una vigencia no mayor a 30 días a la fecha de impresión.

Por lo anterior, los “LICITANTES” deberán prever la totalidad de los costos implícitos para la entrega de los bienes en el lugar señalado, incluidos los que ingresen por reposición.

Si hubiera deficiencias en los bienes, se requerirá el reemplazo dentro de un lapso no mayor a 05 (cinco) días hábiles posteriores a su notificación.

El (los) “LICITANTE(S)” se obligarán a sustituir, durante el período de garantía, los bienes que resulten con algún defecto o vicio oculto, así como cambios físicos notables por causas imputables a los mismos, en un lapso no mayor a 05 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha en que la “CONVOCANTE” notifique por escrito el imperfecto, por un bien nuevo, con las mismas características y especificaciones técnicas del adquirido en el proceso.

Los costos y gastos que origine dicha acción correrán a cargo del “PROVEEDOR”.

La forma de empaque que utilice el “PROVEEDOR” deberá de estar de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana **NOM-059-SSA1-2015** deberá garantizar la entrega de los bienes en condiciones óptimas de envase y embalaje, a prueba de humedad y de polvo, de tal forma que preserve las condiciones óptimas durante el transporte y el almacenaje. Los empaques deberán contener la siguiente información.

De igual forma, obligatoriamente se sujetará a lo descrito en la **NOM-072-SSA1-2012**, **etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios**, la que establece que los empaques primarios y secundarios deberán contener la siguiente información en su etiquetado:

* Denominación distintiva
* Denominación genérica
* Forma farmacéutica
* Concentrado del fármaco
* Formula
* Declaración de la formula
* Dosis o posología
* Vía de administración
* Datos de conservación y almacenaje
* Leyendas de advertencia y precautorias
* Expresión alfanumérica del registro sanitario
* Número de lote
* Fecha de caducidad
* Datos del fabricante, comercializador, titular del registro y en caso representación legal en México

Los empaques o cajas colectivas deberán estar claramente identificadas por medio de etiquetas impresas, grabadas o plantilla, colocadas en la cara frontal, en caso de no presentar lo señalado anteriormente no se recibirá el medicamento.

El “PROVEEDOR” está en el entendido que, queda estrictamente prohibido y bajo ningún motivo deberá solicitar, ni se autorizaran modificaciones en especificaciones y precio (costo unitario del fallo).

**Garantía:**

Deberá ofertar una CADUCIDAD no menor a 12 meses a la fecha de la entrega del bien, y deberá realizar cambio de medicamento próximo a caducar.

**Previo a la firma del contrato el licitante o licitantes adjudicados deberán entregar las fichas técnicas de las características físicas de los medicamentos que le fueron asignados, así como fotografías claramente visibles y a color de los empaques colectivos, primarios y secundarios en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.**

**Relación de medicamentos:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RENGLON | DESCRIPCION DEL BIEN | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD MAXIMA DE PIEZAS | MARCA Y LABORATORIO PROPUESTO | NUMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA | PRORROGA Y VIGENCIA |
| 1 | ACIDO TRANEXAMICO AMPULA 1GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 2 | ACICLOVIR AMP DE 250MG SOL INYECTABLE | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 3 | ACIDO ACETILSALICILICO TAB 100MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 4 | ADENOSINA 6 MG /2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 5 | ADRENALINA AMPULA 1MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 6 | AGUA INYECTABLE AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 7 | AGUA INYECTABLE AMPULA 5ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 8 | AGUA PARA IRRIGACION FCO 1 LT | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 9 | AGUA PARA IRRIGACION FCO 500 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 10 | ALUMINIO Y MAGNESIO SUSPENSION C/240ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 11 | AMFOTERICINA / SOLUCION INYECTABLE 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 12 | AMIKACINA AMPULA 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 13 | AMIKACINA AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 14 | AMPICILINA FCO AMPULA 250 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 15 | AMPICILINA FCO AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 16 | ATORVASTATINA TAB 40 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 17 | ATROPINA AMPULA 1 MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 18 | BENZOCAINA, TABLETAS 10 MG | PZA | 300 |  |  |  |
| 19 | BEPHANTEN POMADA TUBO 30 GR | PZA | 10 |  |  |  |
| 20 | BETAMETASONA AMPULA 8 MG/2 ML | PZA | 800 |  |  |  |
| 21 | BICARBONATO DE SODIO AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 22 | BICARBONATO DE SODIO FCO. AMP. AL 7.5/50 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 23 | BROMURO DE IPATROPIO,SALBUTAMOL 0.5 MG/2.5 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 24 | BROMURO DE PANCURONIO AMPULA 4GR/2ML | PZA | 500 |  |  |  |
| 25 | BROMURO DE ROCURONIO AMPULA 50MG/5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 26 | BROMURO DE VECURONIO AMPULA 4 MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 27 | BUDESONIDA AMPULA 0.250MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 28 | BUPIVACAINA GLUCOSADA AMPULA 15 MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 29 | BUPIVACAINA SIMPLE AMPULA 50 MG/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 30 | BUPRENORFINA AMPULA 0.3 MG. /1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 31 | BUTILHIOCINA AMPULA COMPUESTA 20 MG / 2.5 G | PZA | 500 |  |  |  |
| 32 | BUTILHIOCINA AMPULA 20 MG/1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 33 | BUTILHIOSCINA, TABLETAS 10 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 34 | CAPTOPRIL TABLETAS 25 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 35 | CARBETOCINA AMPULA 100MG / 1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 36 | CEFALOTINA FRASCO AMPULA 1GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 37 | CEFAPIMA AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 38 | CEFOTAXIMA FRASCO AMPULA I.V. 1G | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 39 | CEFTAZIDIMA FRASCO AMPULA 1 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 40 | CEFTRIAXONA FRASCO AMPULA I.V 1 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 41 | CIPROFLOXACINA 200 MG./100 ML. AMP. | PZA | 2000 |  |  |  |
| 42 | CITRATO DE CAFEINA 20MG/3ML AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 43 | CLARITROMICINA AMPULA 500MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 44 | CLINDAMICINA AMPULA 300 MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 45 | CLONIXINATO DE LISINA AMPULA 100 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 46 | CLOPIDROGEL TAB 75 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 47 | CLORANFENICOL UNGÜENTO 5 G | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 48 | CLORANFENICOL GTS 5MG/IML FCO 15ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 49 | CLORHIDRATO DE AMIODARONA AMP 150MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 50 | CLORHIDRATO DE TRAMADOL 100 MG/2 ML AMP | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 51 | CLOROPIRAMIDA AMPULA 20MG/2ML | PZA | 5000 |  |  |  |
| 52 | CLORURO DE POTASIO AMPULA 1.49 G/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 53 | CLORURO DE SODIO FRASCO AMP 17.7%/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 54 | CLORURO DE SUXAMETONIO AMPULA 40 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 55 | DEXAMETASONA AMPULA 8 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 56 | DEXKETOPROFENO TROMETAMOL AMP. 50MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 57 | DEXMEDETOMIDINA AMPULA 200 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 58 | DEXPANTENOL AL 5% POMADA 30 GR TUBO | PZA | 200 |  |  |  |
| 59 | DEXTROSA AL 50% FRASCO 50 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 60 | DIAZEPAM AMP 10MG/ 2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 61 | DICLOFENACO AMPULA 75 MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 62 | DICLOFENACO GEL TUBO 60 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 63 | DIFENHIDRAMINA AMPULA 10 MG / 1 ML | PZA | 1200 |  |  |  |
| 64 | DIFENIDOL AMPULA 40 MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 65 | DIGOXINA AMPULA 0.5MG/2 ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 66 | DOBUTAMINA AMPULA 250MG/20 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 67 | DOPAMINA AMPULA 200 MG/5ML | PZA | 500 |  |  |  |
| 68 | EFEDRINA AMPULA 25 MG/ML | PZA | 1000 |  |  |  |
| 69 | ENOXAPARINA AMPULA 40MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 70 | EPINEFRINA RACEMICA 1 MG / 1 ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 71 | ERGOMETRINA AMPULA 0.2 MG/1ML | PZA | 600 |  |  |  |
| 72 | ESMOLOL 2.5 MG/10 ML | PZA | 300 |  |  |  |
| 73 | FENITOINA AMPULA 250MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 74 | FENOZAPIRIDINA 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 75 | FENTANILO AMPULA 0.5MG/10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 76 | FITOMENADIONA 1 MG AMPULA | PZA | 1200 |  |  |  |
| 77 | FITOMENADIONA 10 MG AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 78 | FITOMENADIONA 2 MG/0.2 ML AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 79 | FLUCONAZOL FRASCO 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 80 | FLUMACENIL AMPULA 0.5MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 81 | FUROSEMIDE AMPULA 20MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 82 | GELATINA 4% (POLIMERIZADO) 500 ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 83 | GENTAMICINA AMPULA 80MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 84 | GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPULA 10ML | PZA | 3000 |  |  |  |
| 85 | HALOPERIDOL AMPULA 5MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 86 | HEPARINA FCO AMPULA 5000 UL/ML 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 87 | HEPARINA FCO AMPULA 1000 UL/ML 10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 88 | HIDRALAZINA AMPULA 20MG/ML | PZA | 650 |  |  |  |
| 89 | HIDROCORTISONA AMPULA 100MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 90 | HIDROCORTISONA AMPULA 500 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 91 | HIDROXIETIL ALMIDON SOLUCION INY. AL 6% 500 M | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 92 | IBUPROFENO, TABLETAS 400 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 93 | IMIPENEM AMPULA 500 MG/500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 94 | INSULINA DE ACCION INTERMED FCO AMP 100 UL/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 95 | INSULINA GLARGINA, AMPULA 100 UI/ML 10 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 96 | ISOSORBIDA TABLETAS 10MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 97 | ISOSORBIDA TABLETAS 5MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 98 | KETOROLACO AMPULA 30 MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 99 | LACTULOSA FRASCO 10G/15ML 250ML | PZA | 150 |  |  |  |
| 100 | LEVETIRACETAM 500 MG / 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 101 | LEVOFLOXACINO FCO AMP 500 MG/100ML I.V | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 102 | LIDOCAINA AL 2% C/EPINEFRINA 20 MG/O.OO5 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 103 | LIDOCAINA 2% SIMPLE 20 MG/ML FCO 50 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 104 | LORATADINA TABLETAS 10 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 105 | LOSARTAN TABLETA 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 106 | MAGALDRATO/DIMETICONA SOBRE 10 ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 107 | MELOXICAM AMPULA 15MG | PZA | 700 |  |  |  |
| 108 | MEROPENEM 1G/20ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 109 | MEROPENEM 500MG/10ML FCO | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 110 | METAMIZOL AMPULA 1GR/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 111 | METAMIZOL SODICO SUPOSITORIO 300 MG. | PZA | 100 |  |  |  |
| 112 | METAMIZOL SODICO TABLETA 500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 113 | METILPREDNISOLONA FCO AMPULA 500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 114 | METILPREDNISOLONA AMPULA 40MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 115 | METOCLOPRAMIDA AMPULA 10MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 116 | METOPROLOL TABLETA 100 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 117 | METRONIDAZOL SOL. INY. 500MG./100ML 0.5% | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 118 | MIDAZOLAM AMPULA 15MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 119 | MIDAZOLAM AMPULA 50 MG/10 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 120 | MISOPROSTOL 200 MCG TABS | PZA | 500 |  |  |  |
| 121 | MORFINA AMPULA 10 MG | PZA | 50 |  |  |  |
| 122 | MORFINA AMPULA 2.5 MG/2.5ML | PZA | 1000 |  |  |  |
| 123 | NAFAZOLINA FCO 15 ML | PZA | 30 |  |  |  |
| 124 | NALBUFINA AMPULA 10 MG/1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 125 | NALOXONA AMPULA 0.4 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 126 | NAPROXENO TABLETAS, 500 MG | PZA | 500 |  |  |  |
| 127 | NEOSTIGMINA AMPULA 0.5 MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 128 | NIFEDIPINO TABLETA 30 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 129 | NITRATO DE GLICERILO PARCHE 10MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 130 | NITRATO DE GLICERILO PARCHE 5MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 131 | NITROFURAZONA POMADA 85 G TUBO | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 132 | NITROGLICERINA 50MG/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 133 | NITROPRUSIATO DE SODIO AMPULA 2ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 134 | NOREPINEFRINA AMPULA 4MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 135 | NORFENEFRINA FCO 24 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 136 | OCTEOTRIDE AMPULA 1 MG / 5 ML | PZA | 40 |  |  |  |
| 137 | OLANZAPINA AMPULA 10 MG / 2 ML | PZA | 50 |  |  |  |
| 138 | OMEPRAZOL FCO AMPULA 40 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 139 | ONDANSETRON AMPULA 8 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 140 | ORCIPRENALINA AMPULA 0.5 MG/ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 141 | OXIDO DE ZINC PASTA EN TUBO 30 GRS | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 142 | OXIMETAZOLINA GTS ADULTO FCO 100ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 143 | OXIMETAZOLINA GTS INFANT FCO 100ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 144 | OXITOCINA AMPULA 5 UI /ML 1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 145 | PARACETAMOL FCO AMPULA 1GR 10MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 146 | PARACETAMOL FCO GOTERO 100 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 147 | PARACETAMOL SUPOSITORIO 300 MG | PZA | 400 |  |  |  |
| 148 | PARACETAMOL TABLETA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 149 | PARACETAMOL 650 MG /CAFEÍNA 60 MG/PIRILAMIMA 15 MG | PZA | 200 |  |  |  |
| 150 | PROPOFOL 1% AMPULA 20ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 151 | REMIFENTANILO AMP SOL INYECTABLE 2MG | PZA | 200 |  |  |  |
| 152 | ROPIVACAINA AMPULA 7.5MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 153 | SALBUTAMOL AMPULA 1 ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 154 | SALBUTAMOL FCO AMP 5 MG/10ML (NEBULIZACION) | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 155 | SALBUTAMOL SPRAY 100 MCG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 156 | SERTRALINA CAPSULA 50MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 157 | SEVOFLURANO FRASCO 250ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 158 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 159 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% B0L-3000ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 160 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 100 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 161 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 162 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 163 | SOLUCION GLUCOSA AL 10% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 164 | SOLUCION GLUCOSA AL 5 % 100 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 165 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 166 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 167 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 1000ML. | PZA | 3000 |  |  |  |
| 168 | SOLUCION HARTMAN 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 169 | SOLUCION HARTMAN 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 170 | SOLUCION HARTMAN 250 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 171 | SOLUCION MANITOL 20% FCO 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 172 | SOLUCION MIXTA 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 173 | SUGAMMADEX SOL INY 100 MG/ML | PZA | 1000 |  |  |  |
| 174 | SULFADIAZINE CREMA 28GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 175 | SULFATO DE MAGNESIO 10% AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 176 | SUPOSITORIOS DE GLICERINA 1380 MG | PZA | 200 |  |  |  |
| 177 | SURFACTANTE PULMONAR VIA ENDOTRAQUEAL 240MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 178 | TENECTEPLASA AMPULA 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 179 | TERLIPRESINA AMPULA 1 MG/ 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 180 | TOPICAINA FCO. 30 G | PZA | 10 |  |  |  |
| 181 | TRINITRATO DE GLICERILO 1MG/1ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 182 | UNDECILENMIDOPROPIL BETAINA 0.1%POLIHEXANIDA | PZA | 300 |  |  |  |
| 183 | VANCOMICINA 500MG AMP | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 184 | VASOPRESINA AMP SOL INYECTABLE 20UI | PZA | 1000 |  |  |  |
| 185 | VERAPAMILO AMPULA 5MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |

Deberá manifestar su consentimiento por escrito dentro de la propuesta técnica en la que acepta que el Organismo, según sus necesidades operativas derivado de las atenciones y servicios que se ofertan en el Hospital General y sus Unidades de Atención Médica, podrá prescindir de realizar solicitudes de algunos renglones para surtirse de otros en los que sea prioridad su adquisición, lo anterior sin alterar partidas; en conceptos y sin sobre pasar el monto adjudicado.

Lo anterior, en razón de la urgencia y apremio que, por la naturaleza de ser un Hospital de segundo nivel, puede surgir con motivo de los servicios ofertados.

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

**ANEXO 6**

**PROPUESTA TÉCNICA**

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

Me refiero a la Segunda Licitación Pública Local con concurrencia del comité de numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo de garantía (plazo en el cual el licitante se responsabiliza de la calidad de los bienes o servicios) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Finalmente, manifiesto que mí representada en caso de resultar adjudicada contara con el stock suficiente para atender las necesidades de los servicios del O.P.D. Salud del Municipio de Zapopan.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RENGLON | DESCRIPCION DEL BIEN | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD MAXIMA DE PIEZAS | MARCA Y LABORATORIO PROPUESTO | NUMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA | PRORROGA Y VIGENCIA |
| 1 | ACIDO TRANEXAMICO AMPULA 1GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 2 | ACICLOVIR AMP DE 250MG SOL INYECTABLE | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 3 | ACIDO ACETILSALICILICO TAB 100MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 4 | ADENOSINA 6 MG /2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 5 | ADRENALINA AMPULA 1MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 6 | AGUA INYECTABLE AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 7 | AGUA INYECTABLE AMPULA 5ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 8 | AGUA PARA IRRIGACION FCO 1 LT | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 9 | AGUA PARA IRRIGACION FCO 500 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 10 | ALUMINIO Y MAGNESIO SUSPENSION C/240ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 11 | AMFOTERICINA / SOLUCION INYECTABLE 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 12 | AMIKACINA AMPULA 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 13 | AMIKACINA AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 14 | AMPICILINA FCO AMPULA 250 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 15 | AMPICILINA FCO AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 16 | ATORVASTATINA TAB 40 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 17 | ATROPINA AMPULA 1 MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 18 | BENZOCAINA, TABLETAS 10 MG | PZA | 300 |  |  |  |
| 19 | BEPHANTEN POMADA TUBO 30 GR | PZA | 10 |  |  |  |
| 20 | BETAMETASONA AMPULA 8 MG/2 ML | PZA | 800 |  |  |  |
| 21 | BICARBONATO DE SODIO AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 22 | BICARBONATO DE SODIO FCO. AMP. AL 7.5/50 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 23 | BROMURO DE IPATROPIO,SALBUTAMOL 0.5 MG/2.5 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 24 | BROMURO DE PANCURONIO AMPULA 4GR/2ML | PZA | 500 |  |  |  |
| 25 | BROMURO DE ROCURONIO AMPULA 50MG/5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 26 | BROMURO DE VECURONIO AMPULA 4 MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 27 | BUDESONIDA AMPULA 0.250MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 28 | BUPIVACAINA GLUCOSADA AMPULA 15 MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 29 | BUPIVACAINA SIMPLE AMPULA 50 MG/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 30 | BUPRENORFINA AMPULA 0.3 MG. /1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 31 | BUTILHIOCINA AMPULA COMPUESTA 20 MG / 2.5 G | PZA | 500 |  |  |  |
| 32 | BUTILHIOCINA AMPULA 20 MG/1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 33 | BUTILHIOSCINA, TABLETAS 10 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 34 | CAPTOPRIL TABLETAS 25 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 35 | CARBETOCINA AMPULA 100MG / 1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 36 | CEFALOTINA FRASCO AMPULA 1GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 37 | CEFAPIMA AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 38 | CEFOTAXIMA FRASCO AMPULA I.V. 1G | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 39 | CEFTAZIDIMA FRASCO AMPULA 1 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 40 | CEFTRIAXONA FRASCO AMPULA I.V 1 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 41 | CIPROFLOXACINA 200 MG./100 ML. AMP. | PZA | 2000 |  |  |  |
| 42 | CITRATO DE CAFEINA 20MG/3ML AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 43 | CLARITROMICINA AMPULA 500MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 44 | CLINDAMICINA AMPULA 300 MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 45 | CLONIXINATO DE LISINA AMPULA 100 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 46 | CLOPIDROGEL TAB 75 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 47 | CLORANFENICOL UNGÜENTO 5 G | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 48 | CLORANFENICOL GTS 5MG/IML FCO 15ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 49 | CLORHIDRATO DE AMIODARONA AMP 150MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 50 | CLORHIDRATO DE TRAMADOL 100 MG/2 ML AMP | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 51 | CLOROPIRAMIDA AMPULA 20MG/2ML | PZA | 5000 |  |  |  |
| 52 | CLORURO DE POTASIO AMPULA 1.49 G/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 53 | CLORURO DE SODIO FRASCO AMP 17.7%/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 54 | CLORURO DE SUXAMETONIO AMPULA 40 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 55 | DEXAMETASONA AMPULA 8 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 56 | DEXKETOPROFENO TROMETAMOL AMP. 50MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 57 | DEXMEDETOMIDINA AMPULA 200 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 58 | DEXPANTENOL AL 5% POMADA 30 GR TUBO | PZA | 200 |  |  |  |
| 59 | DEXTROSA AL 50% FRASCO 50 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 60 | DIAZEPAM AMP 10MG/ 2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 61 | DICLOFENACO AMPULA 75 MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 62 | DICLOFENACO GEL TUBO 60 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 63 | DIFENHIDRAMINA AMPULA 10 MG / 1 ML | PZA | 1200 |  |  |  |
| 64 | DIFENIDOL AMPULA 40 MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 65 | DIGOXINA AMPULA 0.5MG/2 ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 66 | DOBUTAMINA AMPULA 250MG/20 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 67 | DOPAMINA AMPULA 200 MG/5ML | PZA | 500 |  |  |  |
| 68 | EFEDRINA AMPULA 25 MG/ML | PZA | 1000 |  |  |  |
| 69 | ENOXAPARINA AMPULA 40MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 70 | EPINEFRINA RACEMICA 1 MG / 1 ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 71 | ERGOMETRINA AMPULA 0.2 MG/1ML | PZA | 600 |  |  |  |
| 72 | ESMOLOL 2.5 MG/10 ML | PZA | 300 |  |  |  |
| 73 | FENITOINA AMPULA 250MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 74 | FENOZAPIRIDINA 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 75 | FENTANILO AMPULA 0.5MG/10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 76 | FITOMENADIONA 1 MG AMPULA | PZA | 1200 |  |  |  |
| 77 | FITOMENADIONA 10 MG AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 78 | FITOMENADIONA 2 MG/0.2 ML AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 79 | FLUCONAZOL FRASCO 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 80 | FLUMACENIL AMPULA 0.5MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 81 | FUROSEMIDE AMPULA 20MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 82 | GELATINA 4% (POLIMERIZADO) 500 ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 83 | GENTAMICINA AMPULA 80MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 84 | GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPULA 10ML | PZA | 3000 |  |  |  |
| 85 | HALOPERIDOL AMPULA 5MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 86 | HEPARINA FCO AMPULA 5000 UL/ML 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 87 | HEPARINA FCO AMPULA 1000 UL/ML 10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 88 | HIDRALAZINA AMPULA 20MG/ML | PZA | 650 |  |  |  |
| 89 | HIDROCORTISONA AMPULA 100MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 90 | HIDROCORTISONA AMPULA 500 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 91 | HIDROXIETIL ALMIDON SOLUCION INY. AL 6% 500 M | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 92 | IBUPROFENO, TABLETAS 400 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 93 | IMIPENEM AMPULA 500 MG/500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 94 | INSULINA DE ACCION INTERMED FCO AMP 100 UL/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 95 | INSULINA GLARGINA, AMPULA 100 UI/ML 10 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 96 | ISOSORBIDA TABLETAS 10MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 97 | ISOSORBIDA TABLETAS 5MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 98 | KETOROLACO AMPULA 30 MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 99 | LACTULOSA FRASCO 10G/15ML 250ML | PZA | 150 |  |  |  |
| 100 | LEVETIRACETAM 500 MG / 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 101 | LEVOFLOXACINO FCO AMP 500 MG/100ML I.V | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 102 | LIDOCAINA AL 2% C/EPINEFRINA 20 MG/O.OO5 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 103 | LIDOCAINA 2% SIMPLE 20 MG/ML FCO 50 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 104 | LORATADINA TABLETAS 10 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 105 | LOSARTAN TABLETA 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 106 | MAGALDRATO/DIMETICONA SOBRE 10 ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 107 | MELOXICAM AMPULA 15MG | PZA | 700 |  |  |  |
| 108 | MEROPENEM 1G/20ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 109 | MEROPENEM 500MG/10ML FCO | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 110 | METAMIZOL AMPULA 1GR/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 111 | METAMIZOL SODICO SUPOSITORIO 300 MG. | PZA | 100 |  |  |  |
| 112 | METAMIZOL SODICO TABLETA 500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 113 | METILPREDNISOLONA FCO AMPULA 500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 114 | METILPREDNISOLONA AMPULA 40MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 115 | METOCLOPRAMIDA AMPULA 10MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 116 | METOPROLOL TABLETA 100 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 117 | METRONIDAZOL SOL. INY. 500MG./100ML 0.5% | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 118 | MIDAZOLAM AMPULA 15MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 119 | MIDAZOLAM AMPULA 50 MG/10 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 120 | MISOPROSTOL 200 MCG TABS | PZA | 500 |  |  |  |
| 121 | MORFINA AMPULA 10 MG | PZA | 50 |  |  |  |
| 122 | MORFINA AMPULA 2.5 MG/2.5ML | PZA | 1000 |  |  |  |
| 123 | NAFAZOLINA FCO 15 ML | PZA | 30 |  |  |  |
| 124 | NALBUFINA AMPULA 10 MG/1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 125 | NALOXONA AMPULA 0.4 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 126 | NAPROXENO TABLETAS, 500 MG | PZA | 500 |  |  |  |
| 127 | NEOSTIGMINA AMPULA 0.5 MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 128 | NIFEDIPINO TABLETA 30 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 129 | NITRATO DE GLICERILO PARCHE 10MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 130 | NITRATO DE GLICERILO PARCHE 5MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 131 | NITROFURAZONA POMADA 85 G TUBO | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 132 | NITROGLICERINA 50MG/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 133 | NITROPRUSIATO DE SODIO AMPULA 2ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 134 | NOREPINEFRINA AMPULA 4MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 135 | NORFENEFRINA FCO 24 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 136 | OCTEOTRIDE AMPULA 1 MG / 5 ML | PZA | 40 |  |  |  |
| 137 | OLANZAPINA AMPULA 10 MG / 2 ML | PZA | 50 |  |  |  |
| 138 | OMEPRAZOL FCO AMPULA 40 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 139 | ONDANSETRON AMPULA 8 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 140 | ORCIPRENALINA AMPULA 0.5 MG/ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 141 | OXIDO DE ZINC PASTA EN TUBO 30 GRS | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 142 | OXIMETAZOLINA GTS ADULTO FCO 100ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 143 | OXIMETAZOLINA GTS INFANT FCO 100ML | PZA | 100 |  |  |  |
| 144 | OXITOCINA AMPULA 5 UI /ML 1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 145 | PARACETAMOL FCO AMPULA 1GR 10MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 146 | PARACETAMOL FCO GOTERO 100 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 147 | PARACETAMOL SUPOSITORIO 300 MG | PZA | 400 |  |  |  |
| 148 | PARACETAMOL TABLETA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 149 | PARACETAMOL 650 MG /CAFEÍNA 60 MG/PIRILAMIMA 15 MG | PZA | 200 |  |  |  |
| 150 | PROPOFOL 1% AMPULA 20ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 151 | REMIFENTANILO AMP SOL INYECTABLE 2MG | PZA | 200 |  |  |  |
| 152 | ROPIVACAINA AMPULA 7.5MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 153 | SALBUTAMOL AMPULA 1 ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 154 | SALBUTAMOL FCO AMP 5 MG/10ML (NEBULIZACION) | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 155 | SALBUTAMOL SPRAY 100 MCG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 156 | SERTRALINA CAPSULA 50MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 157 | SEVOFLURANO FRASCO 250ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 158 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 159 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% B0L-3000ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 160 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 100 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 161 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 162 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 163 | SOLUCION GLUCOSA AL 10% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 164 | SOLUCION GLUCOSA AL 5 % 100 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 165 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 166 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 167 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 1000ML. | PZA | 3000 |  |  |  |
| 168 | SOLUCION HARTMAN 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 169 | SOLUCION HARTMAN 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 170 | SOLUCION HARTMAN 250 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 171 | SOLUCION MANITOL 20% FCO 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 172 | SOLUCION MIXTA 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 173 | SUGAMMADEX SOL INY 100 MG/ML | PZA | 1000 |  |  |  |
| 174 | SULFADIAZINE CREMA 28GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 175 | SULFATO DE MAGNESIO 10% AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 176 | SUPOSITORIOS DE GLICERINA 1380 MG | PZA | 200 |  |  |  |
| 177 | SURFACTANTE PULMONAR VIA ENDOTRAQUEAL 240MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 178 | TENECTEPLASA AMPULA 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 179 | TERLIPRESINA AMPULA 1 MG/ 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 180 | TOPICAINA FCO. 30 G | PZA | 10 |  |  |  |
| 181 | TRINITRATO DE GLICERILO 1MG/1ML | PZA | 200 |  |  |  |
| 182 | UNDECILENMIDOPROPIL BETAINA 0.1%POLIHEXANIDA | PZA | 300 |  |  |  |
| 183 | VANCOMICINA 500MG AMP | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |
| 184 | VASOPRESINA AMP SOL INYECTABLE 20UI | PZA | 1000 |  |  |  |
| 185 | VERAPAMILO AMPULA 5MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

**DEBERÁ ANEXAR EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO DE ACUERDO A LO SEÑALADO EN EL ANEXO 5.**

**EN CASO DE NO COTIZAR ALGÚN PRODUCTO MANIFESTAR LA LEYENDA DE NO COTIZO.**

**NO BORRAR NINGÚN RENGLÓN O NO SERA TOMADA EN CUENTA SU PROPUESTA.**

**ANEXO 7**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

Me refiero a la Segunda Licitación Pública Local con concurrencia del comité de numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Los participantes deberán presentar propuesta con los precios unitarios por unidad de medida (precio unitario por pieza, no por caja), de cada una de las partidas y manifestar que los precios unitarios de su proposición en caso de ser adjudicados serán vigentes hasta la conclusión del contrato.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RENGLON | DESCRIPCION DEL BIEN | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD MAXIMA | MARCA Y LABORATORIO PROPUESTO | NUMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA | PRORROGA Y VIGENCIA | PRECIO POR PIEZA | PRECIOTOTAL ANTES DE IVA |
| 1 | ACIDO TRANEXAMICO AMPULA 1GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 2 | ACICLOVIR AMP DE 250MG SOL INYECTABLE | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 3 | ACIDO ACETILSALICILICO TAB 100MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 4 | ADENOSINA 6 MG /2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 5 | ADRENALINA AMPULA 1MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 6 | AGUA INYECTABLE AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 7 | AGUA INYECTABLE AMPULA 5ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 8 | AGUA PARA IRRIGACION FCO 1 LT | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 9 | AGUA PARA IRRIGACION FCO 500 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 10 | ALUMINIO Y MAGNESIO SUSPENSION C/240ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 11 | AMFOTERICINA / SOLUCION INYECTABLE 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 12 | AMIKACINA AMPULA 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 13 | AMIKACINA AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 14 | AMPICILINA FCO AMPULA 250 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 15 | AMPICILINA FCO AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 16 | ATORVASTATINA TAB 40 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 17 | ATROPINA AMPULA 1 MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 18 | BENZOCAINA, TABLETAS 10 MG | PZA | 300 |  |  |  |  |  |
| 19 | BEPHANTEN POMADA TUBO 30 GR | PZA | 10 |  |  |  |  |  |
| 20 | BETAMETASONA AMPULA 8 MG/2 ML | PZA | 800 |  |  |  |  |  |
| 21 | BICARBONATO DE SODIO AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 22 | BICARBONATO DE SODIO FCO. AMP. AL 7.5/50 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 23 | BROMURO DE IPATROPIO,SALBUTAMOL 0.5 MG/2.5 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 24 | BROMURO DE PANCURONIO AMPULA 4GR/2ML | PZA | 500 |  |  |  |  |  |
| 25 | BROMURO DE ROCURONIO AMPULA 50MG/5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 26 | BROMURO DE VECURONIO AMPULA 4 MG/1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 27 | BUDESONIDA AMPULA 0.250MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 28 | BUPIVACAINA GLUCOSADA AMPULA 15 MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 29 | BUPIVACAINA SIMPLE AMPULA 50 MG/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 30 | BUPRENORFINA AMPULA 0.3 MG. /1ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 31 | BUTILHIOCINA AMPULA COMPUESTA 20 MG / 2.5 G | PZA | 500 |  |  |  |  |  |
| 32 | BUTILHIOCINA AMPULA 20 MG/1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 33 | BUTILHIOSCINA, TABLETAS 10 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 34 | CAPTOPRIL TABLETAS 25 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 35 | CARBETOCINA AMPULA 100MG / 1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 36 | CEFALOTINA FRASCO AMPULA 1GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 37 | CEFAPIMA AMPULA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 38 | CEFOTAXIMA FRASCO AMPULA I.V. 1G | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 39 | CEFTAZIDIMA FRASCO AMPULA 1 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 40 | CEFTRIAXONA FRASCO AMPULA I.V 1 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 41 | CIPROFLOXACINA 200 MG./100 ML. AMP. | PZA | 2000 |  |  |  |  |  |
| 42 | CITRATO DE CAFEINA 20MG/3ML AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 43 | CLARITROMICINA AMPULA 500MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 44 | CLINDAMICINA AMPULA 300 MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 45 | CLONIXINATO DE LISINA AMPULA 100 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 46 | CLOPIDROGEL TAB 75 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 47 | CLORANFENICOL UNGÜENTO 5 G | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 48 | CLORANFENICOL GTS 5MG/IML FCO 15ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 49 | CLORHIDRATO DE AMIODARONA AMP 150MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 50 | CLORHIDRATO DE TRAMADOL 100 MG/2 ML AMP | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 51 | CLOROPIRAMIDA AMPULA 20MG/2ML | PZA | 5000 |  |  |  |  |  |
| 52 | CLORURO DE POTASIO AMPULA 1.49 G/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 53 | CLORURO DE SODIO FRASCO AMP 17.7%/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 54 | CLORURO DE SUXAMETONIO AMPULA 40 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 55 | DEXAMETASONA AMPULA 8 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 56 | DEXKETOPROFENO TROMETAMOL AMP. 50MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 57 | DEXMEDETOMIDINA AMPULA 200 MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 58 | DEXPANTENOL AL 5% POMADA 30 GR TUBO | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 59 | DEXTROSA AL 50% FRASCO 50 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 60 | DIAZEPAM AMP 10MG/ 2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 61 | DICLOFENACO AMPULA 75 MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 62 | DICLOFENACO GEL TUBO 60 GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 63 | DIFENHIDRAMINA AMPULA 10 MG / 1 ML | PZA | 1200 |  |  |  |  |  |
| 64 | DIFENIDOL AMPULA 40 MG/2 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 65 | DIGOXINA AMPULA 0.5MG/2 ML | PZA | 100 |  |  |  |  |  |
| 66 | DOBUTAMINA AMPULA 250MG/20 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 67 | DOPAMINA AMPULA 200 MG/5ML | PZA | 500 |  |  |  |  |  |
| 68 | EFEDRINA AMPULA 25 MG/ML | PZA | 1000 |  |  |  |  |  |
| 69 | ENOXAPARINA AMPULA 40MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 70 | EPINEFRINA RACEMICA 1 MG / 1 ML | PZA | 100 |  |  |  |  |  |
| 71 | ERGOMETRINA AMPULA 0.2 MG/1ML | PZA | 600 |  |  |  |  |  |
| 72 | ESMOLOL 2.5 MG/10 ML | PZA | 300 |  |  |  |  |  |
| 73 | FENITOINA AMPULA 250MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 74 | FENOZAPIRIDINA 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 75 | FENTANILO AMPULA 0.5MG/10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 76 | FITOMENADIONA 1 MG AMPULA | PZA | 1200 |  |  |  |  |  |
| 77 | FITOMENADIONA 10 MG AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 78 | FITOMENADIONA 2 MG/0.2 ML AMPULA | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 79 | FLUCONAZOL FRASCO 100 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 80 | FLUMACENIL AMPULA 0.5MG/5ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 81 | FUROSEMIDE AMPULA 20MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 82 | GELATINA 4% (POLIMERIZADO) 500 ML | PZA | 100 |  |  |  |  |  |
| 83 | GENTAMICINA AMPULA 80MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 84 | GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPULA 10ML | PZA | 3000 |  |  |  |  |  |
| 85 | HALOPERIDOL AMPULA 5MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 86 | HEPARINA FCO AMPULA 5000 UL/ML 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 87 | HEPARINA FCO AMPULA 1000 UL/ML 10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 88 | HIDRALAZINA AMPULA 20MG/ML | PZA | 650 |  |  |  |  |  |
| 89 | HIDROCORTISONA AMPULA 100MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 90 | HIDROCORTISONA AMPULA 500 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 91 | HIDROXIETIL ALMIDON SOLUCION INY. AL 6% 500 M | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 92 | IBUPROFENO, TABLETAS 400 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 93 | IMIPENEM AMPULA 500 MG/500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 94 | INSULINA DE ACCION INTERMED FCO AMP 100 UL/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 95 | INSULINA GLARGINA, AMPULA 100 UI/ML 10 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 96 | ISOSORBIDA TABLETAS 10MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 97 | ISOSORBIDA TABLETAS 5MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 98 | KETOROLACO AMPULA 30 MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 99 | LACTULOSA FRASCO 10G/15ML 250ML | PZA | 150 |  |  |  |  |  |
| 100 | LEVETIRACETAM 500 MG / 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 101 | LEVOFLOXACINO FCO AMP 500 MG/100ML I.V | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 102 | LIDOCAINA AL 2% C/EPINEFRINA 20 MG/O.OO5 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 103 | LIDOCAINA 2% SIMPLE 20 MG/ML FCO 50 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 104 | LORATADINA TABLETAS 10 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 105 | LOSARTAN TABLETA 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 106 | MAGALDRATO/DIMETICONA SOBRE 10 ML | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 107 | MELOXICAM AMPULA 15MG | PZA | 700 |  |  |  |  |  |
| 108 | MEROPENEM 1G/20ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 109 | MEROPENEM 500MG/10ML FCO | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 110 | METAMIZOL AMPULA 1GR/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 111 | METAMIZOL SODICO SUPOSITORIO 300 MG. | PZA | 100 |  |  |  |  |  |
| 112 | METAMIZOL SODICO TABLETA 500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 113 | METILPREDNISOLONA FCO AMPULA 500MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 114 | METILPREDNISOLONA AMPULA 40MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 115 | METOCLOPRAMIDA AMPULA 10MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 116 | METOPROLOL TABLETA 100 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 117 | METRONIDAZOL SOL. INY. 500MG./100ML 0.5% | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 118 | MIDAZOLAM AMPULA 15MG/3ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 119 | MIDAZOLAM AMPULA 50 MG/10 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 120 | MISOPROSTOL 200 MCG TABS | PZA | 500 |  |  |  |  |  |
| 121 | MORFINA AMPULA 10 MG | PZA | 50 |  |  |  |  |  |
| 122 | MORFINA AMPULA 2.5 MG/2.5ML | PZA | 1000 |  |  |  |  |  |
| 123 | NAFAZOLINA FCO 15 ML | PZA | 30 |  |  |  |  |  |
| 124 | NALBUFINA AMPULA 10 MG/1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 125 | NALOXONA AMPULA 0.4 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 126 | NAPROXENO TABLETAS, 500 MG | PZA | 500 |  |  |  |  |  |
| 127 | NEOSTIGMINA AMPULA 0.5 MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 128 | NIFEDIPINO TABLETA 30 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 129 | NITRATO DE GLICERILO PARCHE 10MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 130 | NITRATO DE GLICERILO PARCHE 5MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 131 | NITROFURAZONA POMADA 85 G TUBO | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 132 | NITROGLICERINA 50MG/10ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 133 | NITROPRUSIATO DE SODIO AMPULA 2ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 134 | NOREPINEFRINA AMPULA 4MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 135 | NORFENEFRINA FCO 24 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 136 | OCTEOTRIDE AMPULA 1 MG / 5 ML | PZA | 40 |  |  |  |  |  |
| 137 | OLANZAPINA AMPULA 10 MG / 2 ML | PZA | 50 |  |  |  |  |  |
| 138 | OMEPRAZOL FCO AMPULA 40 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 139 | ONDANSETRON AMPULA 8 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 140 | ORCIPRENALINA AMPULA 0.5 MG/ML | PZA | 100 |  |  |  |  |  |
| 141 | OXIDO DE ZINC PASTA EN TUBO 30 GRS | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 142 | OXIMETAZOLINA GTS ADULTO FCO 100ML | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 143 | OXIMETAZOLINA GTS INFANT FCO 100ML | PZA | 100 |  |  |  |  |  |
| 144 | OXITOCINA AMPULA 5 UI /ML 1 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 145 | PARACETAMOL FCO AMPULA 1GR 10MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 146 | PARACETAMOL FCO GOTERO 100 MG. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 147 | PARACETAMOL SUPOSITORIO 300 MG | PZA | 400 |  |  |  |  |  |
| 148 | PARACETAMOL TABLETA 500 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 149 | PARACETAMOL 650 MG /CAFEÍNA 60 MG/PIRILAMIMA 15 MG | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 150 | PROPOFOL 1% AMPULA 20ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 151 | REMIFENTANILO AMP SOL INYECTABLE 2MG | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 152 | ROPIVACAINA AMPULA 7.5MG/ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 153 | SALBUTAMOL AMPULA 1 ML | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 154 | SALBUTAMOL FCO AMP 5 MG/10ML (NEBULIZACION) | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 155 | SALBUTAMOL SPRAY 100 MCG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 156 | SERTRALINA CAPSULA 50MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 157 | SEVOFLURANO FRASCO 250ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 158 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 159 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% B0L-3000ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 160 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 100 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 161 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 162 | SOLUCION CLORURO DE SODIO 9% 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 163 | SOLUCION GLUCOSA AL 10% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 164 | SOLUCION GLUCOSA AL 5 % 100 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 165 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 166 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 167 | SOLUCION GLUCOSA AL 5% 1000ML. | PZA | 3000 |  |  |  |  |  |
| 168 | SOLUCION HARTMAN 500ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 169 | SOLUCION HARTMAN 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 170 | SOLUCION HARTMAN 250 ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 171 | SOLUCION MANITOL 20% FCO 250ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 172 | SOLUCION MIXTA 1000ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 173 | SUGAMMADEX SOL INY 100 MG/ML | PZA | 1000 |  |  |  |  |  |
| 174 | SULFADIAZINE CREMA 28GR | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 175 | SULFATO DE MAGNESIO 10% AMPULA 10ML. | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 176 | SUPOSITORIOS DE GLICERINA 1380 MG | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 177 | SURFACTANTE PULMONAR VIA ENDOTRAQUEAL 240MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 178 | TENECTEPLASA AMPULA 50 MG | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 179 | TERLIPRESINA AMPULA 1 MG/ 5 ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 180 | TOPICAINA FCO. 30 G | PZA | 10 |  |  |  |  |  |
| 181 | TRINITRATO DE GLICERILO 1MG/1ML | PZA | 200 |  |  |  |  |  |
| 182 | UNDECILENMIDOPROPIL BETAINA 0.1%POLIHEXANIDA | PZA | 300 |  |  |  |  |  |
| 183 | VANCOMICINA 500MG AMP | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |
| 184 | VASOPRESINA AMP SOL INYECTABLE 20UI | PZA | 1000 |  |  |  |  |  |
| 185 | VERAPAMILO AMPULA 5MG/2ML | PZA | NO COTIZAR |  |  |  |  |  |

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

Deberá ser elaborado en computadora debidamente firmado y anexarlo dentro de su sobre correspondiente, además entregar una USB que contenga este formato en Excel.

**El licitante deberá ofertar sus precios por partida de acuerdo a las características y condiciones solicitadas en las bases.**

**El Licitante incluirá una sola opción de cada bien y/o servicio ofertado.**

**NOTA IMPORTANTE: INCLUIR EN SU SOBRE CORRESPONDIENTE UNA USB QUE CONTENGA ESTE FORMATO EN EXCEL.**

**EN CASO DE NO COTIZAR ALGÚN PRODUCTO MANIFESTAR LA LEYENDA DE NO COTIZO.**

**NO BORRAR NINGÚN RENGLÓN O NO SERA TOMADA EN CUENTA SU PROPUESTA.**

**EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION, LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO 8**

**GARANTÍA:**

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

ME REFIERO A MI PARTICIPACIÓN EN LA **SEGUNDA LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACIÓN:**

**LPCC-006/2025 PARA LA ADQUISICION DE MEDICAMENTOS.**

**C. (Nombre completo del representante legal del Licitante)**, representante legal del (**nombre completo del Licitante)**, me comprometo en caso de adjudicación en la segunda licitación pública con concurrencia del Comité de Adquisiciones con número **LPCC-006/2025**, a favor y a disposición del Organismo Público descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, con RFC: SSM010830U83 y domicilio en la calle Ramón Corona 500 Col. Centro, Zapopan, Jalisco. C.P. 45100, para garantizar por parte de “nombre y dirección completos del Licitante” el estado de los bienes y/o servicios, así como la reparación de los defectos y vicios ocultos que pudieren aparecer y que me sean imputables así como el fiel y exacto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones y especificaciones contraídas mediante contrato derivado de la Segunda Licitación Pública Con Concurrencia del Comité de Adquisiciones número **LPCC-006/2025 DE ESTE ORGANISMO PARA LA ADQUISICION DE MEDICAMENTOS,** por lo que, en caso de incumplimiento a cualquiera de las obligaciones contraídas, se hará exigible.

La garantía estará vigente durante el plazo que contemple el contrato, y se mantendrá así en caso de substanciación de juicios o recursos hasta su total resolución. La garantía sólo podrá ser cancelada mediante la presentación de un escrito para dicho fin por parte del beneficiario de la garantía.

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

**ANEXO 9**

**CARTA DE APORTACIÓN CINCO AL MILLAR**

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

ME REFIERO A MI PARTICIPACIÓN EN LA **SEGUNDA LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACIÓN:**

**LPCC-006/2025 PARA LA ADQUISICION DE MEDICAMENTOS:**

C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en mi calidad de representante legal de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo protesta de decir verdad manifiesto que de acuerdo al artículo 59 fracción XVI de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del estado de Jalisco y sus Municipios;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(indicar) (SÍ AUTORIZO) O (NO AUTORIZO), el no indicarlo será motivo de descalificación,** que me sea retenida mi aportación del cinco al millar del monto total del contrato, antes de IVA, para que sea aportado al Fondo Impulso Jalisco.

Manifiesto que esta retención no tendrá repercusión en la integración de mi propuesta económica.

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

**ANEXO 10**

**FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO**

Fecha de emisión \_\_\_ de \_\_\_\_ 2025

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

ME REFIERO A MI PARTICIPACIÓN EN LA **SEGUNDA LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACIÓN: LPCC-006/2025 PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS.**

Sobre el particular, quien suscribe **C. Nombre completo del representante legal del Fabricante**, bajo protesta de decir verdad, en nombre de mi representado **nombre completo del Fabricante**, que respalda la propuesta de la empresa **nombre completo del Licitante**, como distribuidor para la presente licitación.

**NOTA: El Licitante deberá presentar carta de apoyo como distribuidor por parte del fabricante y/o su filial en México y/o importador primario de las marcas ofertadas en copia simple por cada área ofertada.**

Sin más por el momento quedo a sus órdenes.

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

**ANEXO 11**

**FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE**

Fecha de emisión \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025

**COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. “SSMZ”**

**PRESENTE**

ME REFIERO A MI PARTICIPACIÓN EN LA **SEGUNDA LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACIÓN: LPCC-006/2025 PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS.**

Sobre el particular, quien suscribe C. Nombre completo del representante legal del Licitante, bajo protesta de decir verdad, en nombre de mi representada nombre completo del Licitante, en caso de ser diferente al del representante legal, MANIFIESTO que mi representada se obliga a responder por los daños y/o perjuicios que pudiera causar al organismo y/o a terceros si con motivo de la entrega de los bienes adquiridos se violan derechos de autor, de patentes y/o marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel nacional o internacional.

Por lo anterior, manifiesto en este acto, que no se encuentra en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal de Derechos de Autor, ni a la Ley de la Propiedad Industrial.

En el entendido de que en caso de que sobreviniera alguna reclamación en contra del Organismo por cualquiera de las causas antes mencionadas, mi representada se compromete a llevar a cabo las acciones necesarias para garantizar la liberación del Organismo de cualquier controversia o responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione.

Sin más por el momento quedo a sus órdenes.

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

**ANEXO 12**

**FORMATO PARA CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR**

Fecha de emisión \_\_\_ de \_\_\_\_ 2025

**ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO ‎‎**

**“SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN”**

**PRESENTE**

ME REFIERO A MI PARTICIPACIÓN EN LA **SEGUNDA** **LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACIÓN: LPCC 006/2025 PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS**

Sobre el particular, quien suscribe **C. Nombre completo del representante legal del Licitante**, bajo protesta de decir verdad, en nombre propio y de mí representado nombre completo **del Licitante**, en caso de ser diferente al del representante legal, MANIFIESTO Y ME COMPROMETO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE:

El licitante se obliga a canjear los bienes bajo las siguientes consideraciones:

Que oferto una CADUCIDAD no menor a 12 meses a la fecha de la entrega del bien, para aquellos insumos con caducidad menor a 12 meses me obligo a entregar carta compromiso de canje.

El licitante deberá solicitar la autorización expresa del Coordinador del Almacén del OPD, en la que se obliga a entregar carta compromiso de canje en caso de que los insumos no sean consumidos en su vida útil.

Nombre y firma

**Representante legal de la Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lugar y fecha)

Los licitantes en su propuesta deberán proporcionar los datos del contacto designado para atender cualquier asunto correspondiente a los insumos contratados, debiendo incluir los siguientes datos:

|  |  |
| --- | --- |
| CONTACTO DESIGNADO PARA ATENDER ASUNTOS | |
| NOMBRE |  |
| CARGO |  |
| DOMICILIO |  |
| TELEFONO DE CONTACTO |  |
| CORREO ELECTRONICO |  |

Cabe señalar, que los contactos designados por el licitante, no tendrán que ser necesariamente los representantes legales; sin embargo, toda notificación que se les haga por parte del Organismo se considerará de carácter oficial.

El licitante que resulte adjudicado, se obliga a comunicar cualquier cambio en los datos de los contactos designados, mediante escrito en hoja membretada y firmada por el representante legal dirigido al Organismo al día hábil siguiente de realizado dicho cambio.

**FORMATO A (Sobre 1)**

**CARATULA PARA SOBRE DE PROPUESTA TÉCNICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |
| **No de segunda licitación** |  |
| **Objeto de la licitación** |  |
| **Nombre del Proveedor** |  |
| **Nombre y Firma del**  **Representante Legal o**  **persona física:** |  |

|  |
| --- |
| Espacio para colocar etiqueta por la  Jefatura de Adquisiciones |

**FORMATO B (Sobre 2)**

**CARATULA PARA SOBRE DE PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |
| **No de segunda licitación** |  |
| **Objeto de la licitación** |  |
| **Nombre del Proveedor** |  |
| **Nombre y Firma del**  **Representante Legal o**  **persona física:** |  |

|  |
| --- |
| Espacio para colocar etiqueta por la  Jefatura de Adquisiciones |