



SOLICITUD DE COTIZACION PARA URGENCIA VITAL No. 44

PARA: PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS, EMPRESAS, ASOCIACIONES, CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES.

DE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
SERVICIO FARMACEUTICO
CALLE 22 No. 7 -93 Parque Bolívar.
Conmutador 7333400 Ext. 147 - 145

FECHA: 11 de noviembre del 2021

ASUNTO: Contratar la compraventa de TREPROSTINIL 2,5 MG / 1 ML SOLUCION INYECTABLE VIAL (REMODULIN), para la atención de una urgencia vital, necesarios en la prestación de servicios de salud de los pacientes del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

En Concordancia con lo establecido en el artículo No. 21.4, literal j) del Estatuto de Contratación, adoptado mediante Acuerdo No. 00014 del 26 de septiembre del 2019 y sus modificaciones y la Resolución No. 2945 del 7 de noviembre del 2019 por la cual se adopta el Manual de Contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y sus modificaciones, se hace necesario realizar la presente solicitud de cotización teniendo en cuenta que Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. Requiere: "CONTRATAR LA COMPRAVENTA DE TREPROSTINIL 2,5 MG / 1 ML SOLUCION INYECTABLE VIAL (REMODULIN), PARA LA ATENCIÓN DE UNA URGENCIA VITAL., por lo cual se solicita cotización formal, que debe enviarse por correo electrónico a las siguientes direcciones: estudiosmercadohosdenar@gmail.com, comprasfhudn@gmail.com, Lburbanoo@hosdenar.gov.co, a más tardar el día 11 de Noviembre del 2021, hora límite 5:00 pm .

1. ALCANCE DEL OBJETO DE LA SOLICITUD.

DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS				
ÍTEM	CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	51122100	KIT DE INICIO 2.5 consiste en 1 vial de REMODULIN 50 mg/20 ml (2.5 mg /ml) + 1 Bomba de Infusión CADD MS-3 Modelo 7400 + 2 set de infusión Cleo 90 Cánula de 6 mm	2	SOLUCION INYECTABLE

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolivar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



		y 60 cm de largo + 10 cartuchos para medición capacidad 3 ml para uso de bomba CADD MS.		
--	--	---	--	--

2.

OTRAS CONDICIONES
<p><i>Indicar otras condiciones a ofertar, tales como:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Forma de pago</i> • <i>Validez de la oferta</i> • <i>Condiciones de entrega</i> • <i>Tiempo de entrega</i> • <i>Especificar valores de la cotización incluido IVA (SI APLICA)</i>

3. Adjuntar los siguientes documentos:

- Fotocopia de cédula de ciudadanía o extranjería del Representante Legal
- Cámara de comercio
- Fichas técnicas
- Registro Sanitario
- Autorización para la distribución de medicamentos por parte del ente territorial o competente.

NOTA: La presente solicitud de cotización se realiza considerando la existencia de solicitud por urgencia vital en la atención de paciente hospitalizado.

Atentamente,

**UNIDAD DE CONTRATACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**

Juntos por la Excelencia