



¡Trabajamos por mi Nariño,  
tu salud,  
nuestro compromiso!

**SOLICITUD DE COTIZACION PARA URGENCIA VITAL NO. 62**

**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:** 02 de diciembre de 2021

**ASUNTO:** ESTUDIO DE MERCADO PARA ADELANTAR EL PROCESO CUYO OBJETO ES CONTRATAR LA COMPRAVENTA DE BENRALIZUMAB 30 MG/1ML SOLUCION INYECTABLE (FASENRA), PARA LA ATENCIÓN DE UNA URGENCIA VITAL.

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 BENRALIZUMAB 30 MG/1ML SOLUCION INYECTABLE (FASENRA), 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](mailto:estudiosmercadohosdenar@gmail.com), [comprasfhudn@gmail.com](mailto:comprasfhudn@gmail.com), [Lburbanoo@hosdenar.gov.co](mailto:Lburbanoo@hosdenar.gov.co), a más tardar el día 02 de Diciembre del 2021.

**1. ALCANCE DEL OBJETO DE LA SOLICITUD.**

DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS				
ÍTEM	CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	51161500	BENRALIZUMAB 30 MG/1ML SOLUCION INYECTABLE (FASENRA)	1	JERINGA PRELLENADA



**2.**

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

**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.

**4. Se recomienda tener en cuenta que actualmente el control directo de precios definido por la comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, es únicamente lo establecido en la Circular 012 de 04 de agosto de 2021.**

A continuación se relaciona el precio máximo al cual el Hospital como IPS (y para los contratistas) puede comprar este medicamento, Sopena de las sanciones que se pudieran derivar de parte de la Superintendencia Nacional de Industria y Comercio según lo establece en el Artículo 11 de la Circular 012.

<b>Nombre</b>	<b>Norma que aplica</b>	<b>ATC</b>	<b>Precio compra</b>
BENRALIZUMAB. LIQUIDO/SOLIDO INYECTABLE	Circular 012 de 2021 artículo 3, ITEM 40, IDMR 855	R03DX10	\$261.317,96*30mg \$7.839.538,8

**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.