



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

SOLICITUD DE COTIZACIÓN PARA ESTUDIO DE MERCADO No. 65

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

DE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
OFICINA JURÍDICA – UNIDAD DE CONTRATACIÓN
CALLE 22 NO. 7 - 93 PARQUE BOLÍVAR.
CONMUTADOR 7333400 EXT. 202

FECHA: 17 DE MAYO DEL 2022

ASUNTO: ESTUDIO DE MERCADO PARA ADELANTAR EL PROCESO CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA COMPRAVENTA DE UN AUTOCLAVE PARA EL BANCO DE LECHE HUMANA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

En concordancia con lo establecido en el Estatuto de Contratación, adoptado mediante Acuerdo No. 00014 del 26 de septiembre de 2019 y sus modificaciones y la Resolución No. 2945 del 07 de noviembre de 2019, por la cual se adopta el Manual de Contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y sus modificaciones, y en especial con lo establecido en el artículo No. 20, del Estatuto de Contratación, que reza sobre **EL DEBER DE ANALISIS**, - “*El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E deberá adelantar durante la etapa de planeación, el análisis legal, comercial y financiero necesario para conocer el sector económico que ofrezca el bien, servicio u obra a contratar...*” de esta manera se hace necesario realizar un estudio de mercado con el propósito de generar buenas prácticas que propendan por la promoción de la competencia en materia de contratación pública y teniendo en cuenta que el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. requiere: **CONTRATAR LA COMPRAVENTA DE UN AUTOCLAVE PARA EL BANCO DE LECHE HUMANA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**

Por lo cual se solicita cotización formal para estudio de mercado, la cual debe enviarse por correo electrónico a las siguientes direcciones: estudiosmercadohosdenar@gmail.com, contrataciónhudn@hosdenar.gov.co y enoguera@hosdenar.gov.co hasta el día 20 de mayo del 2022, hora las 02:00 p.m.

Se solicita relacionar en el asunto del correo en número de la presente solicitud, es decir, **SOLICITUD DE COTIZACIÓN No. 65**, de la misma manera se solicita remitir la cotización oficial en el papel membretado de la empresa cotizante y en el documento adjunto en formato Excel editable.



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

1. ALCANCE DEL OBJETO DE LA SOLICITUD.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT	UNIDAD DE MEDIDA
1	<p>AUTOCLAVE DE 34 LITROS CON IMPRESORA:</p> <p>Autoclave totalmente automática con 4 programas para diferentes aplicaciones y usos, <u>APTO PARA LA ESTERILIZACIÓN DE CULTIVOS EN BANCOS DE LECHE HUMANA</u>, usando como agente esterilizador el vapor saturado.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad 34 litros • Control con microprocesador de temperatura y presión • Tiempos de esterilización y secado programables • Cuatro programas: instrumental empacado, instrumental libre, telas y envases de vidrio • Tanque de reserva de agua con sensor de nivel válvula de seguridad • Alarma de sobrecalentamiento • Alarma de error durante el ciclo • Ciclo de secado automático • Cámara de acero inoxidable 304 • Bandejas en acero 304 • Tiempo de ciclo total 50-60 minutos aprox. • Medidas (Cms): Ancho: 50. Alto:41 Largo:79 <p>Características de la impresora para registro de ciclo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impresora térmica de papel continuo • Imprime el tipo de programa • La fecha y hora de inicio del ciclo • La temperatura y el tiempo de todo el ciclo de esterilización • Incluye dos gradillas metálicas porta tubos para 40 unidades c/u <p>Accesorios: rollo de papel para impresora, manuales, certificado de origen nacional, fecha de fabricación, registro sanitario INVIMA.</p> <p>Capacitación de manejo e instalación (profesional en ingeniería biomédica)</p> <p>Transporte hasta las instalaciones del HUDN</p>	1	UNIDAD



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

	Garantía de un (01) año <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de mantenimiento preventivo durante el año de garantía. 		
--	--	--	--

NOTA: Por favor cotizar en PESOS COLOMBIANOS LOS VALORES.

2. CONDICIONES DE LA COTIZACIÓN

Las cotizaciones deberán relacionar condiciones de tales como:

CONDICIONES COMERCIALES PLANTEADAS POR EL COTIZANTE

Indicar **CONDICIONES COMERCIALES**, tales como:

- Especificar valores de la cotización incluido IVA (si aplica) y especificar el valor de IVA
- Especificar la forma de pago, en caso de un eventual contrato
- Validez de la cotización
- Mencionar si son fabricantes, importadores, distribuidores exclusivos de los productos ofertados (adjuntar soportes)
- Tiempo de entrega en caso de un eventual contrato
- Condiciones de Entrega

De la misma manera se deber adjuntar los siguientes documentos:

DOCUMENTOS SOLICITADOS

Junto con la cotización el cotizante deberá aportar la siguiente información y/o documentos:

- Certificado de existencia y representación legal (Cámara de Comercio).
- Cuando el cotizante sea "Distribuidor Mayorista de Medicamentos y/o Dispositivos Médicos", se solicita adjuntar el acta de visita de IVC expedida por el ente territorial de salud o quien haga sus veces, cuyo concepto deberá ser "FAVORABLE".
- Certificado de CCAA (si aplica).
- **Ficha técnica de los ítems solicitados para revisar si cumplen con todos los aspectos solicitados, cuando aplique**

Se informa al cotizante que deberá tener en cuenta los gravámenes a los cuales se incurre en la contratación en el sector público de acuerdo con lo establecido en el estatuto tributario del departamento de Nariño que corresponden a:

- Por concepto de estampillas Pro-Desarrollo del Departamento por el 2.0% del valor del contrato antes de IVA.



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

- Estampillas Pro-cultura del Departamento de Nariño por el 2.0% del valor del contrato antes de IVA.
- Estampillas Pro-Desarrollo Universidad de Nariño por el 0.5% del valor del contrato antes de IVA.

Atentamente,

UNIDAD DE CONTRATACIÓN – OFICINA JURIDICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.





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

FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA COTIZACIÓN

ITEM	DESCRIPCIÓN (del ítem cotizado)	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO ANTES DE IVA	VALOR IVA	VALOR UNITARIO INCLUIDO IVA	VALOR TOTAL IVA	VALOR TOTAL INCLUIDO IVA

***Es necesario incluir un formato de requerirse CUANDO APLIQUE O SEA NECESARIO.

NOTA: Por favor anexar todos los membretes correspondientes de la empresa que cotice, igual que los datos de representante legal, NIT y todo lo que consideren pertinente.

