



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

## **SOLICITUD DE COTIZACIÓN PARA ESTUDIO DE MERCADO No. SIP-011-2023**

**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 ENERO DEL 2023

**ASUNTO:** ESTUDIO DE MERCADO PARA ADELANTAR EL PROCESO CUYO OBJETO ES: CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

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 EL SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

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](mailto:estudiosmercadohosdenar@gmail.com), [contratacionhudn@hosdenar.gov.co](mailto:contratacionhudn@hosdenar.gov.co) y [enoguera@hosdenar.gov.co](mailto:enoguera@hosdenar.gov.co) y/o enviar por la plataforma del SECOP II, hasta el **DÍA 24 DE ENERO DEL 2023, HORA LAS 6:00 p.m.**

Se solicita relacionar en el asunto del correo el número de la presente solicitud, es decir, **SOLICITUD DE COTIZACIÓN No. SIP-011-2023**, de la misma manera se solicita remitir la



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

cotización oficial en el papel membretado de la empresa cotizante y en el documento adjunto en formato Excel editable.

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDADES
1	BATA HOSPITALARIA DE AISLAMIENTO CON MANGA CON OJAL EN DEDO PULGAR REF. PT25043NE(CMP)	UNIDAD	1
2	BATA QUIRÚRGICA MANGA LARGA TALLAS DESDE (M A XL) IMPERMEABLE Y/O BLANCAS	UNIDAD	100
3	BATA QUIRÚRGICA DESECHABLE ANTIFLUIDO SMS 35 GR MANGA LARGA TALLAS DESDE (M A XL)	UNIDAD	3500
4	GUANTE ESTERIL NO. 6 -1/2 LIBRES DE TALCO CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	250
5	GUANTE ESTERIL NO. 6 LIBRES DE TALCO CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	50
6	GUANTE ESTERIL NO. 6-1/2 CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	1
7	GUANTE ESTERIL NO. 7 1-1/2 LIBRES DE TALCO CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	1200
8	GUANTE ESTERIL NO. 7 LIBRES DE TALCO CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	500
9	GUANTE ESTERIL NO. 7 CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	1
10	GUANTE ESTERIL NO. 8 LIBRES DE TALCO CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	318
11	GUANTE ESTERIL NO. 8 1/2 LIBRES DE TALCO CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	1
12	GUANTE ESTERIL NO. 8 CAJA * 50 PARES	CAJA*50 PARES	1
13	GUANTES DE LATEX TALLA L CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	2000
14	GUANTES DE LATEX TALLA M CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	15000
15	GUANTES DE LATEX TALLA S CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	1500
16	GUANTES DE NITRILO LARGOS PARA LAVADO DE INSTRUMENTAL PARES	PAR	1
17	GUANTES DE NITRILO TALLA L CAJA * 100 UNIDADES	CAJA * 100 UNDS	150
18	GUANTES DE NITRILO TALLA M CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	1500
19	GUANTES DE NITRILO TALLA S CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	2000
20	GUANTES DE VINILO TALLA L CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	1000
21	GUANTES DE VINILO TALLA M CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	6500
22	GUANTES DE VINILO TALLA S CAJA * 100 UNDS	CAJA*100 UNDS	1000
23	MASCARILLA CON FILTRO N95 / KN95 CON ELÁSTICO	UNIDAD	1
24	MASCARILLA DESECHABLE CON CORDON ELASTICO - CAJA*50 UNIDADES	CAJA * 50 UNDS	12000
25	PAÑO CLINICO PAQUETE POR 2. REF. PT31003ES(CMP)	PAQUETE	1



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

**NOTA: Se solicita enviar la cotización en formato **PDF**, también en formato **EXCEL**, y en **PESOS COLOMBIANOS Y ADJUNTAR LA DOCUMENTACION PERTINENTE Y SOLICITADA****

**LAS COTIZACIONES QUE NO SEAN ENVIADAS EN AMBOS FORMATOS Y EN OTRO TIPO DE LA MONEDA, NO SERÁN TENIDAS EN CUENTA.**

## **2. CONDICIONES DE LA COTIZACIÓN**

Las cotizaciones deberán relacionar condiciones de tales como:

### **2.1. CONDICIONES COMERCIALES PLANTEADAS POR EL COTIZANTE**

Indicar en las cotizaciones las **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.*

### **2.2. DOCUMENTOS QUE APORTAR CON LA COTIZACIÓN**

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

- *Certificado de existencia y representación legal (Cámara de Comercio).*
- *Certificado de Certificado de Condiciones de Almacenamiento y Abastecimiento -CCAA- (si aplica) emitido por el INVIMA.*
- *Cumplir con el requisito de ser “Distribuidor Mayorista de Medicamentos y/o Dispositivos Médicos”, para lo cual deberá 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 Buenas Prácticas de Manufactura y/o de Capacidad de Almacenamiento emitido por el INVIMA o el competente según aplique o según corresponda.*
- *FICHAS TÉCNICAS de los ítems solicitados para revisar si cumplen con todos los aspectos solicitados, cuando aplique.*



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

- **Registro sanitario de cada producto farmacéutico, debe estar en estado “VIGENTE” o en “TRÁMITE DE RENOVACIÓN” el cual se debe relacionar en la cotización en el ANEXO 1 - FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA COTIZACIÓN.**
- **Para el caso de productos farmacéuticos clasificados como “Vitales no Disponibles”, allegar la autorización emitida por el INVIMA o el competente, donde se compruebe que están autorizados para importarlo o comercializarlo.**

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:

ESTAMPILLAS LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS	
CONCEPTO	PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO
Estampillas Pro-Desarrollo del Departamento de Nariño.	2.0% valor del contrato antes de IVA
Estampillas Procultura del Departamento de Nariño.	2.0% valor del contrato antes de IVA
Estampillas Pro-Desarrollo Universidad de Nariño.	0.5% valor del contrato antes de IVA
Tasa Pro-Deporte Y Recreación del Departamento de Nariño.	2.0% valor del contrato antes de IVA
<b>TOTAL</b>	<b>6.5% valor del contrato antes de IVA</b>

**NOTA: Es decir que cualquier contrato que se celebre con el Hospital Departamental de Nariño E.S.E, EL CONTRATISTA debe pagar 6,5% del VALOR TOTAL del contrato antes de IVA a la Gobernación de Nariño para la legalización y ejecución de este.**

Se solicita tener en cuenta que, dado un eventual contrato, los servicios deberán ser prestados en las instalaciones del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. actualmente ubicado en la Calle 22 No. 7 - 93 de la Ciudad de Pasto, Departamento de Nariño. Para lo cual se solicita tener en cuenta esta condición en el momento de la presentación de la cotización.

Atentamente,

**UNIDAD DE CONTRATACIÓN – OFICINA ASESORA JURÍDICA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**





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

**ANEXO 1. FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA COTIZACIÓN**

FORMATO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN SIP-XXX-2023											
Ítem	Código CUM (para medicamentos) o expediente INVIMA (Para Dispositivos médicos y nutriciones médicas) del producto cotizado	Descripción del producto solicitado a cotizar (textual como aparece la solicitud de cotización)	Descripción del producto cotizado (información propia del oferente de acuerdo con el producto que tenga el oferente en su portafolio)	Registro Sanitario	Unidad de medida cotizada - debe ser EXACTAMENTE la que estableció en la solicitud de cotización - (ej.: tableta, cápsula, ampolla, unidad, etc.)	Factor de empaque (presentación comercial)	Valor cotizado por unidad (antes de IVA) (sin decimales)	IVA (sin decimales)	Valor cotizado por unidad (IVA incluido) (sin decimales)	Cantidad cotizada	Totales (sin decimales)
1											

\*\*\*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.

