solicitud de cotización ok
308

Santa Sofía Hospital Departamental Universitario de Caldas	INFORMACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS	Código: CB090-F009 Versión: 03 Páginas:

27 MAYO DE 2025

ÁREA QUE SOLICITA	Servicio Farmaceutico
JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD	La E.S.E Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas requiere de medicamentos para suplir las necesidades de atención ambulatoria, de urgencias, cirugía o quirúrgica, hospitalización y cuidado crítico con el fin de prestar un adecuado servicio y cumplir con el logro de objetivos dirigidos a ofrecer altos estándares de calidad en la atención de los usuarios, con el suministro de tales insumos se busca mejorar el estado de salud de la comunidad por medio del diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y rehabilitación en las enfermedades de mediana y alta complejidad. Como entidad prestadora de servicios, la ESE se encuentra obligada a ejecutar de manera efectiva, aquello que tiene carácter de misional, es por ello que se requiere mantener abastecido el Servicio Farmacéutico con medicamentos seguros, costo efectivos que de manera inmediata puedan ser suministrados y utilizados con los pacientes en ejercicio de la función misional, garantizando la adecuada prestación del servicio ofertado y a la vez minimizando los riegos al interior de la Entidad. Los medicamentos son de vital importancia para diagnosticar, tratar y curar las patologías presentes contribuyendo con esto al mejoramiento de la calidad de vida. Es importante señalar que Los mediamentos solicitados son de tratamiento especial,monopolio del estado, y teniendo en cuenta la baja rotación del medicamento se garantizara tratamiento de cinco dias, de llegar a necesitar mas unidades se pasara nueva solicitud.

DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO QUE SE REQUIERE: NOMBRE, CANTIDAD, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, CONDICIONES ESPECIALES).	MEDICAMENTOS	CANTIDAD	PAA
	HIDROMORFONA CLORHIDRATO 2mg AMP X 1mL VIA I.M-S.C-INTRATECAL	3000	51142200
	MORFINA CLORHIDRATO 10mg AMP X 1mL VIA PARENTERAL	1000	
	MORFINA CLORHIDRATO 3% SLN ORAL FCO X 30mL	5	
	METADONA 10MG TABLETA V.O	90	
	MEPERIDINA CLORHIDRATO 100mg AMP X 2mL VIA I.M-S.C	30	

TIEMPO EN EL QUE SE EJECUTARÁ EL CONTRATO	La duración del contrato será hasta de un mes y/o hasta agotar existencia
FACTORES DE SELECCIÓN A TENER EN CUENTA EN EL PROCESO	Disponibilidad. Tiempos de entrega no superiores a 48 horas. La vida útil de los productos suministrados, no podrá ser inferior al 70% de la definida en el registro sanitario, de lo contratio enviar carta de compromiso indicando el cambio y con que tiempo se les debe de notificar el cambio. Que las cantidades estimadas en el objeto del presente contrato, esten sujetas a cambios de acuerdo a las necesidades que vaya presentando el hospital durante el desarrollo del contrato, sin que pueda excederse en ningún caso el valor del mismo. Solicitar fichas tecnica y registro invima para ser evaluado y aprobado por el Quimico Farmaceutico.
RIESGOS QUE SE PUEDEN MATERIALIZAR CON LA CONTRATACIÓN	INCUMPLIMIENTO
¿SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES?	SI,

RUBRO DE LA ACTIVIDAD:	#RUBRO PAA: 2450103621731 Comercio al por menor de productos farmacéuticos, en establecimientos no especializados (medicamentos)	Códigos UNSPSC : No. De Actividad 29	Valor proyectado: 6´944.543.822,16	Valor a contratar 1 3'000.000

INFORMACIÓN ADICIONAL:	Medicamentos de control, DTSC, por favor dar prioridad. Solicitar ficha tecnica y registro invima para ser aprobado por el quimico farmaceutico.

NOTA: CON LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD, MANIFIESTO QUE NO EXISTE OTRO PROCESO CONTRACTUAL EN DESARROLLO QUE PRETENDA SATISFACER LA NECESIDAD PLASMADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL ÁREA QUE SOLICITA. FIRMA RESPONSABLE

JUAN CARLOS SANCHEZ RENDÓN
Jefe Almacenista - Almacen

MIGUEL ANGEL MARTINEZ RAMIREZ
Servicio Farmaceutico
Supervisor

239
26-06-2025

VISTO BUENO GERENCIA

CARLOS ALBERTO PIEDRAHITA GUITIERREZ
Gerente

VISTO BUENO PLANEACIÓN

Maria Paz Gómez L.