

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS											
DETALLE	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PROVEEDOR			PROVEEDOR			PROVEEDOR		
			RUC: 20604626693			RUC: 20610306315			RUC: 20607711713		
			LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C			ANGLOMED E.I.R.L.			G MEDICAL DROGUERIA S.A.C		
			REPRESENTANTE LEGAL		LUCIA MARTINEZ MEZONES	REPRESENTANTE LEGAL		OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA	REPRESENTANTE LEGAL		LILIAM GUIO RODRIGUEZ
			TELEF.	977691779		TELEF.			TELEF.		
			EMAIL	LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM		EMAIL	anglomedpe@gmail.com		EMAIL	gmedicalm@gmail.com	
			P. U	P. TOTAL		P. U	P. TOTAL		P. U	P. TOTAL	
1	BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	50	S/. 19.00	S/. 950.00	S/. 19.30	S/. 965.00		S/. 19.20	S/. 960.00	
2	BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	UND	200	S/. 22.00	S/. 4,400.00	S/. 22.40	S/. 4,480.00		S/. 22.15	S/. 4,430.00	
3	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 MI	UND	500	S/. 21.30	S/. 10,650.00	S/. 21.50	S/. 10,750.00		S/. 21.40	S/. 10,700.00	
4	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	500	S/. 9.00	S/. 4,500.00	S/. 9.15	S/. 4,575.00		S/. 9.20	S/. 4,600.00	
5	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL	UND	6000	S/. 5.00	S/. 30,000.00	S/. 5.26	S/. 31,560.00		S/. 5.12	S/. 30,720.00	
TOTAL				S/ 50,500.00		S/ 52,330.00			S/ 51,410.00		
FORMA DE PAGO			POSTERIOR A LA CONFORMIDAD DEL BIEN ENTREGADO.								

SE LE OTORGA LA BUENA PRO A LA EMPRESA:

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.

CON RUC: 20604626693

POR UN MONTO TOTAL DE : S/. 50,500.00

HZ 31/03/2025

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ANCASH
C.P.C. Johana Milla Revelo
Mat N° 06 4260
JEFE DE ADQUISICIONES

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
CPC. Javier Albert Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

D.S. N° 344-2018-EF "Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado" Artículo 10. Excepciones. No requieren inscribirse como proveedores en el RNP: a) Las entidades del Estado comprendidas en el artículo 3 de la Ley. b) Las sociedades conyugales y las sucesiones indivisas para celebrar contratos sobre bienes y servicios. c) Aquellos proveedores cuyas contrataciones sean por montos iguales o menores a una (1) UIT.

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS											
DETALLE	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PROVEEDOR			PROVEEDOR			PROVEEDOR		
			RUC:	20604626693		RUC:	20610306315		RUC:	20607711713	
			LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C			ANGLOMED E.I.R.L.			G MEDICAL DROGUERIA S.A.C		
			REPRESENTANTE LEGAL		LUCIA MARTINEZ MEZONES	REPRESENTANTE LEGAL		OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA	REPRESENTANTE LEGAL		LILIAM GUIO RODRIGUEZ
			TELEF.	977691779		TELEF.			TELEF.		
			EMAIL	LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM		EMAIL	anglomedpe@gmail.com		EMAIL	gmedicalm@gmail.com	
			P. U	P.TOTAL		P. U	P.TOTAL		P. U	P.TOTAL	
1	BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	50	S/. 19.00	S/. 950.00		S/. 19.30	S/. 965.00		S/. 19.20	S/. 960.00
2	BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	UND	200	S/. 22.00	S/. 4,400.00		S/. 22.40	S/. 4,480.00		S/. 22.15	S/. 4,430.00
3	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 MI	UND	500	S/. 21.30	S/. 10,650.00		S/. 21.50	S/. 10,750.00		S/. 21.40	S/. 10,700.00
4	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	500	S/. 9.00	S/. 4,500.00		S/. 9.15	S/. 4,575.00		S/. 9.20	S/. 4,600.00
5	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL	UND	6000	S/. 5.00	S/. 30,000.00		S/. 5.26	S/. 31,560.00		S/. 5.12	S/. 30,720.00
TOTAL				S/ 50,500.00			S/ 52,330.00			S/ 51,410.00	
FORMA DE PAGO				POSTERIOR A LA CONFORMIDAD DEL BIEN ENTREGADO.							

SE LE OTORGA LA BUENA PRO A LA EMPRESA:

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.

CON RUC: 20604626693

POR UN MONTO TOTAL DE : S/. 50,500.00

HZ 31/03/2025

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ANCASH
C.P.C. Johana Mila Revelo
Mat N° 06 4260
JEFE DE ADQUISICIONES

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
C.P.C. Javier Alberto Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

D.S. N° 344-2018-EF "Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado" Artículo 10. Excepciones. No requieren inscribirse como proveedores en el RNP: a) Las entidades del Estado comprendidas en el artículo 3 de la Ley. b) Las sociedades conyugales y las sucesiones indivisas para celebrar contratos sobre bienes y servicios. c) Aquellos proveedores cuyas contrataciones sean por montos iguales o menores a una (1) UIT.

COTIZACION DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.



De <area_adquisiciones@redhuaylassur.gob.pe>

Destinatario Anglomedpe <anglomedpe@gmail.com>

Fecha 2025-03-28 6:47 pm

INVITACION ANGLOMED.pdf(~842 KB) Anexo3.docx(~21 KB) Anexo4.docx(~21 KB)

ESTIMADO (A):

Por medio del presente reciba un cordial saludo a nombre de la DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR y al mismo tiempo solicitarle se sirva presentar una cotización por este medio, referente a la adquisición de:

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS: CANTIDAD 50

BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS : CANTIDAD 200

SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 ML : CANTIDAD 500

DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL: CANTIDAD 6000

SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS: CANTIDAD 500

Así mismo se indica que la cotización a presentar debe contener:

- a) El precio de la Oferta incluye todos los tributos, impuestos, transporte y cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar, cotizar en soles.
- b) Forma de pago: Crédito
- c) Llenar los formatos adjuntos (ANEXO 3 Y ANEXO 4)
- d) Adjuntar FICHA RUC actual y RNP
- e) así mismo, solicitamos, en caso corresponda nos remita los comentarios y/u opiniones respecto a los términos de referencia y/o especificaciones técnicas

El plazo máximo de presentación de la cotización es de hasta 02 días calendario, dando respuesta a este correo electrónico.

ÁREA DE ADQUISICIONES

DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	01-UL-DRSHS			
		Fecha	28/03/2025			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS SUR			
		RUC	20488336917			
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO S/N (BOULEVARD PASTORITA HUARACINA) – INDEPENDENCIA HUARAZ			
		Teléfono(s)	-			
		Correo electrónico	AREA_ADQUISICIONES@REDHUAYLASSUR.GOB.PE			
		Persona de contacto	JAVIER VILLANUEVA LOYOLA			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	ANGLOMED E.I.R.L			
		RUC	20610306315			
		Dirección	CAL.ALFREDO MALDONADO NRO. 654 LIMA - LIMA - PUEBLO LIBRE (MAGDALENA VIEJA)			
		Teléfono(s)	951590652			
		Correo electrónico	anglomedpe@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	ROMERO GARCIA OMAR ESTEBAN			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS (CANTIDAD 50), BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS (CANTIDAD 200), SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 MI (CANTIDAD 500), SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS (CANTIDAD 500) y DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL (CANTIDAD 6000)			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia	
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<div align="center">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH</p> <p>CPC. Javier Villanueva Loyola JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						



PROFORMA

Nº 00638

ANGLOMED E.I.R.L.

DIRECCIÓN: CAL. ALFREDO MALDONADO 654
CIUDAD: LIMA
DISTRITO: PUEBLO LIBRE
TELÉFONO: 935449741

FECHA: 31/03/2025
FORMA DE PAGO: CRÉDITO
EMAIL: anglomedpe@gmail.com
RUC: 20610306315

FECHA VENCIMIENTO: 14 DÍAS CALENDARIOS
FECHA ENTREGA: 10 DÍAS CALENDARIOS DESPUÉS DE ENVIADA LA OC
GARANTÍA: 1 AÑO

RUC: 20488336917
RAZÓN SOCIAL: DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
DIRECCIÓN: HUARAZ - ANCASH

ID	MARCA	PRODUCTO O SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO	SUB TOTAL
1	GENERIC	BECLOMETASONA DIPROPIONATO - 50 µg/DOSIS - AEROSO - 200 DOSIS	50	S/ 19.30	S/ 965.00
2	GENERIC	BROMURO DE IPRATROPIO - 20 µg/Dosis - AEROSO - 200 DOSIS	200	S/ 22.40	S/ 4,480.00
3	GENERIC	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 5 mg/mL - SOLUCI - 10 mL	500	S/ 21.50	S/ 10,750.00
4	GENERIC	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 100 µg/DOSIS - AEROSO - 200 DOSIS	500	S/ 9.15	S/ 4,575.00
5	GENERIC	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO - 15 mg/5 mL - JARABE - 120 mL	6000	S/ 5.26	S/ 31,560.00

SUBTOTAL S/ 44,347.46
IGV S/ 7,982.54
TOTAL S/ 52,330.00

CONDICIONES GENERALES: La oferta es en soles e incluye todos los impuestos y traslado hasta el destino. La vigencia de nuestra oferta es válida hasta agotar stock. La atención es por un mínimo de S/ 500.00.

ANGLOMED E.I.R.L.
OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA
GERENTE GENERAL
RUC 20610306315

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	31/03/2025	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 52,330.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	PROFORMA N° - 00638	
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;">  ANGLOMED E.I.R.L. <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA <small>GERENTE GENERAL RUC 20610306315</small> </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	31/03/2025
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 52,330.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	PROFORMA N° - 00638
3	Declaración jurada del proveedor <p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	
4	<div style="text-align: center;">  ANGLOMED E.I.R.L. OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA <small>GERENTE GENERAL</small> <small>RUC 20610306315</small> </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

Señor: JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE
SALUD HUAYLAS SUR

Presente. -

De mi consideración: La (el) que suscribe, **OMAR ESTEBAN ROMERO GARCÍA**, identificada (o) con DNI N° **31651313**, con RUC N° **20610306315** habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: **CAL. ALFREDO MALDONADO 654 PUEBLO LIBRE – LIMA -LIMA**

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
4. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil, entre otras que correspondan.
5. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la Entidad o terceros en el desarrollo de mis actividades.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información a la que pueda acceder en cumplimiento de la presentación del servicio.
7. No tener dentro de la Entidad parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

ANGLOMED E.I.R.L.

OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA
GERENTE GENERAL
RUC 20610306315

Reporte de Ficha RUC

Lima, 12/04/2023

ANGLOMED E.I.R.L.

20610306315

Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	07 EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA
Fecha de Inscripción	29/11/2022
Fecha de Inicio de Actividades	02/12/2022
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	11/04/2023
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 11/04/2023),BOLETA (desde 11/04/2023)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	ANGLOMED EIRL.
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 1	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Actividad Económica Secundaria 2	4641 - VENTA AL POR MAYOR DE PRODUCTOS TEXTILES, PRENDAS DE VESTIR Y CALZADO
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	MANUAL/COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 951590652
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	omarromerogarcia1967@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	PUEBLO LIBRE (MAGDALENA VIEJA)
Tipo y Nombre Zona	-
Tipo y Nombre Vía	CAL. ALFREDO MALDONADO

Nro	654
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	-
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	29/11/2022
Número de Partida Registral	15150496
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	02/12/2022	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	02/12/2022	-	-	-

Representantes Legales

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 31651313	ROMERO GARCIA OMAR ESTEBAN	TITULAR-GERENTE	19/05/1967	28/11/2022	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	- - -	- -	-	-	

Otras Personas Vinculadas

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 31651313	ROMERO GARCIA OMAR ESTEBAN	TITULAR	19/05/1967	28/11/2022	-	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	DEPOSITO	-	LIMA LIMA COMAS	URB. ALAMEDA DE EL PINAR AV. CHILLON 1337	1ER Y 3ER PISO	ALQUILADO	-
0002	OF.ADMINIST	-	LIMA LIMA PUEBLO LIBRE (MAGDALENA VIEJA)	CAL. ALFREDO MALDONADO 654	-	ALQUILADO	-

Importante:

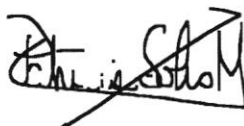
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 12/04/2023

Hora: 12:41

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteeec/reportecertificado/descarga?doc=psWHjqUbMYstfFqFkPYn8l5ihXtpDZXP4m1sWhXGR5kTPJ1jEltb63Gm6bEiqbzPfGx%2B3wFrSJs6LOMuTO3HOrhE2uAeWm8XWtMfzr3L12s%3D>





RUC N° 20610306315

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES**CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****ANGLOMED E.I.R.L.**

Domiciliado en: CAL.ALFREDO MALDONADO NRO. 654 LIMA - LIMA - PUEBLO LIBRE
(MAGDALENA VIEJA) (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia

: Desde 23/02/2023

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia

: Desde 23/02/2023

FECHA IMPRESIÓN: 27/12/2023**Nota:**

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: www.rnp.gob.pe - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

COTIZACION DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.



De <area_adquisiciones@redhuaylassur.gob.pe>
Destinatario Lhinstitucional <lhinstitucional@gmail.com>
Fecha 2025-03-28 6:51 pm

INVITACION LIENAS HOSPITALARIAS SAC.pdf(~449 KB) Anexo3.docx(~21 KB) Anexo4.docx(~21 KB)

ESTIMADO (A):

Por medio del presente reciba un cordial saludo a nombre de la DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR y al mismo tiempo solicitarle se sirva presentar una cotización por este medio, referente a la adquisición de:

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS: CANTIDAD 50

BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS : CANTIDAD 200

SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 ML : CANTIDAD 500

DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL: CANTIDAD 6000

SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS: CANTIDAD 500

Así mismo se indica que la cotización a presentar debe contener:

- a) El precio de la Oferta incluye todos los tributos, impuestos, transporte y cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar, cotizar en soles.
- b) Forma de pago: Crédito
- c) Llenar los formatos adjuntos (ANEXO 3 Y ANEXO 4)
- d) Adjuntar FICHA RUC actual y RNP
- e) así mismo, solicitamos, en caso corresponda nos remita los comentarios y/u opiniones respecto a los términos de referencia y/o especificaciones técnicas

El plazo máximo de presentación de la cotización es de hasta 02 días calendario, dando respuesta a este correo electrónico.

ÁREA DE ADQUISICIONES

DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	02-UL-DRSHS		
		Fecha	28/03/2025		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO S/N (BOULEVARD PASTORITA HUARACINA) – INDEPENDENCIA HUARAZ		
		Teléfono(s)	-		
		Correo electrónico	AREA_ADQUISICIONES@REDHUAYLASSUR.GOB.PE		
		Persona de contacto	JAVIER VILLANUEVA LOYOLA		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	LÍNEAS HOSPITALARIAS S.A.C		
		RUC	20604626693		
		Dirección	MZA. J5 LOTE. 37 INT. 1 URB. SAN ANTONIO DE PACHACAMAC LIMA - LIMA - PACHACAMAC		
		Teléfono(s)	970678521		
		Correo electrónico	lhinstitucional@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	MARTINEZ MEZONES LUCIA MILAGROS		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS (CANTIDAD 50), BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS (CANTIDAD 200), SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 MI (CANTIDAD 500), SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS (CANTIDAD 500) y DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL (CANTIDAD 6000)		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.				
6	<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH</p> <p><i>CPE. Javier Alberto Villanueva Loyola</i> JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

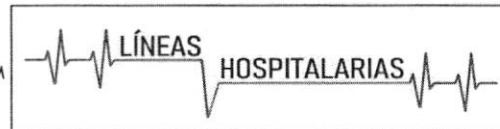
LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.

RUC: 20604626693

AV. CIRCUNVALACIÓN MZA. K LOTE. 8C2 INT. 3 URB. LA CAPITANA CPM SANTA M LURIGANCHO

TELÉFONO: 977691779

CORREO: LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM



SEÑORES:	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR	RUC:	20488336917
RESPONSABLE:	DPT. LOGISTICA	FECHA:	31/03/2025
DIRECCIÓN:	HUARAZ	COTIZACIÓN:	000324

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MARCA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
BECLOMETASONA DIPROPIONATO - 50 æg/DOSIS - AEROSO - 200 DOSIS	GENERICO	50	S/ 19.00	S/ 950.00
BROMURO DE IPRATROPIO - 20 æg/Dosis - AEROSO - 200 DOSIS	GENERICO	200	S/ 22.00	S/ 4,400.00
SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 5 mg/mL - SOLUCI - 10 mL	GENERICO	500	S/ 21.30	S/ 10,650.00
SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 100 æg/DOSIS - AEROSO - 200 DOSIS	GENERICO	500	S/ 9.00	S/ 4,500.00
DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO - 15 mg/5 mL - JARABE - 120 mL	GENERICO	6000	S/ 5.00	S/ 30,000.00

SUB TOTAL:	42,796.61
I.G.V.:	7,703.39
TOTAL:	50,500.00

OBSERVACIONES:

GARANTIA: 12 MESES

CONDICIONES: CRÉDITO COMERCIAL

ENTREGA: 10 DÍAS CALENDARIO

VALIDEZ COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO



LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.

Lucia Martinez Mezones
GERENTE GENERAL
RUC 20604626693

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	31/03/2025	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 50,500.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACIÓN N° 000324	
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;">  LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C. Lucía Martínez Mezones GERENTE GENERAL RUC 20604626693 </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	31/03/2025
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 50,500.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACIÓN N° 000324
3	Declaración jurada del proveedor Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar. Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	
4	<div align="center">  LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C. Lucia Martinez Mezones GERENTE GENERAL RUC 20604626693 </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

5A

DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

Señor: JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Presente. -

De mi consideración: La (el) que suscribe, **MARTINEZ MEZONES LUCIA MILAGROS**, identificada (o) con DNI N° **72797490**, con RUC N° **20604626693** habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: **AV. CIRCUNVALACIÓN MZA. K LOTE. 8C2 INT. 3 URB. LA CAPITANA CPM SANTA MARIA DE HUACHIPA(OFICINA 4) LIMA/LIMA/LURIGANCHO**

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
4. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil, entre otras que correspondan.
5. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la Entidad o terceros en el desarrollo de mis actividades.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información a la que pueda acceder en cumplimiento de la presentación del servicio.
7. No tener dentro de la Entidad parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.


.....
Lucia Martinez Mezones
GERENTE GENERAL
RUC 20604626693

Reporte de Ficha RUC

Lima, 11/03/2022

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.

20604626693

Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	29/04/2019
Fecha de Inicio de Actividades	03/05/2019
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	23/05/2019
Comprobantes electrónicos	BOLETA (desde 23/05/2019),FACTURA (desde 23/05/2019), (desde 06/06/2019)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	LINEAS HOSPITALARIAS
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	4653 - VENTA AL POR MAYOR DE MAQUINARIA, EQUIPO Y MATERIALES AGROPECUARIOS
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	MANUAL
Sistema de Contabilidad	MANUAL
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	IMPORTADOR/EXPORTADOR
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	1 - 3376624
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 977691779
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	lmartinezmezones@gmail.com
Correo Electrónico 2	-

Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	LURIGANCHO
Tipo y Nombre Zona	URB. LA CAPITANA CPM SANTA MARIA DE HUACHIPA
Tipo y Nombre Vía	AV. CIRCUNVALACIÓN

Nro	-
Km	-
Mz	K
Lote	8C2
Dpto	-
Interior	3
Otras Referencias	OFICINA 4
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa

Fecha Inscripción RR.PP	26/04/2019
Número de Partida Registral	14283307
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	04/05/2019	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/07/2021	-	-	-
RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES	01/01/2021	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	04/05/2019	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	01/01/2021	-	-	-

Representantes Legales

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 72797490	MARTINEZ MEZONES LUCIA MILAGROS	GERENTE GENERAL	18/10/1995	25/04/2019	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
		---	--	-	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 45103158	MARTINEZ MEZONES JESUS ANTONIO	SOCIO	23/06/1988	25/04/2019	-	9.0000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
	-	---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 72797490	MARTINEZ MEZONES LUCIA MILAGROS	SOCIO	18/10/1995	25/04/2019	-	90.0000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
	-	---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	DEPOSITO	-	LIMA LIMA LURIGANCHO	URB. LA CAPITANA CPM SANTA MARIA DE HUACHIPA AV. CIRCUNVALACIÓN Mz K Lote 8C2 Int 2B	-	ALQUILADO	-

55

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 11/03/2022

Hora: 10:56

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteeec/reportecertificado/descarga?doc=noL2K5SteixbrLoqfzsUHSCHeoZGBzHsVWqcoyAlxSC1mjoe6sENgRT5fDAATGQDI5RkGm%2FTy6i8JhopEibceKoalRifoL0FJ8uS4PEn4oU%3D>





RUC N° 20604626693

REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.

Domiciliado en: AV.CIRCUNVALACIÓN MZA. K LOTE. 8C2 INT. 3 URB. LA CAPITANA CPM SANTA MARIA DE HUACHIPA (OFICINA 4) LIMA - LIMA - LURIGANCHO (Según información declarada en la SUNAT)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 09/05/2019

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 09/05/2019

FECHA IMPRESIÓN: 08/07/2023

Nota:

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: www.rnp.gob.pe - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimlr

COTIZACION DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.



De <area_adquisiciones@redhuaylassur.gob.pe>

Destinatario Gmedicalm <gmedicalm@gmail.com>

Fecha 2025-03-28 6:49 pm

INVITACION GMEDICAL.pdf(~484 KB) Anexo3.docx(~21 KB) Anexo4.docx(~21 KB)

ESTIMADO (A):

Por medio del presente reciba un cordial saludo a nombre de la DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR y al mismo tiempo solicitarle se sirva presentar una cotización por este medio, referente a la adquisición de:

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS: CANTIDAD 50

BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS : CANTIDAD 200

SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 ML : CANTIDAD 500

DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL: CANTIDAD 6000

SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS: CANTIDAD 500

Así mismo se indica que la cotización a presentar debe contener:

- a) El precio de la Oferta incluye todos los tributos, impuestos, transporte y cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar, cotizar en soles.
- b) Forma de pago: Crédito
- c) Llenar los formatos adjuntos (ANEXO 3 Y ANEXO 4)
- d) Adjuntar FICHA RUC actual y RNP
- e) así mismo, solicitamos, en caso corresponda nos remita los comentarios y/u opiniones respecto a los términos de referencia y/o especificaciones técnicas

El plazo máximo de presentación de la cotización es de hasta 02 días calendario, dando respuesta a este correo electrónico.

ÁREA DE ADQUISICIONES

DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Anexo N° 2

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	03-UL-DRSHS		
		Fecha	28/03/2025		
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RED DE SALUD HUAYLAS SUR		
		RUC	20488336917		
		Dirección	PJ. MARIA ALVARADO S/N (BOULEVARD PASTORITA HUARACINA) – INDEPENDENCIA HUARAZ		
		Teléfono(s)	-		
		Correo electrónico	AREA_ADQUISICIONES@REDHUAYLASSUR.GOB.PE		
		Persona de contacto	JAVIER VILLANUEVA LOYOLA		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	GMEDICAL DROGUERÍA S.A.C		
		RUC	20607711713		
		Dirección	AV. ROOSEVELT NRO. 6021 INT. 604 URB. AURORA LIMA - LIMA - MIRAFLORES		
		Teléfono(s)	935449741		
		Correo electrónico	gmedicalm@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	GUIO RODRIGUEZ LILIAM ZULEMA		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS (CANTIDAD 50), BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS (CANTIDAD 200), SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 MI (CANTIDAD 500), SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS (CANTIDAD 500) y DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL (CANTIDAD 6000)		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	X	Términos de referencia
5	Información complementaria				
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	 <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH</p> <p>CPC. Javier Alberto Villanueva Loyola JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					



G MEDICAL
Droguería

Cotización
00770-2025

Av. Los Pinos 1793 Urb. El Pinar Comas - Lima Telef. 961810261

gmedicalm@gmail.com

RUC: 20607711713

CLIENTE	Contacto	Fecha	Ciudad
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR	Sres. LOGISTICA	31/03/2025	LIMA
RUC	Dirección	Descuento (%)	T. Pago
20488336917	HUARAZ		S/ 56,125.00

Ítem	Descripción	Marca	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Precio Total
1	BECLOMETASONA DIPROPIONATO - 50 æg/DOSIS - AEROSO - 200 DOSIS	GENÉRICO	50	UND	S/ 19.500	S/ 975.00
2	BROMURO DE IPRATROPIO - 20 æg/Dosis - AEROSO - 200 DOSIS	GENÉRICO	200	UND	S/ 23.000	S/ 4,600.00
3	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 5 mg/mL - SOLUCI - 10 mL	GENÉRICO	500	UND	S/ 22.000	S/ 11,000.00
4	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 100 æg/DOSIS - AEROSO - 200 DOSIS	GENÉRICO	500	UND	S/ 9.500	S/ 4,750.00
5	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO - 15 mg/5 mL - JARABE - 120 mL	GENÉRICO	6000	UND	S/ 5.800	S/ 34,800.00

Condiciones:

Precio expresado en soles. Incluye IGV y gastos de envío

Plazo de entrega: 10 días calendarios

Validez de oferta: 15 días calendarios



G MEDICAL DROGUERÍA S.A.C.
RUC 20607711713
Lilium Z. Guio Rodríguez
Lilium Z. Guio Rodríguez
GERENTE GENERAL

Subtotal	S/	47,563.56
IGV(18%)	S/	8,561.44
Valor total	S/	56,125.00

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	31/03/2025	
2	Cotización		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple X
			No cumple
	2.3	Monto total cotizado	S/ 56,125.00
	2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	COTIZACION 00770 - 2025
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;">  <p>G MEDICAL DROGUERIA S.A.C. RUC 20607741713 Lilliam Z. Guido Rodríguez GERENTE GENERAL</p> </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	31/03/2025
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
	2.1 Descripción del objeto de la contratación	ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
	2.2 Monto total según informe de indagación	S/ 56,125.00
	2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	COTIZACION 00770 - 2025
3	Declaración jurada del proveedor <p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	
4	<div style="text-align: center;">  <p>G MEDICAL DROGUERIA S.A.C. RUC 20507741717 Lilliam Z. Guio Rodríguez GERENTE GENERAL</p> </div>	
Nombre, firma y sello del proveedor		

wb

DECLARACIÓN JURADA PARA LAS CONTRATACIONES DE BIENES Y SERVICIOS

Señor: JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR


Presente. -

De mi consideración: La (el) que suscribe, GUIO RODRIGUEZ LILIAM, identificada (o) con DNI N°-----, con RUC N° 20607711713 habilitado y con domicilio real y procesal para todos sus efectos en: Av. Los Pinos 1793 Urb. El Pinar Comas – Lima

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
4. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil, entre otras que correspondan.
5. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la Entidad o terceros en el desarrollo de mis actividades.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información a la que pueda acceder en cumplimiento de la presentación del servicio.
7. No tener dentro de la Entidad parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.
RUC 20607711713


Lilliam Z. Guio Rodríguez
GERENTE GENERAL

Reporte de Ficha RUC

G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.

20607711713

Lima, 13/07/2023

Información General del Contribuyente

Código y descripción de Tipo de Contribuyente	39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
Fecha de Inscripción	25/03/2021
Fecha de Inicio de Actividades	01/04/2021
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	18/04/2021
Comprobantes electrónicos	BOLETA (desde 18/04/2021),FACTURA (desde 18/04/2021), (desde 10/07/2021)

Datos del Contribuyente

Nombre Comercial	G MEDICAL DROGUERIA
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Actividad Económica Secundaria 1	4772 - VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MÉDICOS, COSMÉTICOS Y ARTÍCULOS DE TOCADOR EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Actividad Económica Secundaria 2	4649 - VENTA AL POR MAYOR DE OTROS ENSERES DOMÉSTICOS
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	MANUAL
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	-
Teléfono Fijo 1	-
Teléfono Fijo 2	-
Teléfono Móvil 1	1 - 992700063
Teléfono Móvil 2	-
Correo Electrónico 1	lilizu_70@hotmail.com
Correo Electrónico 2	-

Domicilio Fiscal

Actividad Económica Principal	4690 - VENTA AL POR MAYOR NO ESPECIALIZADA
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	COMAS
Tipo y Nombre Zona	URB. EL PINAR
Tipo y Nombre Vía	AV. LOS PINOS

Nro	1793
Km	-
Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	A
Otras Referencias	-
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa	
Fecha Inscripción RR.PP	26/02/2021
Número de Partida Registral	14638632
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

Registro de Tributos Afectos				
Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	01/04/2021	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/08/2022	-	-	-
RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES	01/08/2022	-	-	-
RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO	01/04/2021	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	01/08/2022	-	-	-

Representantes Legales					
Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 08138010	GUIO RODRIGUEZ LILIAM ZULEMA	GERENTE GENERAL	31/08/1970	26/02/2021	-
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo	
	URB. SOL DE PINAR AV. LOS PINOS 1793(PISO 2)	LIMA LIMA COMAS	15 992700063	lilizu_70@hotmail.com	

Otras Personas Vinculadas						
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 08138010	GUIO RODRIGUEZ LILIAM ZULEMA	SOCIO	31/08/1970	26/02/2021	-	45.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
	URB. SOL DE PINAR AV. LOS PINOS 1793 (PISO 2)	LIMA LIMA COMAS	15 992700063	lilizu_70@hotmail.com		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 08179760	GUIO RODRIGUEZ MARIA MERCEDES	SOCIO	09/03/1977	26/02/2021	-	50.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 72215266	IGLESIAS GUIO LILIAM STEPHANIE	SOCIO	24/02/1994	26/02/2021	-	5.000000000
	Dirección	Ubigeo	Teléfono	Correo		
		---	--	-		
	País de Residencia	País de Constitución				
	-	-				

Establecimientos Anexos							
Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	DEPOSITO	-	LIMA LIMA COMAS	URB. ALAMEDA DE EL PINAR AV. CHILLON 1337	1ER Y 2DO PISO	ALQUILADO	-
0002	OF.ADMINIST	-	LIMA LIMA COMAS	URB. ALAMEDA DE EL PINAR AV. CHILLON 1339 Int 510A	5TO PISO	ALQUILADO	-

Importante:

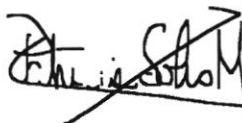
Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 13/07/2023

Hora: 09:52

Página 4 de 4



Jefe del área de Servicios
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=O3Ps0tYIAsVIDjQZjf3iKIJTq8xhAbrcpwIJN1u%2FAjNUTiB5vHkBHTib9ohaI0NDOemHStH36falO9I6ZT0L4Oq6GIHJxO7M2G8ksNArCO4%3D>



REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.

Domiciliado en: AV. LOS PINOS NRO. 1793 INT. A URB. EL PINAR LIMA LIMA COMAS (Según información)

Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:

PROVEEDOR DE BIENES

Vigencia : Desde 16/04/2021

PROVEEDOR DE SERVICIOS

Vigencia : Desde 16/04/2021



Nota:

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: www.RNP.gob.pe
[Inscripción.](#)


Retornar

Imprimir

Anexo N° 1

Informe sustentatoria para emplear la comparación de precios						
1	Datos del documento	Número de informe			01-UL-DRSHS	
		Fecha de informe			18/03/2025	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación	Adquisición de productos farmacéuticos			
3	Antecedentes La Unidad de Logística tiene aprobado la Certificación de Crédito Presupuestal N° 00306 para la adquisición de BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS, BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS, SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 ML, SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS y DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL (PRODUCTOS FARMACEUTICOS)					
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general				¿Cumple con la condición?	
					Sí Cumple	No Cumple
	a.	Disponibilidad inmediata	X			
	Los medicamentos requeridos son comercializados por distintas empresas, no requiriéndose adecuación alguna.					
	b.	Fáciles de obtener en el mercado	X			
	Se advierte que los medicamentos descritos en el requerimiento son ofrecidos por diversas empresas del rubro.					
	c.	Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado	X			
	Los medicamentos con las especificaciones técnicas requeridas se encuentran disponibles en el mercado y son comercializadas por distintas empresas.					
	d.	Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante	X			
	Los medicamentos requeridos son de fabricación estándar producidos por distintos proveedores.					
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.						
5	Observaciones					
6	 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH  CPC. Javier Ernesto Villanueva Loyola JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

Anexo N° 1

Informe sustentatoria para emplear la comparación de precios						
1	Datos del documento	Número de informe			01-UL-DRSHS	
		Fecha de informe			18/03/2025	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	X	Servicios	
		Descripción del objeto de la contratación		Adquisición de productos farmacéuticos		
3	Antecedentes La Unidad de Logística tiene aprobado la Certificación de Crédito Presupuestal N° 00306 para la adquisición de BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS, BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS, SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 ML, SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS y DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL (PRODUCTOS FARMACEUTICOS)					
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general				¿Cumple con la condición?	
					Sí Cumple	No Cumple
	a.	Disponibilidad inmediata			X	
	Los medicamentos requeridos son comercializados por distintas empresas, no requiriéndose adecuación alguna.					
	b.	Fáciles de obtener en el mercado			X	
	Se advierte que los medicamentos descritos en el requerimiento son ofrecidos por diversas empresas del rubro.					
	c.	Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado			X	
	Los medicamentos con las especificaciones técnicas requeridas se encuentran disponibles en el mercado y son comercializadas por distintas empresas.					
	d.	Que no se fabrican, producen, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante			X	
	Los medicamentos requeridos son de fabricación estándar producidos por distintos proveedores.					
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.						
5	Observaciones					
6	 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH CPC. JEFE JEAN VILLANUEVA LOYOLA JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

INFORME N° 168 -2025-REGION ANCASH-DIRES-A-RED-S-HS/PE

A : C.P.C. EDITA ERLINA HENOSTROZA SANCHEZ
Jefe de la Oficina de Administración de la Red de Salud Huaylas Sur

ASUNTO : REMITO CERTIFICACION PRESUPUESTAL

REFERENCIA : MEMORANDUM N° 00289-2025-REGION-A/DIRES-A-D-RED-S-HS/OA

ATENCION : OFICINA DE LOGISTICA

FECHA : Huaraz, 26 de marzo 2025.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez remitir adjunto al presente la Certificación Presupuestal, que a continuación paso a detallar:

I. ANTECEDENTES:

- Que, mediante MEMORANDUM N° 00289-2025-REGION-A/DIRES-A-D-RED-S-HS/OA, de fecha 26 de marzo 2025, la jefa de la Oficina de Administración Solicita la aprobación de las siguientes certificaciones presupuestales N° 00321, 00320, 00319, 00318, 00317, 00316, 00315, 00314, 00313, 00312, 00311, 00309, 00308, 00307, 00306, 00305, el mismo que corresponde a la adquisición de medicamentos.

II. MARCO LEGAL:

- Ley 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025.
- Directiva N° 0001-2024-EF/50.01 "Directiva para la Ejecución Presupuestaria", modificada con Resolución Directoral N° 001-2025-EF/50.01.

III. ANALISIS:

- Que, la Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025. En su Artículo Acciones administrativas en la ejecución del gasto público, (...) 4.2- Todo acto administrativo de la administración o las resoluciones administrativas que autoricen gastos no son eficaces sino cuentan el crédito presupuestario correspondiente en el presupuesto institucional o contraponen a sus asignación de mayores créditos presupuestarios, bajo exclusiva responsabilidad del titular de la entidad, como del jefe de la oficina de presupuesto y del jefe de la oficina de administración, los que en su caso, en el marco de lo establecido en Decreto Legislativo N° 1447, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

Así mismo en aplicación del artículo 12° Etapa Preparatorio para la Ejecución de Gasto de la Directiva 001-2024-EF/50.01 que la Certificación de Crédito Presupuestal constituye un acto de administración cuya finalidad es garantizar que se cuenta con el crédito presupuestario disponible y libre de afectación para comprometer un gasto con cargo al presupuesto institucional autorizado para el año fiscal respectivo en función a la PCA, previo cumplimiento de las disposiciones legales vigentes que regulan el objeto material del compromiso.

- Por lo solicitado, esta Oficina Planeamiento Estratégico realiza la verificación de la documentación de los informes de la referencia, llegando a las conclusiones y recomendaciones siguientes:

IV. CONCLUSION:

Del análisis se concluye lo siguiente:



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE HUAYLAS SUR
ADMINISTRACIÓN

PASE A: BO. ESTECA

Para: TRAMITE. COORDINADOR

FECHA: 26/05/25

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD HUAYLAS SUR
ADMINISTRACIÓN
REGION ANCASH

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR
JEFE DE LOGÍSTICA

26 MAR. 2025

Nº FOLIOS: 20 REG: 30

HORA: 5:15 PM FIRMA: [Firma]

UNIDAD DE LOGÍSTICA

PASE A:

☐ Coord. SIGA

☒ Adquisición

☐ Almacén

☐ Patrimonio

☐ Viáticos

☐ Secretaria

☐ Otros YOSI

FECHA 22/05/25

FIRMA [Firma]

A. F. V. C. H.

"Plan de la Recuperación y Conservación del Patrimonio Cultural"

En aplicación al artículo 12º Etapa Preparatoria para la Ejecución de Gasto de la Directiva N° 001 EF/50.01, la Certificación de Crédito Presupuestal constituye un acto de administración, finalidad es garantizar que se cuente con el crédito presupuestario disponible y libre afectación, comprometer con cargo al presupuesto institucional autorizado para el año fiscal respectivo, función a la PCA, previo cumplimiento de las disposiciones legales vigentes que rigen en la materia del compromiso, para dicho efecto esta Oficina de Planeamiento Estratégico cumple con las siguientes certificaciones presupuestales:

CERTIFICACIÓN	META	FF.FF.	ESPECIFICA DE GASTOS	MONTO
00305	0054, 0063 y 0152	4-13 - DyT	23.18.12	16,427.50
00306	0081 0152	4-13 - DyT	23.18.12	50,500.00
00307	0144	4-13 - DyT	23.18.12	204.00
00308	0063	4-13 - DyT	23.18.12	4,800.00
00309	0152	4-13 - DyT	23.18.12	18.50
00310	0081, 00144 y 0152	4-13 - DyT	23.18.12	16,142.50
00311	0161	4-13 - DyT	23.18.12	1,000.00
00312	0152	4-13 - DyT	23.18.12	63,032.00
00313	0152	4-13 - DyT	23.18.12	58,500.00
00314	0144 y 0152	4-13 - DyT	23.18.12	29,680.00
00315	0152	4-13 - DyT	23.18.12	33,150.00
00316	0152	4-13 - DyT	23.18.12	80,230.00
00317	0161	4-13 - DyT	23.18.12	2,750.00
00318	0144	4-13 - DyT	23.18.12	19,200.00
00319	0152	4-13 - DyT	23.18.12	37,800.00
00320	0136 y 0152	4-13 - DyT	23.18.12	21,200.00
00321	0152	4-13 - DyT	23.18.12	33,600.00

V.- RECOMENDACION:

Sírvase Derivar a la Oficina de Administración, para que la misma derive al Área de Logística, para continuar con trámites correspondientes.

NOTA:

LA PRESENTE ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL NO CONVALIDA ACTOS O ACCIONES QUE NO SE CÍAN A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DECRETOS LEGISLATIVO N°1440.

Se Adjunta:

MEMORANDUM N° 00289-2025-REGION-A/DIRES-A-D-RED-S-HS/CA

Es cuanto informo para su conocimiento y demás fines.



Atentamente



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLASUR

CPC. Rafael Jackson Antunez Ayendaño
MAT. N° 06-2157

Jefe de planificación Estratégica

	GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ANCASH	RED DE SALUD HUAYLAS SUR	ADMINISTRACION	
---	--	--	---	-----------------------	---

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

MEMORANDUM N° 289 -2025- REGION-A/DIRES-A-D-RED-S-HS/OA.

A : CPC RAFAEL YACKSON ANTUNEZ AVENDAÑO
Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica

ASUNTO : LO QUE INDICA

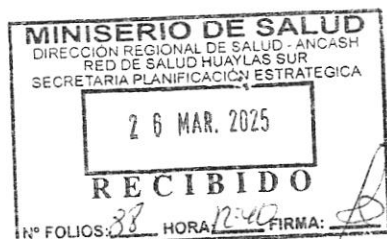
REFERENCIA : Informe N° 257-2025-REGION-A/DIRES-A-D-RED-S-
HS/DE/OA/AD

FECHA : Huaraz, 25 de marzo del 2025

Mediante el presente me dirijo a Usted, en atención al documento de la referencia, se solicita la **Aprobación de Certificación Presupuestal N° 321-320-319-318-317-316-315-314-313-312-311-310-309-308-307-306-305**, para la adquisición de medicamentos.

En tal sentido sírvase a proceder Bajo Responsabilidad.

Atentamente,



Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud - Ancash
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
CPC. Edita Erlina Hemostroza Sanchez
MAT N° 06 - 800
JEFE oficina de Administración - RSHS

C.c.
Archivo
EEHS/ADM
CLPP/SEC

Pasaje María Alvarado S/N (Boulevard Pastorita Huaracina)- Independencia- Huaraz
Teléfono-fax: 043-236764

www.redhuavlassur.gob.pe



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH	DIRECCIÓN REGIONAL DE RED DE SALUD DE ANCASH	DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR	UNIDAD DE LOGÍSTICA
--------------------------------	--	--	---------------------

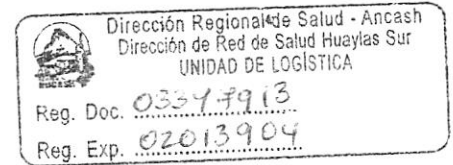


"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

INFORME N° 257 -2025-REGION-A/DIRES-A-D-RED.-S-HS/DE/OA/AD

A : CPC. EDITA ERLINA HENOSTROZA SANCHEZ
Administradora de la Red de Salud Huaylas Sur

DE : C.P.C JAVIER ALBERTI VILLANUEVA LOYOLA
Jefe de la Unidad de Logística de la Red de Salud Huaylas Sur



ATENCIÓN : PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO

ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DE CCP SIAF N° 321,320, 319, 318, 317, 316, 315, 314, 313, 312, 311, 310, 309, 308, 307, 306 Y 305

FECHA : 24 de marzo del 2025

Es grato dirigirme a usted, y hacerle llegar un cordial saludo, asimismo **SOLICITARLE** que el **ÁREA DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO** emita la aprobación de la **CERTIFICACIÓN PRESUPUESTAL** para la adquisición de medicamentos según el siguiente detalle:

META	FUENTE FINANCIAMIENTO	CLASIFICADOR	DESCRIPCIÓN	MONTO TOTAL
0136 0144 0152	4 - 13	2.3. 1 8. 1 2	MEDICAMENTOS	S/ 471,534.50

Es todo lo que informo para su conocimiento.

FOLIOS:

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE RED DE SALUD DE ANCASH
C.P.C. JAVIER ALBERTI VILLANUEVA LOYOLA
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA

C.c. Archivo
VLJA



CERTIFICACION DE CREDITO PRESUPUESTARIO Nro.: 000276

Nº CCP SIAF: 0000000306

1.-Información del Proc.

Tipo de Proc. de Selección : COMPARACION DE PRECIOS
Objeto del Proc. : SUMINISTRO
Síntesis de Especificación Técnica : ADQUISICION DE MEDICAMENTOS
Nro. de Ref. en el PAC : 00002
Incluido en el PAC mediante Resolución:
Base Legal : Artículo 19° de la Ley de Contrataciones del Estado

2.-Contenido del Expediente de Contratación

Requerimiento :
Informado con Documento N° :
Valor Referencial : S/ 50,500.00 Soles

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
CPC. Javier Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

Fecha 24/03/2025

Firma del Responsable de Logística

3.- Disponibilidad Presupuestal

FF/Rb	Meta / MNEMO	Cadena Funcional	Centro de Costo	Clasificador Gasto	Valor Ref. S/
2025					
4-13	0081	20.044.0096.1001.3033255.5000018	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3.1 8.1 2	30,000.00
4-13	0152	20.044.0096.9002.3999999.5001562	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3.1 8.1 2	20,500.00
Sub Total					50,500.00
Total					50,500.00

Resumen Presupuestal por Producto / Proyecto

FF/Rb	Producto / Proyecto	Valor Ref. S/
4-13	3033255 NIÑOS Y NIÑAS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	30,000.00
4-13	3999999 SIN PRODUCTO	20,500.00
Total		50,500.00

isto el expediente de: COMPARACION DE PRECIOS

cuyo contenido se detalla en los numerales 2 y 3 del presente documento y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 19° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y al Artículo 41° del Decreto Legislativo N°1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, se aprueba la presente certificación para que se continúe con el trámite respectivo.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
CPC. Rafael Jackson Antunez Avendaño
MAT. N° 06-2157
Jefe de planificación Estratégica

Fecha

Firma del Responsable de Presupuesto

CERTIFICACION DE CREDITO PRESUPUESTARIO Nro.: 000276

Nº CCP SIAF: 0000000306

1.-Información del Proc.

Tipo de Proc. de Selección : COMPARACION DE PRECIOS
Objeto del Proc. : SUMINISTRO
Síntesis de Especificación Técnica : ADQUISICION DE MEDICAMENTOS
Nro. de Ref. en el PAC : 00002
Incluido en el PAC mediante Resolución:
Base Legal : Artículo 19° de la Ley de Contrataciones del Estado

2.-Contenido del Expediente de Contratación

Requerimiento :
Informado con Documento N° :
Valor Referencial : S/ 50,500.00 Soles

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
CPC. Javier Albani Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

Fecha 24/03/2025

Firma del Responsable de Logística

3.- Disponibilidad Presupuestal

FF/Rb	Meta / MNEMO	Cadena Funcional	Centro de Costo	Clasificador Gasto	Valor Ref. S/
2025					
4-13	0081	20.044.0096.1001.3033255.5000018	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3.1 8.1 2	30,000.00
4-13	0152	20.044.0096.9002.3999999.5001562	01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR	2.3.1 8.1 2	20,500.00
Sub Total					50,500.00
Total					50,500.00

Resumen Presupuestal por Producto / Proyecto

FF/Rb	Producto / Proyecto	Valor Ref. S/
4-13	3033255 NIÑOS Y NIÑAS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	30,000.00
4-13	3999999 SIN PRODUCTO	20,500.00
Total		50,500.00


Este expediente de: COMPARACION DE PRECIOS
cuyo contenido se detalla en los numerales 2 y 3 del presente documento y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 19° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y al Artículo 41° del Decreto Legislativo N°1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, se aprueba la presente certificación para que se continúe con el trámite respectivo.

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH
CPC. Rafael Jackson Antunez Avendaño
MAT. N° 06-2157
Jefe de planificación Estratégica

Fecha

Firma del Responsable de Presupuesto

FORMATO N° 1 RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)								
1. DATOS GENERALES								
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		24/03/2025					
1.2	DEPENDENCIA USUARIA		Sub Almacén de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (SISMED)					
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		ADQUISICION DE PRODUTOS FARMACEUTICOS					
1.4	N° DE REFERENCIA DEL PAC		OBJETIVO/META DEL POI VINCULADO			-		
1.5	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA		Código SNIP		-			
			Documento que declaró la viabilidad, conforme al Sistema Nacional de Inversión Pública		-			
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO								
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO		Documento de requerimiento	INFORME N° 0030-2025-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED		Fecha de recepción	10/03/2025	
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA		Fecha de la segunda versión		De oficio	Con motivo de observaciones		
			Fecha de la tercera versión		De oficio	Con motivo de observaciones		
			Fecha de la cuarta versión		De oficio	Con motivo de observaciones		
			Fecha de la quinta versión		De oficio	Con motivo de observaciones		
2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)		SI	X	NO			
			De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico de la dependencia usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.					
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS		SI	X	NO			
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN		SI		NO	X		
			Documento que aprueba la estandarización			Fecha de aprobación		
2.6	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA CONTRATACIÓN		SE SEÑALA EN EL REQUERIMIENTO					
2.7	OBSERVACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS							
	N° Item	Cantidad total de observaciones	Cantidad de observaciones formuladas por el OEC	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación con la cual se remitió a la dependencia usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación
	Consignar una síntesis de las observaciones							

FORMATO N° 1							
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
Consignar una síntesis de las observaciones							
Consignar una síntesis de las observaciones							
2.8 RESPUESTA DE LA DEPENDENCIA USUARIA							
N° Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC	Comunicación de respuesta de la dependencia usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación de respuesta de la dependencia usuaria	Fecha de remisión de la comunicación
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
2.9 AJUSTES O MODIFICACIONES QUE SE REALIZARON A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR LAS OBSERVACIONES							
N° Item	Ajustes o modificaciones						
3. INFORMACIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO							
3.1 SOBRE EL VALOR ESTIMADO							
Se realizó indagación para actualizar el valor estimado				SI	X	NO	
4. INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO							
4.1 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI	X	NO	
De ser afirmativa la respuesta, indicar el nombre o razón social de los proveedores.							
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.							
4.2 PLURALIDAD DE PRODUCTOS (MARCAS) QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, indicar las marcas.							
De ser negativa la respuesta, indicar la evaluación practicada por la Entidad sobre este aspecto.							
4.3 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO				SI		NO	X
De ser afirmativa la respuesta, sustentar la posibilidad de distribuir la Buena Pro.							
<div style="text-align: center;">  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH</p> <p>CPC. Javier Alberto Villanueva Loyola JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA</p> </div>							
5. NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES							
NOTA: El presente formato se utilizará para la contratación de bienes y suministro de bienes.							

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS											
DETALLE	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PROVEEDOR			PROVEEDOR			PROVEEDOR		
			RUC:	20604626693		RUC:	20610306315		RUC:	20607711713	
			LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C			ANGLOMED E.I.R.L			G MEDICAL DROGUERIA S.A.C		
			REPRESENTANTE LEGAL		LUCIA MARTINEZ MEZONES	REPRESENTANTE LEGAL		OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA	REPRESENTANTE LEGAL		LILIAM GUIO RODRIGUEZ
			TELEF.	977691779		TELEF.			TELEF.		
			EMAIL	LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM		EMAIL	anglomedpe@gmail.com		EMAIL	gmedicalm@gmail.com	
			P. U	P.TOTAL		P. U	P.TOTAL		P. U	P.TOTAL	
1	BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	50	S/. 19.00	S/. 950.00		S/. 19.15	S/. 957.50		S/. 19.20	S/. 960.00
2	BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	UND	200	S/. 22.00	S/. 4,400.00		S/. 22.07	S/. 4,414.00		S/. 22.15	S/. 4,430.00
3	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 ML	UND	500	S/. 21.30	S/. 10,650.00		S/. 21.38	S/. 10,690.00		S/. 21.40	S/. 10,700.00
4	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	500	S/. 9.00	S/. 4,500.00		S/. 9.15	S/. 4,575.00		S/. 9.20	S/. 4,600.00
5	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL	UND	6000	S/. 5.00	S/. 30,000.00		S/. 5.07	S/. 30,420.00		S/. 5.12	S/. 30,720.00
TOTAL				S/ 50,500.00			S/ 51,056.50			S/ 51,410.00	
FORMA DE PAGO				POSTERIOR A LA CONFORMIDAD DEL BIEN ENTREGADO.							

A EFECTOS DE PROGRAMAR ADECUADAMENTE LAS CONTRATACIONES SE REALIZÓ LA INDAGACION DE MERCADO PARA DETERMINAR EL VALOR ESTIMADO, SE SOLICITÓ COTIZACIÓN A LOS DIFERENTES EMPRESAS DE LAS CUALES LAS QUE FIGURAN EN EL CUADRO ENVIARON SU COTIZACION, EL CRITERIO QUE SE TOMO PARA EL VALOR ESTIMADO ES EL DEL MENOR MONTO OFERTADO.

HZ 24/03/2025



RESPONSABLE DE LAS ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH

CPC. Javier Alberto Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

D.S. N° 344-2018-EF "Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado" Artículo 10. Excepciones. No requieren inscribirse como proveedores en el RNP: a) Las entidades del Estado comprendidas en el artículo 3 de la Ley. b) Las sociedades conyugales y las sucesiones indivisas para celebrar contratos sobre bienes y servicios. c) Aquellos proveedores cuyas contrataciones sean por montos iguales o menores a una (1) UIT.

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

ADQUISICION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS											
DETALLE	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PROVEEDOR			PROVEEDOR			PROVEEDOR		
			RUC:	20604626693		RUC:	20610306315		RUC:	20607711713	
			LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C			ANGLOMED E.I.R.L			G MEDICAL DROGUERIA S.A.C		
			REPRESENTANTE LEGAL		LUCIA MARTINEZ MEZONES	REPRESENTANTE LEGAL		OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA	REPRESENTANTE LEGAL		LILIAM GUIO RODRIGUEZ
			TELEF.	977691779		TELEF.			TELEF.		
			EMAIL	LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM		EMAIL	anglomedpe@gmail.com		EMAIL	gmedicalm@gmail.com	
			P. U	P.TOTAL		P. U	P.TOTAL		P. U	P.TOTAL	
1	BICLOMETASONA DIPROPIONATO 50 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	50	S/. 19.00	S/. 950.00		S/. 19.15	S/. 957.50		S/. 19.20	S/. 960.00
2	BROMURO DE IPRATROPIO 20 ug/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	UND	200	S/. 22.00	S/. 4,400.00		S/. 22.07	S/. 4,414.00		S/. 22.15	S/. 4,430.00
3	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 ML	UND	500	S/. 21.30	S/. 10,650.00		S/. 21.38	S/. 10,690.00		S/. 21.40	S/. 10,700.00
4	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 ug/DOSIS AER 200 DOSIS	UND	500	S/. 9.00	S/. 4,500.00		S/. 9.15	S/. 4,575.00		S/. 9.20	S/. 4,600.00
5	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120mL	UND	6000	S/. 5.00	S/. 30,000.00		S/. 5.07	S/. 30,420.00		S/. 5.12	S/. 30,720.00
TOTAL				S/ 50,500.00			S/ 51,056.50			S/ 51,410.00	
FORMA DE PAGO				POSTERIOR A LA CONFORMIDAD DEL BIEN ENTREGADO.							

A EFECTOS DE PROGRAMAR ADECUADAMENTE LAS CONTRATACIONES SE REALIZÓ LA INDAGACION DE MERCADO PARA DETERMINAR EL VALOR ESTIMADO, SE SOLICITÓ COTIZACIÓN A LOS DIFERENTES EMPRESAS DE LAS CUALES LAS QUE FIGURAN EN EL CUADRO ENVIARON SU COTIZACION, EL CRITERIO QUE SE TOMO PARA EL VALOR ESTIMADO ES EL DEL MENOR MONTO OFERTADO.

HZ 24/03/2025



RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

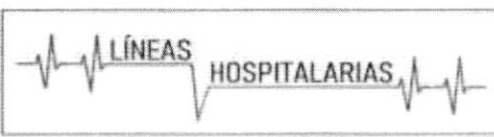
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH

CPC Javier Alberto Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

D.S. N° 344-2018-EF "Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado" Artículo 10. Excepciones. No requieren inscribirse como proveedores en el RNP: a) Las entidades del Estado comprendidas en el artículo 3 de la Ley. b) Las sociedades conyugales y las sucesiones indivisas para celebrar contratos sobre bienes y servicios. c) Aquellos proveedores cuyas contrataciones sean por montos iguales o menores a una (1) UIT.

LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.
RUC: 20604626693
AV. CIRCUNVALACIÓN MZA. K LOTE. 8C2 INT. 3 URB. LA CAPITANA CPM SANTA /
LURIGANCHO
TELÉFONO: 977691779
CORREO: LHINSTITUCIONAL@GMAIL.COM



SEÑORES:	DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR	RUC:	20488336917
RESPONSABLE:	DPT. LOGISTICA	FECHA:	24/03/2025
DIRECCIÓN:	HUARAZ	COTIZACIÓN:	00174

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MARCA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	GENERICO	50	S/ 19,00	S/ 950,00 ✓
BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	GENERICO	200	S/ 22,00	S/ 4.400,00 ✓
SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	GENERICO	500	S/ 9,00	S/ 4.500,00 ✓
SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL	GENERICO	500	S/ 21,30	S/ 10.650,00 ✓
DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	GENERICO	6000	S/ 5,00	S/ 30.000,00 ✓

SUB TOTAL:	42.796,61
I.G.V.:	7.703,39
TOTAL:	50.500,00

OBSERVACIONES:

GARANTIA: 12 MESES
CONDICIONES: CRÉDITO COMERCIAL
ENTREGA: 10 DÍAS CALENDARIO
VALIDEZ COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO



LINEAS HOSPITALARIAS S.A.C.

Lucia Martinez Mezones
GERENTE GENERAL
RUC 20604626693



PROFORMA

Nº 000204

ANGLOMED E.I.R.L.

DIRECCIÓN: CALALFREDO MALDONADO 654
CIUDAD: LIMA
DISTRITO: PUEBLO LIBRE
TELÉFONO: 935449741

FECHA: 24/03/2025
FORMA DE PAGO: CRÉDITO
EMAIL: anglomedpe@gmail.com
RUC: 20610306315

FECHA VENCIMIENTO: CATORCE(14)DÍAS HABLES
FECHA ENTREGA: 10 DÍAS CALENDARIOS DESPUÉS DE ENVIADA LA OC
GARANTÍA: 1 AÑO

RUC: 20488336917
DIRECCION DE RED DE SALUD
RAZÓN SOCIAL: HUAYLAS SUR
DIRECCIÓN: HUARAZ

ID	UN. MEDIDA	PRODUCTO O SERVICIO	MARCA	CANTIDAD	PRECIO	SUB TOTAL
1	UNIDAD	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	GENERIC	50	S/ 19,15	S/ 957,50
2	UNIDAD	BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	GENERIC	200	S/ 22,07	S/ 4.414,00
3	UNIDAD	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	GENERIC	500	S/ 9,15	S/ 4.575,00
4	UNIDAD	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL	GENERIC	500	S/ 21,38	S/ 10.690,00
5	UNIDAD	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	GENERIC	6000	S/ 5,07	S/ 30.420,00

SUBTOTAL S/ 43.268,22
IGV S/ 7.788,28
TOTAL S/ 51.056,50

CONDICIONES GENERALES: La oferta es en soles e incluye todos los impuestos y traslado hasta el destino. La vigencia de nuestra oferta es válida hasta agotar stock. La atención es por un mínimo de S/ 500.00.

ANGLOMED E.I.R.L.
OMAR ESTEBAN ROMERO GARCIA
GERENTE GENERAL
RUC 20610306315



G MEDICAL
Droguería

Cotización
00283-2025

Av. Los Pinos 1793 Urb. El Pinar Comas - Lima Telef. 961810261

gmedicalm@gmail.com

RUC: 20607711713

CLIENTE	Contacto	Fecha	Ciudad
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR	Sres. LOGISTICA	24/03/2025	LIMA
RUC	Dirección	Descuento (%)	T. Pago
20488336917	Pj. Maria Alvarado Trujillo Nro. 241 - Huaraz - Ancash		S/ 51.410,00

Ítem	Descripción	Marca	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Precio Total
1	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	GENERICO	50	UND	S/ 19,20	S/ 960,00
2	BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	GENERICO	200	UND	S/ 22,15	S/ 4.430,00
3	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	GENERICO	500	UND	S/ 9,20	S/ 4.600,00
4	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL	GENERICO	500	UND	S/ 21,40	S/ 10.700,00
5	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	GENERICO	6000	UND	S/ 5,12	S/ 30.720,00

Condiciones:

Precio expresado en soles. Incluye IGV y gastos de envío

Plazao de entrega: 10 días calendarios

Validez de oferta: 15 días calendarios



G MEDICAL DROGUERIA S.A.C.
RUC 20607711713

Lilian Z. Guido Rodríguez
GERENTE GENERAL

Subtotal	S/	43.567,80
IGV(18%)	S/	7.842,20
Valor total	S/	51.410,00

INFORME N° 0030-2025-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED

DOC.: 03324717
EXP.: 01999841

A : C.D. WILDER GIRALDO FONTELA
Director de ODI de la R.S.H

DE : Q.F. OSWALDO BLÁCIDO GONZÁLES
Jefe de Sub Almacén Especializado de Medicamentos de la RSHS

ASUNTO : SE REMITE REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DESABASTECIDOS, SUBSTOCK Y RIESGO A SUBSTOCK PARA COMPRA INSTITUCIONAL EN EL AÑO 2025, CON PRESUPUESTO DONACIONES Y TRANSFERENCIAS.

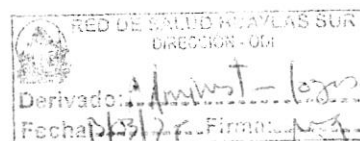
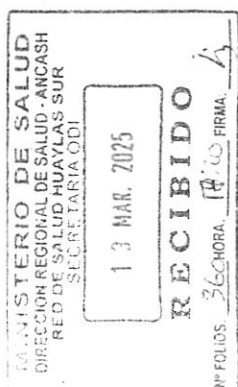
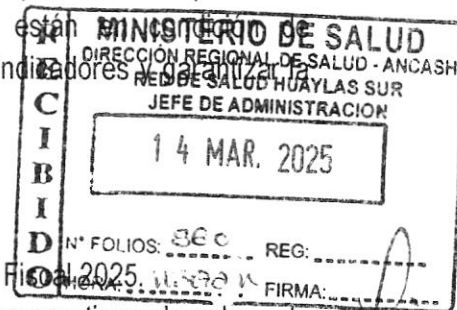
ATENCIÓN : OFICINA DE LOGÍSTICA DE LA R.S.H.S.

FECHA : Huaraz, 10 de marzo del 2025.

Me dirijo a usted para saludarle cordialmente, y al mismo tiempo remitirle el requerimiento de productos farmacéuticos para compra institucional en el año 2025, los cuales están desabastecimiento, substock y riesgo a sub stock, para mantener óptimos indicadores y garantizar la gratuidad en el paciente asegurado al SIS.

I. BASE LEGAL.

- Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2025.
- Ley N° 26842- Ley General de Salud, numeral III. III "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley, pues el derecho a la protección de la salud es irrenunciable".
- Resolución Ministerial N° 116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios -SISMED.
- Resolución Ministerial N° 1288-2018/MINSA que aprueba el Listado Nacional de Productos Farmacéuticos Vitales.
- Resolución ministerial N° 007-2021/MINSA, que establece mantener un alto porcentaje de establecimientos de salud que aseguren los medicamentos, insumos y equipos críticos para los programas presupuestales seleccionados y disponibilidad de medicamentos esenciales.
- Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el reglamento Ley N° 30947, Ley de Salud Mental; Artículo 23, numeral 1 y 2, Disponibilidad de psicofármacos para la atención en todos los niveles:
 - "Los establecimientos de salud que cuenten en su cartera de servicios con prestaciones de salud mental, disponen en forma sostenida y permanente de los psicofármacos necesarios para el tratamiento de los problemas de salud mental.
 - El Estado, a través de sus entidades competentes, asegura la disponibilidad y el acceso a los medicamentos psicotrópicos esenciales, estratégicos y de soporte, de calidad controlada, necesarios para atender los casos de refractariedad e intolerancia a los efectos indeseables de los fármacos esenciales.



- g. Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", aprobada con R.M. N° 116-2018/MINSA, numeral 6.3.5, menciona, "que a nivel regional o local, previa emisión de un informe técnico de la ARAM, la jefatura de farmacia o quien haga sus veces, se permite la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios considerados en compras nacionales cuando se presenten algunas de las siguientes situaciones:
- Falta de productos o riesgo de desabastecimiento en el almacén de unidad ejecutora.
 - Emergencias, o emergencias sanitarias, y desastres declarados por Decreto Supremo".
- En estas circunstancias, el Seguro Integral de Salud (SIS) reconoce el precio resultante de estas adquisiciones, para fines de reposición.
- h. Convenio entre el Seguro Integral de Salud-SIS, fondo intangible solidario de salud- FISSAL y el Gobierno Regional de Ancash para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados, 2025.

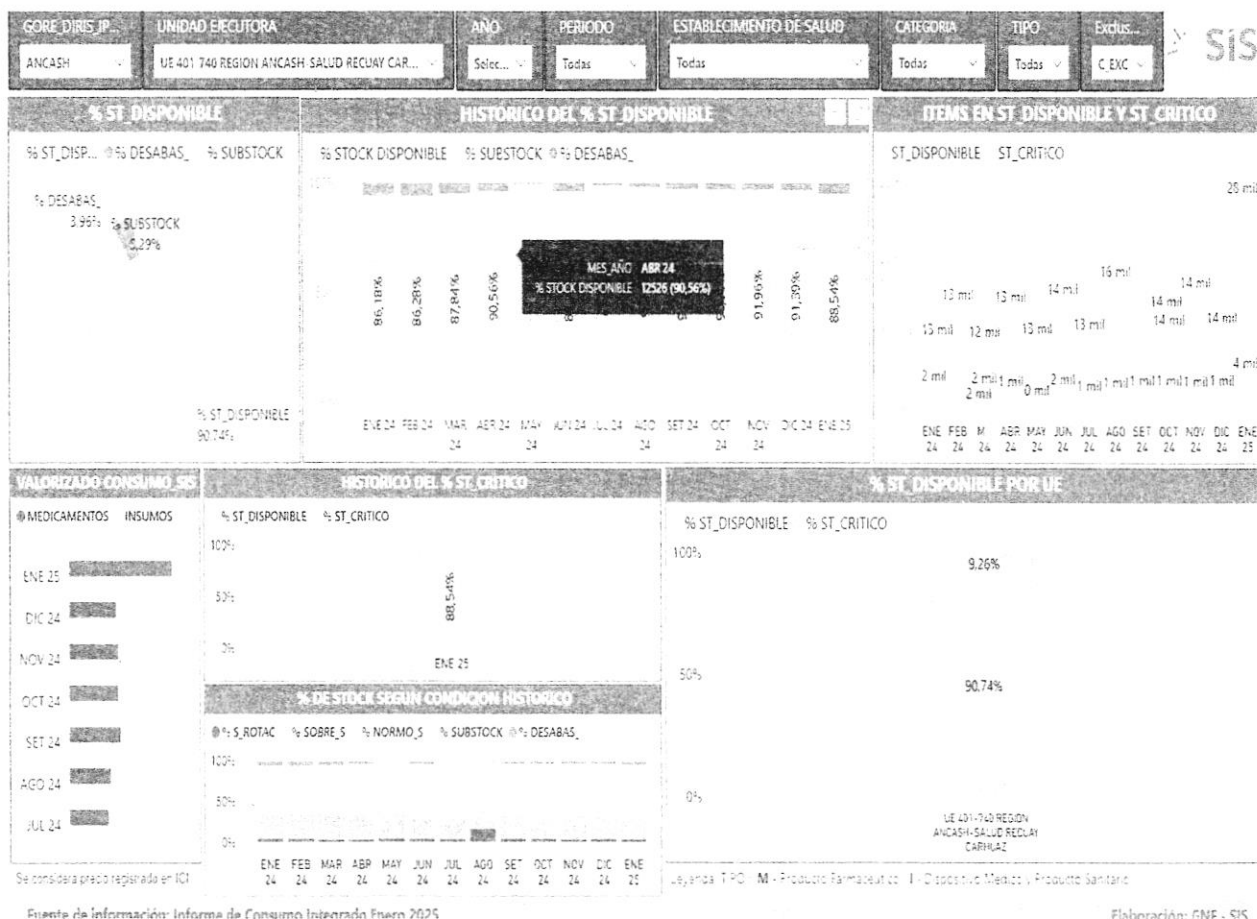
II. ANTECEDENTES.

- a. En relación a la compra centralizada 2024 CENARES, de los 334 productos programados para la Red de Salud Huaylas Sur, han ingresado al 100%, solo 54 productos (16.2 %), 107 tienen ingreso parcial (32.0%), faltando ingresar 173, estos porcentajes son datos actualizados al 07-03-2025. De los productos que no han ingresado, 68 ítems están en situación de desabastecimiento, este incumplimiento por el CENARES, no ayuda a mantener una disponibilidad adecuada de medicamentos esenciales, pues el 51.8% de los medicamentos programados por compra centralizada 2024 no han ingresado a la fecha del presente informe.
- b. En relación a la compra centralizada 2025 CENARES, de los 348 productos programados, han ingresado al 100% solo 21 productos (6.0%), 20 tienen ingreso parcial (5.7%), faltando ingresar 307 (88.2%).
- c. La demora en la entrega de productos farmacéuticos por el CENARES, por compra centralizada 2024 y 2025, han producido situaciones de sub stock y desabastecimiento en gran parte de los establecimientos de salud de la jurisdicción de la unidad ejecutora, algunos de los cuales han hecho conocer tal problemática de forma documentada como se muestra a continuación:
- OFICIO N° 0126-2025/REGIÓN-A/DIRES-A/D-RED-S-HUAYLAS-SUR/M.R.P/J., emitido por el jefe de la Microred Palmira, de fecha 11-02-2025, cuyo asunto es "Desabastecimiento de productos farmacéuticos en el servicio de farmacia del Centro de Salud Palmira".
 - OFICIO N° 0104-2025/REGIÓN-A/DIRES-A/D-RED-S-HUAYLAS-SUR/CLAS/M.R. MONTERREY/J., emitido por el jefe de la Microred Monterrey, de fecha 13-02-2025, cuyo asunto es "Informe reiterativo de desabastecimiento de medicamentos, insumos médicos y productos sanitarios".

- INFORME N° 044-2025/REGIÓN-A-DIRES-A-RED-S-HS/ODI/CSME-AW, emitido por la jefatura del CSMC Ally Waraq. De fecha 20-02-2025, cuyo asunto es “Informe de desabastecimiento de medicamentos en el servicio de farmacia del C.S.M.C. Ally Waraq”.

III. ANÁLISIS.

Durante el periodo de noviembre 2024 a enero 2025, el porcentaje de disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (PF, DM y PS) ha ido disminuyendo en la Red de Salud Huaylas Sur, lo cual se refleja en la página que el SIS evalúa el porcentaje de disponibilidad de PF, DM y PS, el Mundo IPRESS, según esta página, en el mes de noviembre 2024 el porcentaje fue del 91.96%, diciembre 2024 bajó al 91.39% y enero 2025 disminuyó al 88.54%, según se muestra en el siguiente gráfico.



Es importante señalar que el CENARES no ha cumplido con el ingreso total de productos farmacéuticos programados por compra centralizada en el 2024, a la fecha, no ha llegado a internar a la unidad ejecutora el 51.8% de lo programado, correspondiente a 174 ítems. Este retraso en particular afecta mucho cumplir con los indicadores financieros del SIS, pues, gran parte de los medicamentos que están en situación de desabastecimiento y sub stock, están dentro de los ítems que todavía no han sido internados, entre ellos: alcohol 70° 1 litro, amlodipino (como besilato) 10 mg tableta, Benzoato de bencilo

120 mL 25 g/100 mL (25 %), Ceftriaxona sódica (como sal sódica) con diluyente 1 g inyectable, Clindamicina (como clorhidrato) 300 mg tableta, Clobetasol propionato 25 g 50 mg/100 g (0.05 %) crema, Hidroxocobalamina 1 mL 1 mg/mL, entre otros de alta rotación. En relación a la compra centralizada 2025, a la fecha solo ingresó al 100% 21 productos correspondiente al 6.0% y 20 tienen ingreso parcial que corresponde al 5.7%, faltando internar el 88.2%.

Esta problemática generado por el incumplimiento del CENARES, en especial por la compra centralizada 2024, pone en riesgo el abastecimiento de los 131 establecimientos de salud de la jurisdicción de la unidad ejecutora, pues se corre el riesgo de los índices de disponibilidad de productos farmacéuticos siga bajando en los meses posteriores a enero del 2025, y no se llegue a cumplir con el indicador financiero N° 02 INDICADOR PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, el cual debe ser mayor o igual al 90% en junio del 2025; así mismo, también el riesgo de cumplir con el indicador de gratuidad en el paciente asegurado al SIS, cuyo porcentaje a junio debe ser igual o mayor al 94%; hay que tener presente que, el no cumplir con este indicador, cuya base es la disponibilidad de productos farmacéuticos e insumos, el paciente tendría que realizar gasto de bolsillo adicional perjudicando su economía, ya que en su mayoría son de condición socioeconómica baja. Hay que tener presente que algunos establecimientos de salud han informado esta problemática vía documentada, entre ellos el C.S. Palmira, mediante OFICIO N° 0126-2025/REGIÓN-A/DIRES-A/D-RED-S-HUAYLAS-SUR/M.R.P/J. y el C.S. Monterrey mediante OFICIO N° 0104-2025/REGIÓN-A/DIRES-A/D-RED-S-HUAYLAS-SUR/CLAS/M.R. MONTERREY/J.

En cuanto a los psicofármacos, también se ha visto un retraso en el ingreso de estos medicamentos por parte del CENARES, que afectan a los pacientes asegurados al SIS de los tres Centros de Salud Mental y Comunitarios de la unidad ejecutora, entre los cuales se mencionan: alprazolam 500 ug tableta, haloperidol 10 mg tableta, levomepromazina 100 mg tableta, entre otros, (cuadro N° 02) que causan malestar en el familiar del paciente, pues estos producto son de alto costo en los establecimientos farmacéuticos particulares, y por consecuente existe el riesgo a que el paciente entre en crisis por no cumplir su tratamiento médico. Este problema fue documentado por la jefatura del C.S.M.C. Ally Waraq, mediante INFORME N° 044-2025/REGIÓN-A-DIRES-A-RED-S-HS/ODI/CSME-AW.

Actualmente se tiene 68 medicamentos en condición de "desabastecido", 30 en condición de sub stock, 33 en sub stock y 34 en normostock con riesgo a substock, lo cual tiene que ser revertido en el más breve plazo, para garantizar la gratuidad en la atención del paciente asegurado al SIS y cumplir con los Indicador Financiero N° 02, estos productos se mencionan en el cuadro N°01 del presente informe.

En relación al marco normativo, el numeral III, de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, menciona: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley, pues el derecho a la protección de la salud es irrenunciable"; así mismo, el numeral 6.3.5 de la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", aprobada con R.M. N° 116-2018/MINSA, menciona, "que a nivel regional o local, previa emisión de un informe técnico de la ARAM, la jefatura de farmacia o quien haga sus veces, se permite la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios considerados en compras nacionales cuando se presenten algunas de las siguientes situaciones:

- Falta de productos o riesgo de desabastecimiento en el almacén de unidad ejecutora.
- Emergencias, o emergencias sanitarias, y desastres declarados por Decreto Supremo". En estas circunstancias, el Seguro Integral de Salud (SIS) reconoce el precio resultante de estas adquisiciones, para fines de reposición.

IV. CONCLUSIÓN:

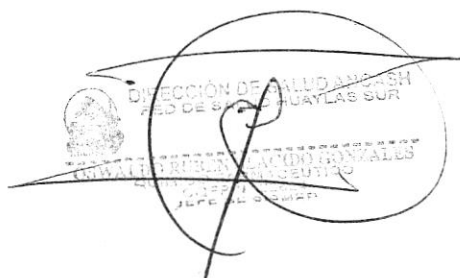
Por lo expuesto, ante la caída del porcentaje de disponibilidad de productos farmacéuticos en enero del 2025, con el riesgo de que siga cayendo en los meses posteriores, lo cual afectaría los índices de gratuidad en el paciente asegurado al SIS, con el consiguiente gasto de bolsillo, se solicita la compra institucional urgente de 173 medicamentos en condición de desabastecido, sub stock y normo stock, con riesgo a sub stock, de alta rotación con presupuesto Donaciones y Transferencias, según se menciona en los cuadros N° 01 y 02 del presente informe, para garantizar la gratuidad de medicamentos e insumos en la población asegurada al SIS, y al mismo tiempo incrementar la disponibilidad a un índice igual o superior al 90%, tal como lo menciona el Convenio el Seguro Integral de Salud-SIS, fondo intangible solidario de salud- FISSAL y el Gobierno Regional de Ancash para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados, 2025.

V. RECOMENDACIÓN:

Se recomienda la compra institucional de 173 productos farmacéuticos de alta rotación para poder mantener un índice de disponibilidad igual o superior al 90% a junio del 2025, y garantizar la gratuidad en el paciente asegurado al SIS, ya que el CENARES no garantiza el abastecimiento oportuno durante este año fiscal.

Agradeciendo la atención a la presente, me despido de usted, no sin antes recordarle mi muestra de estima personal.

Atentamente,



Adjunto:

- Cuadro N° 01. Requerimiento de productos farmacéuticos para compra institucional 2025.
- Cuadro N° 02. Requerimiento de psicofármacos para compra institucional 2025.
- OFICIO N° 0126-2025/REGIÓN-A/DIRES-A/D-RED-S-HUAYLAS-SUR/M.R.P/J.
- OFICIO N° 0104-2025/REGIÓN-A/DIRES-A/D-RED-S-HUAYLAS-SUR/CLAS/M.R. MONTERREY/J.
- INFORME N° 044-2025/REGIÓN-A-DIRES-A-RED-S-HS/ODI/CSME-AW.
- Anexos N° 05 con fichas técnicas.

CUADRO N° 01: REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA COMPRA COMPRA INSTITUCIONAL-RSHS 2025

CÓDIGO SISMED	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO	UNIDAD MEDIDA	presenta	CONCENTRACIÓN	Tipo me	SALDO	CONS.PRO M.MENSU AL	MED	REQUERIMIENTO TOTAL	FICHA TECNICA
00143	582400320003	ACICLOVIR - 200 mg - TABLET -	TABLET		200 mg	MEDC	5820	3294	1.8	20,000	SI
00145	582400320014	ACICLOVIR - 400 mg - TABLET -	TABLET		400 mg	MEDC	1170	181	6.5	1,000	SI
00091	580200500001	ACIDO ACETILSALICILICO - 100 mg - TABLET -	TABLET		100 mg	MEDC	46560	5698	8.2	30,000	SI
356	586800010004	ACIDO ALENDRONICO (COMO ALENDRONATO SODICO) - 70 mg	TABLET		70 mg	MEDC	0	22	0.0	300	SI
00200	582800250001	ACIDO FOLICO - 500 æg (0.5 mg) - TABLET -	TABLET		500 æg (0.5 mg)	MEDC	74560	16651	4.5	100,000	SI
00223	582800020004	ACIDO TRANEXAMICO - 1 g - INYECT - 10 mL	INYECT	10 mL	1 g	MEDC	50	14	3.6	100	SI
00225	582800020002	ACIDO TRANEXAMICO - 250 mg - TABLET -	TABLET		250 mg	MEDC	490	104	4.7	500	NO
08013	585100140009	AGUA PARA INYECCION - - INYECT - 1 L	INYECT	1L		MEDC	104	17	6.1	4,000	SI
08008	585100140001	AGUA PARA INYECCION - - INYECT - 5 MI	INYECT	5ml		MEDC	32	494	0.1	3,000	SI
00259	580600040004	ALBENDAZOL	SUSPEN	20ml	100 mg/5ml	MEDC	0	794	0.0	4,800	SI
10230	353800010007	ALCOHOL ETILICO (ETANOL) - 96ø - SOLUCI - 1 L	SOLUCI	1 L	96ø	MEDC	6	283	0.0	3,000	NO
18091	583800700003	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO	SUSPEN	5 mL	400 + 400 mg	MEDC	3505	1546	2.3	6,500	SI
00627	580900030001	AMIKACINA (COMO SULFATO) - 250 mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	2 mL	250 mg/mL	MEDC	4331	538	8.1	2,000	SI
00663	583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO - 50 mg/mL - INYECT - 3 mL	INYECT	3 mL	50 mg/mL	MEDC	0	25	0.0	200	SI
00671	583100020001	AMLODIPINO (COMO BESILATO) - 10 mg - TABLET -	TABLET		10 mg	MEDC	10	417	0.0	3,000	SI
00673	583100020002	AMLODIPINO (COMO BESILATO) - 5 mg - TABLET -	TABLET		5 mg	MEDC	10	571	0.0	4,000	SI
00807	580700100004	AMOXICILINA - 250 mg - TABLET -	TABLET		250 mg	MEDC	0	4164	0.0	25,000	SI
00794	580700100009	AMOXICILINA - 250 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	60 mL	250 mg/5 mL	MEDC	6630	1610	4.1	8,000	SI
00808	580700100007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	161680	23695	6.8	120,000	SI
00725	580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) -	SUSPEN	60 mL	250 mg + 62.5 r	MEDC	41	800	0.1	5,000	SI
00750	580700150007	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) -	TABLET		500 mg + 125 n	MEDC	5100	12673	0.4	80,000	SI
00830	780700090007	AMPICILINA SODICA -1g - INYECT -	INYECT		1 g	MEDC	1102	75	14.7	200	SI
00903	583200130001	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) - 20 mg - TABLET -	TABLET		20 mg	MEDC	700	16143	0.0	110,000	SI
00904	583200130003	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) - 40 mg - TABLET -	TABLET		40 mg	MEDC	25000	3238	7.7	13,000	SI
00910	580400170003	ATROPINA SULFATO	INYECT	ml	1 mg/mL	MEDC	1864	257	7.3	700	SI
00933	581000080004	AZITROMICINA - 200 mg/5 mL - SUSPEN - 30 mL	SUSPEN	30 mL	200 mg/5 mL	MEDC	1554	259	6.0	800	SI
00947	581000080007	AZITROMICINA - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	0	3974	0.0	24,000	SI
01012	585000070001	BECLOMETASONA DIPROPIONATO - 50 æg/DOSIS - AEROSO - 2	AEROSO	200 DOSIS	50 æg/DOSIS	MEDC	184	18	10.2	50	SI
01029	580700110003	BENCILPENICILINA PROCAINICA - 1000000 UI - INYECT -	INYECT		1000000 UI	MEDC	6625	467	14.2	1,000	SI
01043	580700160003	BENZATINA BENCILPENICILINA - 1200000 UI - INYECT -	INYECT		1200000 UI	MEDC	295	602	0.5	3,500	SI
01053	583300950004	BENZOATO DE BENCILO - 25 g/100 mL (25 %) - LOCION - 120 mL	LOCION	120 mL	25 g/100 mL (25	MEDC	0	193	0.0	1,500	SI
01205	583300990002	BETAMETASONA (COMO DIPROPIONATO) - 50 mg/100 g (0.05 %)	CREMA	20 g	50 mg/100 g (0.	MEDC	1500	457	3.3	3,000	SI
01213	587100020001	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) - 4 mg/mL - INYEC	INYECT	1 mL	4 mg/mL	MEDC	100	41	2.4	250	SI
	583800140002	BISACODILO (TABLETA DE LIBERACION MODIFICADA) - 5 mg - T	TABLET		5 mg	MEDC	0	33	0.0	500	SI
01256	583800730003	BISMUTO SUBSALICILATO - 87.33 mg/5 mL - SUSPEN - 150 mL	SUSPEN	150 mL	87.33 mg/5 mL	MEDC	2962	762	3.9	5,000	SI
20622	585000480001	BROMURO DE IPRATROPIO - 20 æg/Dosis - AEROSO - 200 DOSIS	AEROSO	200 DOSIS	20 æg/Dosis	MEDC	568	73	7.8	200	SI
01346	587000060001	BROMURO DE VECURONIO - 4 mg/mL - INYECT - 1 mL	INYECT	1 mL	4 mg/mL	MEDC	0	1	0.0	10	SI
01467	585100110001	CALCIO GLUCONATO - 100 mg/mL (Equiv. a 8.4 mg/mL de Calc	INYECT	10 mL	100 mg/mL (Equiv	MEDC	693	126	5.5	300	SI
01522	583100320002	CAPTOPRIL - 25 mg - TABLET -	TABLET		25 mg	MEDC	12770	4017	3.2	30,000	SI
01537	582700100001	CARBIDOPA + LEVODOPA - 25 mg + 250 mg - TABLET -	TABLET		25 mg + 250 mg	MEDC	0	783	0.0	7,000	SI

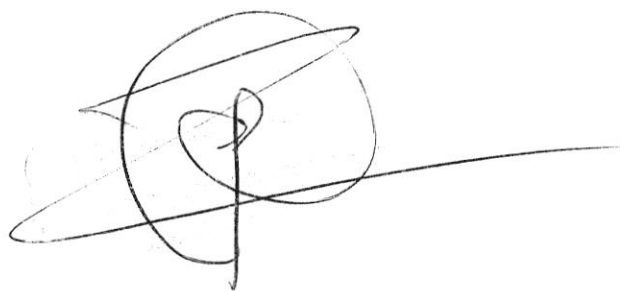
01628	580800180002	CEFALEXINA - 250 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	60 mL	250 mg/5 mL	MEDC	13	220	0.1	2,000	SI
01636	580800180003	CEFALEXINA - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	0	15052	0.0	120,000	SI
01639	580800210004	CEFAZOLINA (COMO SAL SODICA) - 1 g - INYECT -	INYECT		1 g	MEDC	740	85	8.7	500	SI
18157	580800230007	CEFTAZIDIMA CON DILUYENTE	INYECT		1 g	MEDC	0	25	0.0	200	SI
01684	580800240002	CEFTRIAXONA SODICA - 1 g - INYECT -	INYECT		1 g	MEDC	0	2191	0.0	15,000	SI
01711	580800150001	CEFUROXIMA (COMO AXETIL) - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	800	1065	0.8	10,000	SI
01846	581400130004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	0	8524	0.0	80,000	SI
01841	584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO)(SOLUCION OFTALMICA)	SOLUCI	5 mL	3 mg/mL (0.3 %	MEDC	537	28	19.2	100	SI
01837	581400130009	CIPROFLOXACINO (COMO LACTATO) - 200 mg - INYECT - 100 mL	INYECT	100 mL	200 mg	MEDC	0	135	0.0	1,000	SI
1930	581000040001	CLARITROMICINA	TABLET	500mg		MEDC	50	895	0.1	7,000	SI
01964	581000070002	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) - 300 mg - TABLET -	TABLET		300 mg	MEDC	0	5799	0.0	50,000	SI
01958	581000070003	CLINDAMICINA (COMO FOSFATO) - 600 mg - INYECT - 4 mL	INYECT	4 mL	600 mg	MEDC	2737	751	3.6	4,000	SI
01973	583300230002	CLOBETASOL PROPIONATO	CREMA	100 g	50 mg/100 g (0.5 %)	MEDC	3416	297	11.5	2,000	SI
02055	581200010002	CLORANFENICOL - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	50	156	0.3	1,000	SI
02128	580300180005	CLORFENAMINA MALEATO - 10 mg/mL - INYECT - 1 mL	INYECT	1 mL	10 mg/mL	MEDC	2757	1241	2.2	10,000	SI
02132	580300180006	CLORFENAMINA MALEATO - 2 mg/5 mL - JARABE - 120 mL	JARABE	120 mL	2 mg/5 mL	MEDC	14	1587	0.0	12,000	SI
02149	580300180004	CLORFENAMINA MALEATO - 4 mg - TABLET -	TABLET		4 mg	MEDC	0	22370	0.0	180,000	SI
02319	583301020002	CLOTRIMAZOL - 1 g/100 g (1 %) - CREMA - 20 g	CREMA	20 g	1 g/100 g (1 %)	MEDC	0	916	0.0	6,000	SI
02354	581800060003	CLOTRIMAZOL - 500 mg - OVULO -	OVULO		500 mg	MEDC	11800	1823	6.5	11,000	SI
02653	587100030007	DEXAMETASONA - 2 mg/5 mL - ELIXIR - 100 ML	ELIXIR	100 mL	2 mg/5 mL	MEDC	0	22	0.0	150	SI
02657	587100030005	DEXAMETASONA - 4 mg - TABLET -	TABLET		4 mg	MEDC	11740	4058	2.9	30,000	SI
02654	587100030006	DEXAMETASONA - 500 æg (0.5 mg) - TABLET -	TABLET		500 æg (0.5 mg)	MEDC	30	2081	0.0	12,000	SI
02642	587100030001	DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA) - 4 mg/2 mL -	INYECT	2 mL	4 mg/2 mL	MEDC	22800	7154	3.2	50,000	SI
02724	585000510002	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO - 15 mg/5 mL - JARABE -	JARABE	120 mL	15 mg/5 mL	MEDC	1080	928	1.2	6,000	SI
03783	585100070013	DEXTROSA - 10 g/100 mL (10 %) - INYECT - 1 L	INYECT	1 L	10 g/100 mL (10 %)	MEDC	6	4	1.5	36	SI
03787	585100070012	DEXTROSA - 333 mg/mL (33 %) - INYECT - 20 mL	INYECT	20 mL	333 mg/mL (33 %)	MEDC	316	157	2.0	1,000	SI
03789	585100070011	DEXTROSA - 5 g/100 mL (5 %) - INYECT - 1 L	INYECT	1 L	5 g/100 mL (5 %)	MEDC	241	104	2.3	600	SI
02794	584400680009	DICLOFENACO (SOLUCION OFTALMICA) - 1 mg/mL - SOLUCI - 5	SOLUCI	5 mL	1 mg/mL	MEDC	8	38	0.2	300	SI
02788	580200470003	DICLOFENACO SODICO - 75 mg/mL - INYECT - 3 mL	INYECT	3 mL	25 mg/mL	MEDC	43539	9279	4.7	70,000	SI
02830	580700120009	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) - 250 mg/5 mL - SUSPEN -	SUSPEN	60 mL	250 mg/5 mL	MEDC	2649	237	11.2	1,600	SI
02836	580700120005	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	23460	8745	2.7	60,000	SI
02884	583800750001	DIMENHIDRINATO - 50 mg - INYECT - 5 mL	INYECT	5 mL	50 mg	MEDC	3881	1075	3.6	7,000	SI
02891	583800750003	DIMENHIDRINATO - 50 mg - TABLET -	TABLET		50 mg	MEDC	11140	1694	6.6	7,000	SI
02954	583000220005	DINITRATO DE ISOSORBIDA(SUB LINGUAL) - 5 mg - TABLET -	TABLET		5 mg	MEDC	30	2	15.0	100	SI
03010	583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO - 40 mg/mL - INYECT - 5 mL	INYECT	5 mL	40 mg/mL	MEDC	50	1	50.0	20	SI
03018	581100050001	DOXICICLINA - 100 mg - TABLET -	TABLET		100 mg	MEDC	40150	5615	7.2	20,000	SI
03080	583100330002	ENALAPRIL MALEATO	TABLET		20 mg	MEDC	0	3184	0.0	25,000	SI
03078	583100330004	ENALAPRIL MALEATO - 10 mg - TABLET -	TABLET		10 mg	MEDC	24130	23632	1.0	140,000	SI
03139	584500020003	ERGOMETRINA MALEATO - 200 æg/mL (0.2 mg/mL) - INYECT - 1	INYECT	1 mL	200 æg/mL (0.2 mg/mL)	MEDC	95	85	1.1	500	SI
03191	581000060011	ERITROMICINA	TABLET		500mg	MEDC	7	5005	0.0	30,000	SI
03182	581000060009	ERITROMICINA - 250 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	60 mL	250 mg/5 mL	MEDC	1438	232	6.2	1,200	SI
03215	583800810005	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO - 10 mg - TABLET -	TABLET		10 mg	MEDC	5	9231	0.0	60,000	SI
03213	583800810004	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO - 20 mg/mL - INYECT - 1 mL	INYECT	1 mL	20 mg/mL	MEDC	1900	1255	1.5	9,000	SI
03266	583900430002	ESTRIOL (CREMA VAGINAL) - 100 mg/100 g (0.1 %) - CREMA - 15	CREMA	15 g	100 mg/100 g (0.1 %)	MEDC	0	31	0.0	200	SI

03451	580500100003	FENITOINA SODICA - 100 mg - TABLET -	TABLET		100 mg	MEDC	0	729	0.0	5,000	SI
03443	580500100007	FENITOINA SODICA - 50mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	2 mL	50mg/mL	MEDC	94	20	4.7	150	SI
21570	580500110005	FENOBARBITAL	INYECT	1 mL	200mg/mL	MEDC	0	5	0.0	20	SI
03552	582800230008	FERROSO SULFATO - 300 mg (Equiv. 60 mg Fe) - TABLET -	TABLET		300 mg (Equiv.	MEDC	116000	14129	8.2	30,000	SI
03576	582800300002	FITOMENADIONA - 10 mg/mL - INYECT - 1 mL	INYECT	1 mL	10 mg/mL	MEDC	236	368	0.6	2,500	SI
03595	581800100005	FLUCONAZOL - 150 mg - TABLET -	TABLET		150 mg	MEDC	10000	2182	4.6	9,000	SI
03708	581500070008	FURAZOLIDONA 100 mg TABLET	TABLET		100 mg	MEDC	16720	2890	5.8	6,000	SI
03710	583700010004	FUROSEMIDA - 10 mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	2 mL	10 mg/mL	MEDC	1261	881	1.4	5,000	SI
03713	583700010002	FUROSEMIDA - 40 mg - TABLET -	TABLET		40 mg	MEDC	550	711	0.8	6,000	SI
03735	583200090003	GEMFIBROZIL - 600 mg - TABLET -	TABLET		600 mg	MEDC	110	7219	0.0	50,000	SI
03751	580900040002	GENTAMICINA (COMO SULFATO) - 40 mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	2 mL	40 mg/mL	MEDC	0	121	0.0	800	SI
03758	584000170001	GLIBENCLAMIDA - 5 mg - TABLET -	TABLET		5 mg	MEDC	16710	7910	2.1	55,000	SI
03952	587100010001	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SODICO) - 100 mg - INYECT	INYECT	2 mL	100 mg	MEDC	430	83	5.2	700	SI
19238	582800010003	HIERRO (COMO SACARATO) - 20 mg Fe/mL - INYECT - 5 mL	INYECT	5 mL	20 mg Fe/mL	MEDC	44	10	4.4	100	SI
18879	584400170023	HIPROMELOSA(SOLUCION OFTALMICA) - 3 mg/mL - SOLUCI - 15	SOLUCI	15 mL	3 mg/mL	MEDC	0	23	0.0	150	SI
04024	580200430007	IBUPROFENO - 100 mg/5 mL - SUSPEN - 60 mL	SUSPEN	60 mL	100 mg/5 mL	MEDC	10000	1698	5.9	10,000	SI
04034	580200430010	IBUPROFENO - 400 mg - TABLET -	TABLET		400 mg	MEDC	0	37094	0.0	260,000	SI
04187	580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) - 50 mg/mL - INYECT - 10 ML	INYECT	10 mL	50 mg/mL	MEDC	1	17	0.1	200	SI
04291	583800800021	LACTULOSA	SOLUCI		3.33 g/5 mL	MEDC	2000	438	4.6	2,000	SI
04365	581400040003	LEVOFLOXACINO	TABLET		500 mg	MEDC	2000	685	2.9	5,000	SI
04381	587300010002	LEVOTIROXINA SODICA - 100 æg (0.1 mg) - TABLET -	TABLET		100 æg (0.1 mg)	MEDC	0	852	0.0	6,000	SI
04415	580100210010	LIDOCAINA CLORHIDRATO - 2 g/100 g - GEL - 10 g	GEL	10 g	2 g/100 g	MEDC	0	31	0.0	200	SI
04394	580100210016	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA - 20 mg + 10 ug/mL - I	INYECT	1.8 mL	20 mg + 10 ug/mL	MEDC	0	1782	0.0	20,000	SI
04390	580100210019	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN PRESERVANTES - 2 g/100 mL (2 %	INYECT	20 mL	2 g/100 mL (2 %	MEDC	1174	389	3.0	3,000	SI
04514	580300200004	LORATADINA - 10 mg - TABLET -	TABLET		10 mg	MEDC	0	8623	0.0	70,000	SI
04565	583700020004	MANITOL - 20 g/100 mL (20 %) - INYECT - 1 L	INYECT	1 L	20 g/100 mL (20 %	MEDC	24	2	12.0	12	SI
04567	583700020003	MANITOL - 20 g/100 mL (20 %) - INYECT - 500 mL	INYECT	500 mL	20 g/100 mL (20 %	MEDC	19	1	19.0	12	SI
04585	580600050001	MEBENDAZOL	TABLET		100 mg	MEDC	9300	1222	7.6	3,000	SI
04582	580600050002	MEBENDAZOL - 100 mg/5 mL - SUSPEN - 30 mL	SUSPEN	30 mL	100 mg/5 mL	MEDC	2880	718	4.0	4,000	SI
04677	580200440001	METAMIZOL SODICO - 1 g - INYECT - 2 mL	INYECT	2 mL	1 g	MEDC	0	2843	0.0	20,000	SI
04752	583800760003	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO - 10 mg - TABLET -	TABLET		10 mg	MEDC	12842	1775	7.2	4,000	SI
04743	583800760002	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO - 5 mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	2mL	5 mg/mL	MEDC	4	179	0.0	2,000	SI
04794	581900040001	METRONIDAZOL - 250 mg/5 mL - SUSPEN - 120 mL	SUSPEN	120 mL	250 mg/5 mL	MEDC	1369	485	2.8	3,500	SI
04776	581900040009	METRONIDAZOL - 500 mg - INYECT - 100 mL	INYECT	100 mL	500 mg	MEDC	0	237	0.0	1,500	SI
04805	581900040002	METRONIDAZOL - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	35000	11203	3.1	80,000	SI
04847	583800400001	MISOPROSTOL	TABLET		200 æg	MEDC	666	363	1.8	2,000	SI
04922	583300520002	MUPIROCINA (COMO SAL CALCICA)	CREMA		2 g/100 g (2 %)	MEDC	1213	186	6.5	1,000	SI
04981	580200450008	NAPROXENO	TABLET		250 mg	MEDC	10	5548	0.0	40,000	SI
04982	580200450003	NAPROXENO - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	550	35311	0.0	300,000	SI
05018	583100300001	NIFEDIPINO - 10 mg - TABLET -	TABLET		10 mg	MEDC	7140	1650	4.3	10,000	SI
05103	581500080003	NITROFURANTOINA - 100 mg - TABLET -	TABLET		100 mg	MEDC	0	1832	0.0	15,000	SI
05118	583000260001	NOREPINEFRINA (COMO ACIDO TARTRATO) - 1 mg/mL - INYECT	INYECT	4 mL	1 mg/mL	MEDC	0	4	0.0	30	SI
05151	583800710003	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) - 40 mg - INYECT -	INYECT		40 mg	MEDC	1887	479	3.9	3,500	SI
35040	583800710002	OMEPRAZOL (TABLETA DE LIBERACION MODIFICADA) - 20 mg -	TABLET		20 mg	MEDC	0	21543	0.0	150,000	SI

24760	586300010008	ORFENADRINA CITRATO - 100 mg - TABLETA DE LIBERACIÓN M	TABLET		100 mg	MEDC	1000	4112	0.2	40,000	SI
05166	586300010002	ORFENADRINA CITRATO - 30 mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	2 mL	30 mg/mL	MEDC	36	1929	0.0	12,000	SI
05211	580700140001	OXACILINA - 1 g - INYECT -	INYECT		1 g	MEDC	1339	183	7.3	500	SI
05253	584500010002	OXITOCINA - 10 UI - INYECT - 1 mL	INYECT	1 mL	10 UI	MEDC	4918	819	6.0	3,000	SI
05281	580200460002	PARACETAMOL - 100 mg/mL - SOLUCI - 10 mL	SOLUCI	10 mL	100 mg/mL	MEDC	6550	707	9.3	2,000	SI
05309	580200460006	PARACETAMOL - 120 mg/5 mL - JARABE - 60 mL	JARABE	60 mL	120 mg/5 mL	MEDC	24266	2645	9.2	8,000	SI
05335	580200460011	PARACETAMOL - 500 mg - TABLET -	TABLET		500 mg	MEDC	2300	57947	0.0	400,000	SI
05551	585100090002	POTASIO CLORURO - 20 g/100 mL - INYECT - 10 mL	INYECT	10 mL	20 g/100 mL	MEDC	0	83	0.0	1,000	SI
05588	587100070009	PREDNISONA - 20 mg - TABLET -	TABLET		20 mg	MEDC	15043	3992	3.8	30,000	SI
05587	587100070004	PREDNISONA - 5 mg/5 mL - JARABE - 60 mL	JARABE	60 mL	5 mg/5 mL	MEDC	600	99	6.1	800	SI
05590	587100070003	PREDNISONA - 50 mg - TABLET -	TABLET		50 mg	MEDC	1500	1290	1.2	10,000	SI
05626	580100080004	PROPOFOL - 10 mg/mL (1 %) - INYECT - 20 mL	INYECT	20 mL	10 mg/mL (1 %)	MEDC	0	8	0.0	100	SI
05661	583800720002	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO)	TABLET		300 mg	MEDC	97900	8109	12.1	30,000	SI
05658	583800720003	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) - 25 mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	2 mL	25 mg/mL	MEDC	1517	1084	1.4	10,000	SI
05731	585000490017	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 100 æg/DOSIS - AEROSO - 20	AEROSO	200 DOSIS	100 æg/DOSIS	MEDC	2582	296	8.7	500	SI
19723	585000490027	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) - 5 mg/mL - SOLUCI - 10 mL	SOLUCI	10 mL	5 mg/mL	MEDC	639	76	8.4	500	SI
20036	585100130002	SALES DE REHIDRATACION ORAL - - POLVO - 20.5 g/L	POLVO	20.5 g/L		MEDC	7352	795	9.2	5,000	SI
02922	583800220045	SIMETICONA - 80 mg/mL - SUSPEN - 15 mL	SUSPEN	15 mL	80 mg/mL	MEDC	5800	711	8.2	3,000	SI
05889	585100100008	SODIO CLORURO - 20 g/100 mL (20 %) - INYECT - 20 mL	INYECT	20 mL	20 g/100 mL	MEDC	240	82	2.9	1,000	SI
05873	585100100011	SODIO CLORURO - 900 mg/100 mL (0.9 %) - INYECT - 1 L	INYECT	1 L	900 mg/100 mL	MEDC	8300	1729	4.8	9,960	SI
05872	585100100002	SODIO CLORURO - 900 mg/100 mL (0.9 %) - INYECT - 100 mL	INYECT	100 mL	900 mg/100 mL	MEDC	1730	217	8.0	1,000	SI
05598	585100040008	SOLUCION POLIELECTROLITICA - - SOLUCI - 1 L	SOLUCI	1 L		MEDC	341	59	5.8	312	SI
05964	583300930010	SULFADIAZINA DE PLATA - 1 g/100 g - CREMA - 50 g		50 g	1 g/100 g	MEDC	3418	340	10.1	700	SI
06002	581300030012	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	TABLET		400 mg + 80 mg	MEDC	115	1067	0.1	6,400	SI
03515	581300030005	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA - 800 mg + 160 mg - TABL	TABLET		800 mg + 160 mg	MEDC	13380	5294	2.5	30,000	SI
06111	584400610001	TETRACICLINA CLORHIDRATO (UNGŠENTO OFTALMICO) - 1 g/10	UNGŠEN	6 g	1 g/100 g (1 %)	MEDC	0	68	0.0	500	NO
06144	584400630002	TIMOLOL MALEATO(SOLUCION OFTALMICA) - 5 mg/mL (0.5 %)	SOLUCI	5 mL	5 mg/mL (0.5 %)	MEDC	64	11	5.8	50	SI
18101	583600190041	YODO POVIDONA (ESPUMA) - 7.5 g/100 mL - SOLUCI - 120 mL	SOLUCI	120 mL	7.5 g/100 mL	MEDC	939	64	14.7	100	SI

ANEXO N° 02: REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE SALUD MENTAL DESABASTECIDOS, PRIORIZADOS PARA COMPRA INSTITUCIONAL-RSHS

CÓDIG SISMED	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL PSICOFÁRMACO	UNIDA D MEDID A	CONCENT RACIÓN	MEDTIP	SALDO	CONS.P ROM. MENSU AL	MED	REQUERIMIENTO TOTAL	FICHA TECNICA
670	584900310001	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO - 25 mg	TAB	25 mg	MEDC	3170	241	13.2	2000	SI
393	584900030003	ALPRAZOLAM - 500 µg (0.5 mg)	TAB	0 µg (0.5 mg)	MEDC	8000	2701	3.0	30000	SI
2208	584800650001	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO - 100 mg	TAB	100 mg	MEDC	1700	519	3.3	6000	NO
02752	584900280003	DIAZEPAM - 5 mg/mL - INYECT - 2 mL	INYECT	5 mg/mL	MEDC	2	641	0.0	7000	NO
2966	584800020001	DISULFIRAM - 500 mg	TAB	500 mg	MEDC	0	84	0.0	2000	NO
3501	580100230001	FENTANILO - 50 µg/mL - INYECT - 10 mL	INY	50 µg/mL	MEDC	0	64	0.0	500	SI
03718	580500010001	GABAPENTINA - 300 mg - TABLET -	TAB	300 mg	MEDC	50	5382	0.0	40,000	SI
3881	584800620002	HALOPERIDOL - 10 mg	TAB	10 mg	MEDC	500	230	2.2	3000	SI
3874	584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 MG-1m	INY	50 MG	MEDC	135	41	3.3	500	SI
3878	584800620007	HALOPERIDOL - 2 mg/mL - SOLUCI - 20 mL	SOLUCI	2 mg/mL	MEDC	10	38	0.3	400	NO
4368	584800040002	LEVOMEPRIMAZINA (COMO MALEATO)	TABLET	100 mg	MEDC	0	159	0.0	2000	SI
4469	584900480002	LITIO CARBONATO	TAB	300mg	MEDC	5200	535	9.7	2000	SI
06239	586900060001	TRAMADOL CLORHIDRATO - 50 mg - TABLET -	TAB	50 mg	MEDC	2950	1739	1.7	10,000	SI
06231	586900060009	TRAMADOL CLORHIDRATO - 50 mg/mL - INYECT -	INY	50 mg/mL	MEDC	3471	433	8.0	2,000	SI
06337	584800640002	TRIFLUOPERAZINA (COMO CLORHIDRATO) - 5 mg	TABLET	5 mg	MEDC	0	408	0.0	4000	NO
6019	584800540001	SULPIRIDA - 200 mg	TAB	200 mg	MEDC	500	2169	0.2	20000	SI
6602	584900200002	ZOLPIDEM TARTRATO - 10 mg	TAB	10 mg	MEDC	400	252	1.6	3000	SI



ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
10/03/2025	0000000299	583800700003	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL	Unidad	0.00	0.00	6,500.00	0.00
10/03/2025	0000000300	585100100002	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
10/03/2025	0000000302	585100140009	AGUA PARA INYECCIÓN INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
10/03/2025	0000000303	580900030001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 250 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
10/03/2025	0000000304	586800010004	ACIDO ALENDRONICO (COMO ALENDRONATO SODICO) 70 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
10/03/2025	0000000305	580200500001	ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
10/03/2025	0000000307	582800020004	ACIDO TRANEXAMICO 1 g INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
11/03/2025	0000000310	582400320003	ACICLOVIR 200 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
11/03/2025	0000000311	582400320014	ACICLOVIR 400 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000312	580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 250 mg + 62.5 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000313	580700100004	AMOXICILINA 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	25,000.00	0.00
11/03/2025	0000000314	580700100009	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
11/03/2025	0000000315	580700100007	AMOXICILINA 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	120,000.00	0.00
11/03/2025	0000000316	581000080004	AZITROMICINA 200 mg/5 mL SUS 30 mL	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
11/03/2025	0000000317	581000080007	AZITROMICINA 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	24,000.00	0.00
11/03/2025	0000000318	585000070001	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
11/03/2025	0000000319	580700110003	BENCILPENICILINA PROCAINICA 1000000 UI INY	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000320	583300950004	BENZOATO DE BENCILO 25 g/100 mL (25%) LOC 120 mL	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
11/03/2025	0000000321	583300990002	BETAMETASONA (COMO DIPROPIONATO) 50 mg/100 g (0.05%) CRM 20 g	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000322	587100020001	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) 4 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
11/03/2025	0000000323	583800140002	BISACODILO 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000324	583800730003	BISMUTO SUBSALICILATO 87.33 mg/5 mL SUS 150 mL	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000325	585000480001	BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000326	587000060001	BROMURO DE VECURONIO 4 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
11/03/2025	0000000327	585100110001	CALCIO GLUCONATO 100 mg/mL (Equiv. 8.4 mg/mL Ca) INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
11/03/2025	0000000328	580800230007	CEFTAZIDIMA 1 G INY CON DILUYENTE	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000329	584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
11/03/2025	0000000330	581400130004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	80,000.00	0.00
11/03/2025	0000000331	581400130009	CIPROFLOXACINO (COMO LACTATO) 200 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000332	581000040001	CLARITROMICINA 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000333	581000070002	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
11/03/2025	0000000334	581000070003	CLINDAMICINA (COMO FOSFATO) 600 mg INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000335	583300230002	CLOBETASOL PROPIONATO 50 mg/100 g (0.05 %) CRM 25 g	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000336	580300180005	CLORFENAMINA MALEATO 10 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000337	580300180006	CLORFENAMINA MALEATO 2 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
11/03/2025	0000000338	580300180004	CLORFENAMINA MALEATO 4 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	180,000.00	0.00
11/03/2025	0000000339	583301020002	CLOTRIMAZOL 1 g/100 g (1 %) CRM 20 g	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000340	587100030005	DEXAMETASONA 4 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000341	587100030006	DEXAMETASONA 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
11/03/2025	0000000342	587100030001	DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA) 4 mg/2 mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
11/03/2025	0000000343	585100070013	DEXTROSA 10 g/100 mL (10 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	36.00	0.00
11/03/2025	0000000344	585100070011	DEXTROSA 5 g/100 mL (5 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
11/03/2025	0000000345	584400680009	DICLOFENACO 1 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
11/03/2025	0000000346	580200470003	DICLOFENACO SODICO 25 mg/mL INY 3 mL	Unidad	0.00	0.00	70,000.00	0.00
11/03/2025	0000000347	580700120009	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	1,600.00	0.00
11/03/2025	0000000348	580700120005	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	60,000.00	0.00
11/03/2025	0000000349	583800750001	DIMENHIDRINATO 50 mg INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000350	583800750003	DIMENHIDRINATO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000351	583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 MG/ML INY 5 ML	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
11/03/2025	0000000352	581000060009	ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O ETILSUCCINATO) 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00
11/03/2025	0000000353	581000060011	ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O ETILSUCCINATO) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000354	583800810005	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	60,000.00	0.00
11/03/2025	0000000355	583800810004	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO 20 MG/ML INY 1 ML	Unidad	0.00	0.00	9,000.00	0.00
11/03/2025	0000000356	580500100003	FENITOINA SODICA 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000357	580500100007	FENITOINA SODICA 50mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
11/03/2025	0000000358	580500110004	FENOBARBITAL SODICO 100 MG/ML INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
11/03/2025	0000000359	581800100005	FLUCONAZOL 150 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	9,000.00	0.00
11/03/2025	0000000360	581500070008	FURAZOLIDONA 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000361	583700010004	FUROSEMIDA 10 MG/ML INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000362	583700010002	FUROSEMIDA 40 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000363	580200430007	IBUPROFENO 100 MG/5 ML SUS 60 ML	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000364	580200430010	IBUPROFENO 400 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	260,000.00	0.00
11/03/2025	0000000365	580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000366	583800800021	LACTULOSA 3.3 g/5 mL SOL 180 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000367	580100210016	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 10 µg/mL INY 1.8 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000368	580100210010	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2 g/100 g GEL 10 g	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000369	580100210019	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN PRESERVANTES 2 g/100 mL (2 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000370	580300200004	LORATADINA 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	70,000.00	0.00
11/03/2025	0000000371	583700020004	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
11/03/2025	0000000372	583700020003	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 500 mL	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
11/03/2025	0000000373	580200440001	METAMIZOL SODICO 1 G INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
11/03/2025	0000000374	583800760003	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
11/03/2025	0000000375	583800760002	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 5 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000376	583300520002	MUPIROCINA (COMO SAL CALCICA) 2 g/100 g (2 %) CRM 15 g	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000377	580200450008	NAPROXENO 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00
11/03/2025	0000000378	580200450003	NAPROXENO 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	300,000.00	0.00
11/03/2025	0000000379	586300010008	ORFENADRINA CITRATO 100 mg TAB_LM	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00
11/03/2025	0000000380	583000260001	NOREPINEFRINA (COMO ACIDO TARTRATO) 1 mg/mL INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
11/03/2025	0000000381	583800710003	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY	Unidad	0.00	0.00	3,500.00	0.00
11/03/2025	0000000382	583800710002	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM	Unidad	0.00	0.00	150,000.00	0.00
11/03/2025	0000000383	586300010002	ORFENADRINA CITRATO 30 mg/mL INY 2 mL	Ampolla	0.00	0.00	12,000.00	0.00
11/03/2025	0000000384	580700140001	OXACILINA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000385	580200460002	PARACETAMOL 100 mg/mL SOL 10 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000386	580200460006	PARACETAMOL 120 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
11/03/2025	0000000387	580200460011	PARACETAMOL 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	400,000.00	0.00
11/03/2025	0000000388	585100090002	POTASIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000389	587100070009	PREDNISONA 20 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000390	587100070004	PREDNISONA 5 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
11/03/2025	0000000391	587100070003	PREDNISONA 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000392	580100080004	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
11/03/2025	0000000393	583800720003	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 25 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000394	583800720002	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000395	585000490017	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000396	585000490027	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000397	585100130002	SALES DE REHIDRATACION ORAL (FÓRMULA OMS: 20.5 g/L) PLV	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000398	583800220045	SIMETICONA 80 MG/ML SUS 15 ML	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000399	585100100008	SODIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000400	585100100011	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	9,960.00	0.00
11/03/2025	0000000401	584900030003	ALPRAZOLAM 500 µg (0.5 mg) TAB	Tableta	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000402	584900310001	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000403	584800650001	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000404	584900280003	DIAZEPAM 5 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000405	584800020001	DISULFIRAM 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000406	580100230001	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000407	580500010001	GABAPENTINA 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00
11/03/2025	0000000408	584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000409	584800620002	HALOPERIDOL 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000410	584800620007	HALOPERIDOL 2 mg/mL SOL 20 mL	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
11/03/2025	0000000411	584800040002	LEVOMEPRIMAZINA (COMO MALEATO) 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000412	584900480002	LITIO CARBONATO 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000413	584800540001	SULPIRIDA 200 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
11/03/2025	0000000414	586900060009	TRAMADOL (CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000415	586900060001	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000416	584800640002	TRIFLUOPERAZINA (COMO CLORHIDRATO) 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
11/03/2025	0000000417	584900200002	ZOLPIDEM TARTRATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000418	585100140001	AGUA PARA INYECCIÓN INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000419	580600040004	ALBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 20 mL	Unidad	0.00	0.00	4,800.00	0.00
11/03/2025	0000000420	587100030007	DEXAMETASONA 2 mg/5 mL ELIXIR 100 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
11/03/2025	0000000421	582800300002	FITOMENADIONA 10 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	2,500.00	0.00
11/03/2025	0000000422	585000510002	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000423	585100070012	DEXTROSA 333 mg/mL (33 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000424	580700160003	BENZATINA BENCILPENICILINA 1200000 UI INY	Unidad	0.00	0.00	3,500.00	0.00
11/03/2025	0000000425	581400040003	LEVOFLOXACINO 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000426	584400630002	TIMOLOL (COMO MALEATO) 5 mg/mL (0.5 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
11/03/2025	0000000427	582800250001	ACIDO FOLICO 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	100,000.00	0.00
11/03/2025	0000000428	353800010007	ALCOHOL ETILICO (ETANOL) 96° X 1 L	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000429	580700090007	AMPICILINA SODICA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000430	580800180002	CEFALEXINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000431	580800180003	CEFALEXINA 500 mg TAB	Tableta	0.00	0.00	120,000.00	0.00
11/03/2025	0000000432	580800210004	CEFAZOLINA (COMO SAL SÓDICA) 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000433	580800240002	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	15,000.00	0.00
11/03/2025	0000000434	580800150001	CEFUROXIMA (COMO AXETIL) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000435	581200010002	CLORANFENICOL 500 mg CAP	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000436	581800060003	CLOTRIMAZOL 500 mg OVU	Unidad	0.00	0.00	11,000.00	0.00
11/03/2025	0000000437	581100050001	DOXICICLINA 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
11/03/2025	0000000438	584500020003	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000439	583900430002	ESTRIOL 100 mg/100 g (0.1 %) CRM 15 g	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000440	582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000441	580900040002	GENTAMICINA (COMO SULFATO) 40 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
11/03/2025	0000000442	587100010001	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SODICO) 100 mg INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
11/03/2025	0000000443	582800010003	HIERRO (COMO SACARATO) 20 mg Fe/mL INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
11/03/2025	0000000444	581900040002	METRONIDAZOL 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	80,000.00	0.00
11/03/2025	0000000445	583800400001	MISOPROSTOL 200 µg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000446	581500080003	NITROFURANTOINA 100 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	15,000.00	0.00
11/03/2025	0000000447	584500010002	OXITOCINA 10 UI INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000448	583600190041	YODO POVIDONA (ESPUMA) 7.5 g/100 mL SOLUCIÓN 120 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
11/03/2025	0000000449	582800020002	ACIDO TRANEXAMICO 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000450	580400170003	ATROPINA SULFATO 1 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
11/03/2025	0000000451	583000220005	DINITRATO DE ISOSORBIDA 5 mg TAB SL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
11/03/2025	0000000452	583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000453	583100020001	AMLODIPINO (COMO BESILATO) 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000454	583100020002	AMLODIPINO (COMO BESILATO) 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
11/03/2025	0000000455	583200130001	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	110,000.00	0.00
11/03/2025	0000000456	583200130003	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 40 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	13,000.00	0.00
11/03/2025	0000000457	583100320002	CAPTOPRIL 25 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000458	582700100001	CARBIDOPA + LEVODOPA 25 mg + 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000459	583100330004	ENALAPRIL MALEATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	140,000.00	0.00
11/03/2025	0000000460	583100330002	ENALAPRIL MALEATO 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	25,000.00	0.00
11/03/2025	0000000461	583200090003	GEMFIBROZIL 600 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
11/03/2025	0000000462	584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	55,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000463	584400170023	HIPROMELOSA 3 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000464	587300010002	LEVOTIROXINA SODICA 100 µg (0.1 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000465	580600050001	MEBENDAZOL 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000466	580600050002	MEBENDAZOL 100 MG/5 ML SUS 30 ML	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
11/03/2025	0000000467	581900040001	METRONIDAZOL (COMO BENZOATO) 250 mg/5 mL SUS 120 mL	Unidad	0.00	0.00	3,500.00	0.00
11/03/2025	0000000468	581900040009	METRONIDAZOL 500 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
11/03/2025	0000000469	583100300001	NIFEDIPINO 10 mg TAB	Tableta	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000470	585100040008	SOLUCION POLIELECTROLITICA INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	312.00	0.00
11/03/2025	0000000471	583300930010	SULFADIAZINA DE PLATA 1 g/100 g (1 %) CRM 50 g	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
11/03/2025	0000000472	581300030012	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,400.00	0.00
11/03/2025	0000000473	581300030005	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 mg + 160 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000474	584400610001	TETRACICLINA CLORHIDRATO 1 g/100 g (1 %) UNG OFT 6 g	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00

1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.

2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH
CPC. Javier alberti Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección Regional de Salud - Ancash
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur
CPC. Edith Erlina Henostroza Sanchez
MAT N° 06 - 800
JEFE Oficina de Administración - RSHS

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

U

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur									
10/03/2025	0000000299	583800700003	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 + 400 mg/5 mL SUS 150 mL	Unidad	0.00	0.00	6,500.00	0.00	
10/03/2025	0000000300	585100100002	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
10/03/2025	0000000302	585100140009	AGUA PARA INYECCIÓN INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00	
10/03/2025	0000000303	580900030001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 250 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	
10/03/2025	0000000304	586800010004	ACIDO ALENDRONICO (COMO ALENDRONATO SODICO) 70 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00	
10/03/2025	0000000305	580200500001	ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00	
10/03/2025	0000000307	582800020004	ACIDO TRANEXAMICO 1 g INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
11/03/2025	0000000310	582400320003	ACICLOVIR 200 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000311	582400320014	ACICLOVIR 400 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000312	580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 250 mg + 62.5 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000313	580700100004	AMOXICILINA 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	25,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000314	580700100009	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000315	580700100007	AMOXICILINA 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	120,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000316	581000080004	AZITROMICINA 200 mg/5 mL SUS 30 mL	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00	
11/03/2025	0000000317	581000080007	AZITROMICINA 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	24,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000318	585000070001	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00	
11/03/2025	0000000319	580700110003	BENCILPENICILINA PROCAINICA 1000000 UI INY	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000320	583300950004	BENZOATO DE BENCILO 25 g/100 mL (25%) LOC 120 mL	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00	
11/03/2025	0000000321	583300990002	BETAMETASONA (COMO DIPROPIONATO) 50 mg/100 g (0.05%) CRM 20 g	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000322	587100020001	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) 4 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00	
11/03/2025	0000000323	583800140002	BISACODILO 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
11/03/2025	0000000324	583800730003	BISMUTO SUBSALICILATO 87.33 mg/5 mL SUS 150 mL	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000325	585000480001	BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
11/03/2025	0000000326	587000060001	BROMURO DE VECURONIO 4 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00	
11/03/2025	0000000327	585100110001	CALCIO GLUCONATO 100 mg/mL (Equiv. 8.4 mg/mL Ca) INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00	
11/03/2025	0000000328	580800230007	CEFTAZIDIMA 1 G INY CON DILUYENTE	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
11/03/2025	0000000329	584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
11/03/2025	0000000330	581400130004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	80,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000331	581400130009	CIPROFLOXACINO (COMO LACTATO) 200 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000332	581000040001	CLARITROMICINA 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000333	581000070002	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000334	581000070003	CLINDAMICINA (COMO FOSFATO) 600 mg INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00	

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000335	583300230002	CLOBETASOL PROPIONATO 50 mg/100 g (0.05 %) CRM 25 g	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000336	580300180005	CLORFENAMINA MALEATO 10 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000337	580300180006	CLORFENAMINA MALEATO 2 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
11/03/2025	0000000338	580300180004	CLORFENAMINA MALEATO 4 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	180,000.00	0.00
11/03/2025	0000000339	583301020002	CLOTRIMAZOL 1 g/100 g (1 %) CRM 20 g	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000340	587100030005	DEXAMETASONA 4 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000341	587100030006	DEXAMETASONA 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
11/03/2025	0000000342	587100030001	DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA) 4 mg/2 mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
11/03/2025	0000000343	585100070013	DEXTROSA 10 g/100 mL (10 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	36.00	0.00
11/03/2025	0000000344	585100070011	DEXTROSA 5 g/100 mL (5 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
11/03/2025	0000000345	584400680009	DICLOFENACO 1 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
11/03/2025	0000000346	580200470003	DICLOFENACO SODICO 25 mg/mL INY 3 mL	Unidad	0.00	0.00	70,000.00	0.00
11/03/2025	0000000347	580700120009	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	1,600.00	0.00
11/03/2025	0000000348	580700120005	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	60,000.00	0.00
11/03/2025	0000000349	583800750001	DIMENHIDRINATO 50 mg INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000350	583800750003	DIMENHIDRINATO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000351	583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 MG/ML INY 5 ML	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
11/03/2025	0000000352	581000060009	ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O ETILSUCCINATO) 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00
11/03/2025	0000000353	581000060011	ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O ETILSUCCINATO) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000354	583800810005	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	60,000.00	0.00
11/03/2025	0000000355	583800810004	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO 20 MG/ML INY 1 ML	Unidad	0.00	0.00	9,000.00	0.00
11/03/2025	0000000356	580500100003	FENITOINA SODICA 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000357	580500100007	FENITOINA SODICA 50mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
11/03/2025	0000000358	580500110004	FENOBARBITAL SODICO 100 MG/ML INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
11/03/2025	0000000359	581800100005	FLUCONAZOL 150 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	9,000.00	0.00
11/03/2025	0000000360	581500070008	FURAZOLIDONA 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000361	583700010004	FUROSEMIDA 10 MG/ML INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000362	583700010002	FUROSEMIDA 40 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000363	580200430007	IBUPROFENO 100 MG/5 ML SUS 60 ML	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000364	580200430010	IBUPROFENO 400 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	260,000.00	0.00
11/03/2025	0000000365	580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000366	583800800021	LACTULOSA 3.3 g/5 mL SOL 180 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur									
11/03/2025	0000000367	580100210016	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 10 µg/mL INY 1.8 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000368	580100210010	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2 g/100 g GEL 10 g	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
11/03/2025	0000000369	580100210019	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN PRESERVANTES 2 g/100 mL (2 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000370	580300200004	LORATADINA 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	70,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000371	583700020004	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00	
11/03/2025	0000000372	583700020003	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 500 mL	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00	
11/03/2025	0000000373	580200440001	METAMIZOL SODICO 1 G INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000374	583800760003	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000375	583800760002	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 5 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000376	583300520002	MUPIROCINA (COMO SAL CALCICA) 2 g/100 g (2 %) CRM 15 g	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000377	580200450008	NAPROXENO 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000378	580200450003	NAPROXENO 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	300,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000379	586300010008	ORFENADRINA CITRATO 100 mg TAB_LM	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000380	583000260001	NOREPINEFRINA (COMO ACIDO TARTRATO) 1 mg/mL INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00	
11/03/2025	0000000381	583800710003	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY	Unidad	0.00	0.00	3,500.00	0.00	
11/03/2025	0000000382	583800710002	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM	Unidad	0.00	0.00	150,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000383	586300010002	ORFENADRINA CITRATO 30 mg/mL INY 2 mL	Ampolla	0.00	0.00	12,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000384	580700140001	OXACILINA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
11/03/2025	0000000385	580200460002	PARACETAMOL 100 mg/mL SOL 10 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000386	580200460006	PARACETAMOL 120 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000387	580200460011	PARACETAMOL 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	400,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000388	585100090002	POTASIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000389	587100070009	PREDNISONA 20 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000390	587100070004	PREDNISONA 5 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00	
11/03/2025	0000000391	587100070003	PREDNISONA 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000392	580100080004	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
11/03/2025	0000000393	583800720003	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 25 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000394	583800720002	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000395	585000490017	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
11/03/2025	0000000396	585000490027	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
11/03/2025	0000000397	585100130002	SALES DE REHIDRATACION ORAL (FÓRMULA OMS: 20.5 g/L) PLV	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000398	583800220045	SIMETICONA 80 MG/ML SUS 15 ML	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00	

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000399	585100100008	SODIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000400	585100100011	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	9,960.00	0.00
11/03/2025	0000000401	584900030003	ALPRAZOLAM 500 µg (0.5 mg) TAB	Tableta	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000402	584900310001	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000403	584800650001	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000404	584900280003	DIAZEPAM 5 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/03/2025	0000000405	584800020001	DISULFIRAM 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000406	580100230001	FENTANILO 50 µg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000407	580500010001	GABAPENTINA 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00
11/03/2025	0000000408	584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/03/2025	0000000409	584800620002	HALOPERIDOL 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000410	584800620007	HALOPERIDOL 2 mg/mL SOL 20 mL	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
11/03/2025	0000000411	584800040002	LEVOMEPROMAZINA (COMO MALEATO) 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000412	584900480002	LITIO CARBONATO 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000413	584800540001	SULPIRIDA 200 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
11/03/2025	0000000414	586900060009	TRAMADOL (CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
11/03/2025	0000000415	586900060001	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000416	584800640002	TRIFLUOPERAZINA (COMO CLORHIDRATO) 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
11/03/2025	0000000417	584900200002	ZOLPIDEM TARTRATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000418	585100140001	AGUA PARA INYECCIÓN INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000419	580600040004	ALBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 20 mL	Unidad	0.00	0.00	4,800.00	0.00
11/03/2025	0000000420	587100030007	DEXAMETASONA 2 mg/5 mL ELIXIR 100 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
11/03/2025	0000000421	582800300002	FITOMENADIONA 10 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	2,500.00	0.00
11/03/2025	0000000422	585000510002	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000423	585100070012	DEXTROSA 333 mg/mL (33 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/03/2025	0000000424	580700160003	BENZATINA BENCILPENICILINA 1200000 UI INY	Unidad	0.00	0.00	3,500.00	0.00
11/03/2025	0000000425	581400040003	LEVOFLOXACINO 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
11/03/2025	0000000426	584400630002	TIMOLOL (COMO MALEATO) 5 mg/mL (0.5 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
11/03/2025	0000000427	582800250001	ACIDO FOLICO 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	100,000.00	0.00
11/03/2025	0000000428	353800010007	ALCOHOL ETILICO (ETANOL) 96° X 1 L	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000429	580700090007	AMPICILINA SODICA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
11/03/2025	0000000430	580800180002	CEFALEXINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00

63

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur									
11/03/2025	0000000431	580800180003	CEFALEXINA 500 mg TAB	Tableta	0.00	0.00	120,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000432	580800210004	CEFAZOLINA (COMO SAL SÓDICA) 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
11/03/2025	0000000433	580800240002	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	15,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000434	580800150001	CEFUROXIMA (COMO AXETIL) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000435	581200010002	CLOANFENICOL 500 mg CAP	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000436	581800060003	CLOTRIMAZOL 500 mg OVU	Unidad	0.00	0.00	11,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000437	581100050001	DOXICICLINA 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000438	584500020003	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
11/03/2025	0000000439	583900430002	ESTRIOL 100 mg/100 g (0.1 %) CRM 15 g	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
11/03/2025	0000000440	582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000441	580900040002	GENTAMICINA (COMO SULFATO) 40 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00	
11/03/2025	0000000442	587100010001	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SODICO) 100 mg INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00	
11/03/2025	0000000443	582800010003	HIERRO (COMO SACARATO) 20 mg Fe/mL INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
11/03/2025	0000000444	581900040002	METRONIDAZOL 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	80,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000445	583800400001	MISOPROSTOL 200 µg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000446	581500080003	NITROFURANTOINA 100 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	15,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000447	584500010002	OXITOCINA 10 UI INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000448	583600190041	YODO POVIDONA (ESPUMA) 7.5 g/100 mL SOLUCIÓN 120 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
11/03/2025	0000000449	582800020002	ACIDO TRANEXAMICO 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
11/03/2025	0000000450	580400170003	ATROPINA SULFATO 1 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00	
11/03/2025	0000000451	583000220005	DINITRATO DE ISOSORBIDA 5 mg TAB SL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
11/03/2025	0000000452	583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
11/03/2025	0000000453	583100020001	AMLODIPINO (COMO BESILATO) 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000454	583100020002	AMLODIPINO (COMO BESILATO) 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000455	583200130001	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	110,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000456	583200130003	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 40 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	13,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000457	583100320002	CAPTOPRIL 25 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000458	582700100001	CARBIDOPA + LEVODOPA 25 mg + 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000459	583100330004	ENALAPRIL MALEATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	140,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000460	583100330002	ENALAPRIL MALEATO 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	25,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000461	583200090003	GEMFIBROZIL 600 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00	
11/03/2025	0000000462	584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	55,000.00	0.00	

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000184

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur								
11/03/2025	0000000463	584400170023	HIPROMELOSA 3 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000464	587300010002	LEVOTIROXINA SODICA 100 µg (0.1 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
11/03/2025	0000000465	580600050001	MEBENDAZOL 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
11/03/2025	0000000466	580600050002	MEBENDAZOL 100 MG/5 ML SUS 30 ML	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
11/03/2025	0000000467	581900040001	METRONIDAZOL (COMO BENZOATO) 250 mg/5 mL SUS 120 mL	Unidad	0.00	0.00	3,500.00	0.00
11/03/2025	0000000468	581900040009	METRONIDAZOL 500 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
11/03/2025	0000000469	583100300001	NIFEDIPINO 10 mg TAB	Tableta	0.00	0.00	10,000.00	0.00
11/03/2025	0000000470	585100040008	SOLUCION POLIELECTROLITICA INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	312.00	0.00
11/03/2025	0000000471	583300930010	SULFADIAZINA DE PLATA 1 g/100 g (1 %) CRM 50 g	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
11/03/2025	0000000472	581300030012	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,400.00	0.00
11/03/2025	0000000473	581300030005	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 mg + 160 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
11/03/2025	0000000474	584400610001	TETRACICLINA CLORHIDRATO 1 g/100 g (1 %) UNG OFT 6 g	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00

1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.


2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH
CPC. Javier albert Villanueva Loyola
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP


Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud - Ancash
Dirección de Red De Salud Huaylas Sur
CPC. Edith Erina Benostroza Sanchez
MAT N° 06 - 800
JEFE Oficina de Administración - RSMS

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000422

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

UNIDAD DE SEGUROS - RSHS
FF / Rb: 4 - 13
N° de Transferencia: 157-2015
Meta: 81

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR

Fecha de Solicitud: 11/03/2025

ÍTEM			CANTIDAD Y/O VALORES			
Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
585000510002	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR FTE. FTO. SIS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

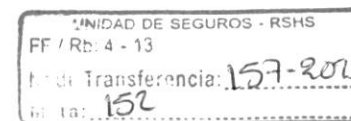
- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

Dirección Regional de Salud - Ancash
Red de Salud Huaylas Sur
ALINA ELIZABETH PINGO VALVERDE
Licenciada en Enfermería
C.E.P.: 55491
COORDINADORA DEL PPoR - DIT

Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud - Ancash
Red de Salud Huaylas Sur
Lic. Liz Karina Palacios Cruz
CDR 20965 ONI: 41626147
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR
OSWALDO RUBEN BLANCO GONZALEZ
QUIMICO FARMACIAO GONZALEZ
CDR N° 57623
JEFE DE SERVICIO
Firma: Responsable del Área Usuaria

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740



Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR

Fecha de Solicitud: 11/03/2025

ÍTEM			CANTIDAD Y/O VALORES			
Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
585000480001	BROMURO DE IPRATROPIO 20 µg/dosis (20 mcg/dosis) AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR FTE. FTO. SIS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

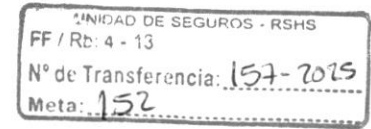
- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud-Ancash
Red de Salud Huaylas Sur

Lic. Liz Karina Palacios Cruz
CDP 20965 DNI: 41626147
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR
OSWALDO RUBEN BLENCIDO GONZALES
QUIMICO FARMACEUTICO
COAP N° 22824
JEFE DE SOMED
Firma: Responsable del Área Usuaria

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740



Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 11/03/2025

Código Ítem N.-	ÍTEM Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
585000070001	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR FTE. FTO. SIS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:


Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud Ancash
Red de Salud Huaylas Sur

Lic. Liz Karina Palacios Cruz
COP. 20965 DNI: 41626147
COORD. UNIDAD DE SEGUROS


Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000396

Fecha : 11/03/2025
Hora : 14:43:54
Página : 1 de 1

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

UNIDAD DE SEGUROS - RSHS
FF / Rb: 4 - 13
N° de Transferencia: 151-2025
Meta: 152

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR
Fecha de Solicitud: 11/03/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
585000490027	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00


Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR FTE. FTO. SIS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:


Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud-Ancash
Red de Salud Huaylas Sur

Lic. Liz Karina Palacios Cruz
COP 20965 DNI: 41629147
COORD. UNIDAD DE SEGUROS


DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR

OSWALDO RUBEN ALACIDO GONZALES
QUINICO FARMACEUTICO
COP 7747 DNI: 41629147
Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000395

Fecha : 11/03/2025

Hora : 14:43:44

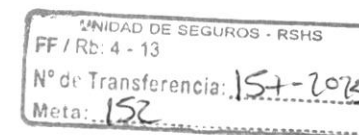
Página : 1 de 1

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR

Fecha de Solicitud: 11/03/2025



Código Ítem N.-	ÍTEM Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
585000490017	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 100 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPRESS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR FTE. FTO. SIS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.

2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

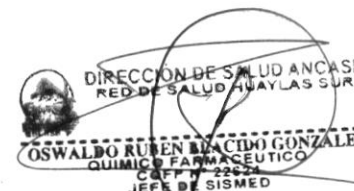
3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud-Ancash
Red de Salud Huaylas Sur

Lic. Liz Karina Palacios Cruz
COR 20965 DNI: 41626147
COORD. UNIDAD DE SEGUROS



Firma: Responsable del Área Usuaria

