

RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
REFERENCIA: ADQUISICION DE LABORATORIO  
CUADRO COMPARATIVO DE COTIZACIONES (BIENES)

FUENTE: COTIZACIONES ACTUALIZADAS															
			PROVEEDOR				PROVEEDOR				PROVEEDOR			VALOR REFERENCIAL (V.R.)	
			RUC:		CORPORACION JEM BIOS E.I.R.L.		RUC:		ABAMEDIC AT E.I.R.L.		RUC:		ZOBORO1872215		
			REPRESENTANTE LEGAL		HURTADO SALGADO HERINDA		REPRESENTANTE LEGAL		CASTILLO HURTADO MILENE		REPRESENTANTE LEGAL		NORABUENA ALEJO JUSTINA		
			TELEF.	956715827	TELEF.	955276643	TELEF.	939376700							
			EMAIL	ventas@jembios.com	EMAIL	ventas@abamedic.com	EMAIL	servicio@sanitay-hospital.com							
			P. U	P. TOTAL	MARCA	P. U	P. TOTAL	MARCA	P. U	P. TOTAL	MARCA		PROCEDIMIENTO V/O METODOLOGIA UTILIZADO PARA DETERMINAR EL V.R.		
1	BILIRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	6	S/. 102.00	S/. 612.00	QCA	S/. 115.00	S/. 690.00	QCA	S/. 125.00	S/. 750.00	QCA	110.00	S/. 660.00	
2	BILIRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	6	S/. 102.00	S/. 612.00	QCA	S/. 115.00	S/. 690.00	QCA	S/. 125.00	S/. 750.00	QCA	110.00	S/. 660.00	
3	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	100	S/. 105.00	S/. 10,500.00	QCA	S/. 125.00	S/. 12,500.00	QCA	S/. 145.00	S/. 14,500.00	QCA	135.00	S/. 19,500.00	
4	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIPRES	UNIDAD	3	S/. 1,500.00	S/. 4,500.00	QCA	S/. 1,750.00	S/. 5,250.00	QCA	S/. 1,800.00	S/. 5,400.00	QCA	1500.00	S/. 4,500.00	
5	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	KIT	70	S/. 98.50	S/. 6,895.00	QCA	S/. 105.00	S/. 7,350.00	QCA	S/. 150.00	S/. 10,500.00	QCA	116.00	S/. 8,120.00	
6	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIPRES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZAS	UNIDAD	3	S/. 4,700.00	S/. 14,100.00	GENEHI	S/. 5,000.00	S/. 15,000.00	GENEHI	S/. 5,200.00	S/. 15,600.00	GENEHI	4700.00	S/. 14,100.00	
7	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CUETICO X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	25	S/. 138.00	S/. 3,450.00	QCA	S/. 150.00	S/. 4,750.00	QCA	S/. 210.00	S/. 5,250.00	QCA	232.00	S/. 5,800.00	
8	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	25	S/. 158.00	S/. 3,950.00	QCA	S/. 190.00	S/. 4,750.00	QCA	S/. 210.00	S/. 5,250.00	QCA	232.00	S/. 5,800.00	
9	UREA ENZIMATICA	UNIDAD	12000	S/. 1.50	S/. 18,000.00	QCA	S/. 1.80	S/. 21,600.00	QCA	S/. 2.00	S/. 24,000.00	QCA	1.50	S/. 18,000.00	
TOTAL						S/. 62,819.00				S/. 72,590.00				S/. 82,300.00	
10 DÍAS CALENDARIOS															
05 DÍAS CALENDARIOS															
05 DÍAS CALENDARIOS															
TOTAL															
S/ 77,140.00															
PLAZO DE ENTREGA															
FORMA DE PAGO															
POSTERIOR A LA CONFORMIDAD DEL BIEN ENTREGADO															

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH  
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
CPC Corta Lantop Alejandro Y,  
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES


DIRECCION REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
CPC Ayala Calderon Alberth Antony  
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

HZ 25/10/2024

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)

Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios										
1	Datos del documento		Número de informe		25-10-2024					
2	Objeto de la contratación		Objeto de la contratación		Bienes		X		Servicios	
3	Antecedentes		Descripción del objeto de la contratación		ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS					
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general		a. Disponibilidad inmediata		X		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.			
	b. Fáciles de obtener en el mercado		X		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.					
	c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado		X		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.					
	d. Que no se fabriquen, produzcan, suministren o presten siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante		XP		De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.					
	Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.									
5	Observaciones									
6	<div>  <p>GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR</p> </div> <div> <p>CPC. <u>Avila Calderon Alberth Antony</u> JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA</p> </div>									
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones										


**Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 1**

Campo		Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión del Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.	
2	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios, describiendo además el objeto de la contratación.	
3	Registrar los antecedentes que la Entidad considere conveniente.	
4	Analizar el cumplimiento de cada una de las condiciones para emplear la comparación de precios. En tal sentido, la Entidad debe indicar si cumple o no cumple cada una de dichas condiciones y, de ser afirmativa la respuesta, consignar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de cada una de las condiciones. Para tales efectos, la Entidad debe tomar en cuenta las definiciones consignadas en el numeral 6.1 de la Directiva, así como el listado de supuestos en que no corresponde emplear la comparación de precios mencionados en el numeral 6.2 de la Directiva.	
5	Registrar las observaciones que la Entidad estime conveniente.	
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones	

Solicitud de cotización				
1	Número y fecha del documento	Número	Fecha	25/10/2024
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	RUC	20488336917
		Dirección	Ex Fiscalía de la Nación, Boulevard Pastorita Huaracina, Psj.	
		Teléfono(s)		
		Correo electrónico		
		Persona de contacto		
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	ALYTECH MEDIC SAC	
		RUC	20556662887	
		Dirección	MZA. V LOTE. 4 INT. 202 A.H. JUAN PABLO II LIMA - LIMA - CARABAYLLO	
		Teléfono(s)	955 276 643	
		Correo electrónico	alyltechmedic@hotmail.com	
		Representante o persona de contacto	Yhajaíra Veramendi	
		Objeto de la contratación	Bienes	x
			Servicios	
4	Objeto de la contratación	Descripción del objeto de la contratación	Material médico	
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	
			Términos de referencia	x
5	Información complementaria	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a estedocumento.		
6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones			
	<div>ALYTECH MEDIC S.A.C.</div> <div> Gerente General DNI: 42387624</div>			

## Anexo N°2

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 2	
Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios										
1	Datos del documento		Número de informe							
2	Objeto de la contratación		Objeto de la contratación		Bienes		X		Servicios	
Descripción del objeto de la contratación			ADQUISICION DE REACTIVOS DE LABORATORIO							
3	Antecedentes									
Experiencia con instituciones públicas. En la región Ancash contamos con experiencia con el Hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz, la Red Asistencial Huaraz del Seguro Social de Salud, la Red de Salud Conchucos Sur, la Red de Salud Pacifico Norte.										
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				De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.			
b. Fáciles de obtener en el mercado			X				De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.			
c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado			X				De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.			
d. Que no se fabriquen, produzcan, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante			X				De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.			
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.										
5	Observaciones									
6	Compra mínima 500 soles. De ser menos, consultar con 955 778 884									
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones			 ALYTECH MEDIC S.A.C. Gerente General HURTADO Sotomayor Vilma DNI: 42387524							
Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 1										

Información a consignar

Campo

1	Registrar el número y fecha de emisión del Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios, describiendo además el objeto de la contratación.
3	Registrar los antecedentes que la Entidad considere conveniente.
4	Analizar el cumplimiento de cada una de las condiciones para emplear la comparación de precios. En tal sentido, la Entidad debe indicar si cumple o no cumple cada una de dichas condiciones y, de ser afirmativa la respuesta, consignar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de cada una de las condiciones.  Para tales efectos, la Entidad debe tomar en cuenta las definiciones consignadas en el numeral 6.1 de la Directiva, así como el listado de supuestos en que no corresponde emplear la comparación de precios mencionados en el numeral 6.2 de la Directiva.
5	Registrar las observaciones que la Entidad estime conveniente.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor				
1	Fecha del documento	24/10/2024		
2	Cotización			
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	REACTIVO DE LABORATORIO	
	2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	x
			No cumple	
	2.3	Monto total cotizado	S/. 92,500.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Proforma de costos, documentos regulatorios.		

3	<b>Declaración jurada del proveedor</b>  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>ALYTECH MEDIC S.A.C.</div> <div></div> <div>Hurlado Salgado Viza Gerente General DNI: 42387524</div> <div>Nombre, firma y sello del proveedor</div>
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor





**DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCAASH**  
REGION DE H.D. DE SALUD HUAYLAS SUR

HELIADO SANGUATO HELLINDA  
 GERENTE GEN. AL  
 CNH 43586471  
 CORPORACION JIM SIOS E.I.R.L.  
 Heliado

Depositar a Nombre de: CORPORACION JEM BIOS E.I.R.L.	N° Cuenta CTE	Monedas	S/	S/	BCP
	0011-0312-0100017829-61		0011-0312-0100017829-61	191-91679508-0-61	
	CCI		011-312-000100017829-61	00219119119167950806159	BBVA

OBSERVACIONES

DILVA PEREZ  
904 474 178  
ventas@embiobios6@gmail.com

REPRESENTANTE DE VENTAS :

**LOS ARTICULOS CUENTAN CON SU RESPECTIVO DESCUENTO**

TOTAL REGISTROS : 9		SON: SESENTA Y TRES MIL CIENTO DIECI NUEVE Y 00/100 SOLES (S.E.U.O)		(PRECIOS INCLUYEN IGV)	
---------------------	--	---------------------------------------------------------------------	--	------------------------	--

ITEM	CODIGO	CANT	UM	DESCRIPCION DE ARTICULO	F. VENC.	P. UNITARIO	TOTAL
1	BIL-0001	6	KIT	BILIRUBINA DIRECTA KIT 250 ML.	30/04/2026	102.0000	612.00
2	BIL-0004	6	KIT	BILIRUBINA TOTAL KIT 250 ML	28/02/2026	102.0000	612.00
3	CRE0001	100	KIT	CREATININA DMSO 2 X 100 ML	31/03/2027	105.0000	10,500.00
4	HEM0007	3	KIT	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL DE 3 ESTIRPES (KIT LYSE X 500ML, KIT LX LYSE X 200ML, KIT DIL DIL	1,500.0000	4,500.00	
5	PCR0001	70	KIT	PCR LATEX (PROTEINA C REACTIVA) X 100 DET.	98.5000	6,895.00	
6	PRU0036	3	UND	PRUEBAS HEMOGRAMA AUTOMATIZADO X 5 DIFERENCIALES (KIT LYSE X 500ML, KIT LX LYSE X 200ML, KIT DIL DIL	4,700.0000	14,100.00	
7	URE0004	12,000	PBA	UREA UV LIQUIDA X PRUEBA	1.5000	18,000.00	
8	TRA0006	25	KIT	TRANSAMINASA TGP/ALT UV LIQUIDA 2 KIT 50 ML	28/02/2026	158.0000	3,950.00
9	TRA0003	25	KIT	TRANSAMINASA TGO/AST UV LIQUIDA 2 X 50 ML	31/03/2026	158.0000	3,950.00

**MEJORES PRECIOS DEL MERCADO.**

NOS ES GRATO HACERLES PRESENTE LA SGTE. COTIZACION DE LOS SIGUIENTES ARTICULOS CON LOS

ELABORADO POR : DILVA.

REFERENCIA ATENCION DIRECTA

DIRECCIÓN : P.J. MARIA ALVARADO TRUJILLO NRO. 241 URB. INDEPENDENCIA ANGASH - HUARA;

MONEDA: SOLES

SEÑOR(ES) : DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

CODIGO : 3108230008 RUC : 20488336917

### DATOS ADJUNTOS DE DOCUMENTO



**JEM BIOS**  
CORPORATION  
E.I.R.L.

Dirección Fiscal: Mza. V Lote. 4 Int. 303 A.H. Juan Pablo II -  
 Lima - Carabaylla  
 Teléfono fijo: 01 757 0769  
 956 715 827 - 935 434 104 - 941 105 754  
 Email: ventas@jembios.com - jembios@hotmail.com  
 Website: www.jembios.com

**R.U.C.: 20557788841**

**Fecha Emission: 24/10/2024**

**Nº CO10240291**

# COTIZACION

Desarrollado por FoxSoft.pe

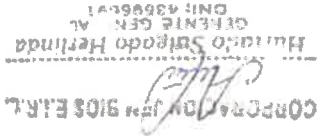
Anexo N° 4

Declaración Jurada del proveedor

1	Fecha del documento	24/10/2024
---	---------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	Reactivos de laboratorio
	2.2	Monto total según informe de indagación	s/ 63.119.00
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	Proforma de cotización, documentos sustentados de funcionamiento.

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	<p>Nombre, firma y sello del proveedor</p> <p>               CONFIRMACIÓN N° 9103 E.I.R.L.              Gerente General              DNI: 43696191         </p>		
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	0	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.	
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).	
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.	
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor	

Solicitud de cotización					
1	Número y fecha del documento	Número	Fecha	25/10/2024	
	2			Datos de la Entidad	
		Nombre de la Entidad	Direccion de Red de Salud Huaylas Sur		
		RUC	20488336917		
		Dirección	Ex Fiscalía de la Nación, Boulevard Pastorita		
		Teléfono(s)	Huacina, Psj.		
		Correo electrónico			
		Persona de contacto			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CORPORACION JEM BIOS EIR		
		RUC	20557788841		
		Dirección	Mza. V lote 4 int. 303- A:H: Juan Pablo II		
		Teléfono(s)	904474178		
		Correo electrónico	Ventasjembios@gmail.com		
		Representante o persona de contacto	Dilva Perez Diaz		
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	x	Servicios
		Descripción del objeto de la contratación	Material médico		
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	Términos de referencia	
		x			
5	Informacion complementaria				
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones				

Anexo N° 1

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios									
1	Datos del documento		Número de informe		Fecha de informe		24-10-2024		
2	Objeto de la contratación		Objeto de la contratación		Bienes		X		Servicio
Descripción del objeto de la contratación			ADQUISICION DE REACTIVOS DE LABORATORIO						
3	Antecedentes								
Experiencia con instituciones públicas. En la región Ancash contamos con experiencia con el Hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz, la Red Asistencial Huaraz del Seguro Social de Salud, la Red de Salud Conchucos Sur, la Red de Salud Pacifico Norte.									
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						
De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.									
b. Fáciles de obtener en el mercado			X						
De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.									
c. Se comercialicen bajo una oferta estándar establecida por el mercado			X						
De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.									
d. Que no se fabriquen, produzcan, suministran o prestan siguiendo la descripción particular o instrucciones dadas por la Entidad contratante			X						
De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.									
Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.									
5	Observaciones								
6	Compra mínima 500 soles. De ser menos, consultar con 904474178.								
<div> <div> <p>Corporación Jem Bios E.I.R.L.</p> </div> <div> <p>Humberto Sotelo Herlinda</p> </div> <div> <p>GERENTE GEN. AL</p> </div> </div>									
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones									
Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 1									



MZA. V LOTE 303 A.H JUAN PABLO II – LIMA- CARABAYLLO  
RUC: 20557788841  
|embios@hotmail.com|cotizaciones.bios@gmail.com|  
Móvil :932 524 648  
Movil:949 440 106

1	Registrar el número y fecha de emisión del Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios, describiendo además el objeto de la contratación.
3	Registrar los antecedentes que la Entidad considere conveniente.
4	Analizar el cumplimiento de cada una de las condiciones para emplear la comparación de precios. En tal sentido, la Entidad debe indicar si cumple o no cumple cada una de dichas condiciones y, de ser afirmativa la respuesta, consignar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de cada una de las condiciones. Para tales efectos, la Entidad debe tomar en cuenta las definiciones consignadas en el numeral 6.1 de la Directiva, así como el listado de supuestos en que no corresponde emplear la comparación de precios mencionados en el numeral 6.2 de la Directiva.
5	Registrar las observaciones que la Entidad estime conveniente.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones



Importación, Distribución y  
Comercialización de Equipos,  
Reactivos e Insumos de Laboratorio





Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 3

4	<div>Nombre, firma y sello del proveedor</div> <div></div>
---	------------------------------------------------------------

3	<div>Declaración jurada del proveedor</div> <div>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.</div>
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	24/10/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	REACTIVO DE LABORATORIO	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	x
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 63,119.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Proforma de costos, documentos regulatorios.	

Cotización y declaración jurada del proveedor

Anexo N° 3



COTIZACION N°1400-2024

**ABAMEDIC AT E.I.R.L RUC: 20605455205**

DOMICILIO FISCAL: MZA.H LOTE. 25 URB. VILLA CLUB III - CARABAYLLO

Contacto : Yosellin Chavez    Movil: 955 276 643

E-mail:ventas@abamedicat.com / abamedicat@gmail.com

**FECHA DE EMISION:** 24/10/2024

**DATOS DEL CLIENTE:**

**SEÑORES:** DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR

**RUC:** 20488336917

**Dirección** PT. MARIA ALVARADO TRUTILLO NRO. 241 URB. INDEPENDENCIA (PARQUE BULEVAR PASTORITA HUARACINA) ANCASH - HUARAZ - INDEPENDENCIA

A continuación y de acuerdo con su requerimiento, me dirijo a ustedes para presentarles nuestra mejor oferta económica:

ITEM	DENOMINACION/DESCRIPCION	MARCA PROCEDENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	P. Unit.	TOTAL
1	BILIRRUBINA DIRECTA X100 DETERMINACIONES	QCA/ ESPAÑA	KIT	6	S/.115.000	690.00
2	BILIRRUBINA TOTAL X100 DETERMINACIONES	QCA/ ESPAÑA	KIT	6	S/.115.000	690.00
3	CREATININA ENZIMATICA X100 DETERMINACIONES	QCA/ ESPAÑA	KIT	100	S/.125.000	12.500.00
4	HEMOGRAMA AUTOMATIZADA DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	ZYBIO/ CHINA	KIT	3	S/.1.750.000	5.250.00
5	PROTEINA C REACTIVA X100 DETERMINACIONES	QCA/ ESPAÑA	KIT	70	S/.105.000	7.350.00
6	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES	GENRUI/ CHINA	KIT	3	S/.5.000.000	15.000.00
7	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X100 DET	QCA/ ESPAÑA	KIT	25	S/.190.000	4.750.00
8	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X100 DETERMINACIONES	QCA/ ESPAÑA	KIT	25	S/.190.000	4.750.00
9	UREA ENZIMATICA	QCA/ ESPAÑA	DET	12.000	S/.1.800	21.600.00
Precios en soles incluye IGV						S/72.580.00

Esta cotización, esta sujeta a los siguientes terminos y condiciones:

\* PRECIO INCLUYE IGV + GASTOS DE ENVIO

\* VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS CALENDARIOS

\* GARANTIA COMERCIAL: 12 MESES

\* PLAZO DE ENTREGA: 10 DIAS CALENDARIOS

\* FORMA DE PAGO: CONTADO COMERCIAL

**CUENTAS BANCARIAS**

BBVA 0011-0312-0100025740

IGRACIAS POR SU PREFERENCIA!

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ANCASH  
DIRECCION DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
CPC. Cortes Montop Huanday Y.  
Adquisiciones



Campo	Información a consignar
1	Registrar el número y fecha de emisión de la solicitud de cotización. De ser necesario, combinar letras y números para una mejor identificación del documento.
2	Registrar los datos de la Entidad (denominación completa de la entidad contratante, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y persona de contacto, con los que el proveedor podrá comunicarse).
3	Registrar los datos del proveedor al que se remitirá la cotización (nombre o razón social del proveedor, su número de RUC, así como el número de teléfono, correo electrónico y nombre del representante o persona de contacto).
4	Indicar si el objeto de contratación corresponde a bienes o servicios; describir el objeto de la contratación, precisando asimismo si se adjuntan las especificaciones en el caso de bienes o los términos de referencia en el caso de servicios.
5	Detallar la información complementaria que la Entidad crea conveniente. Debe indicarse asimismo que se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a la solicitud.
6	Precisar el nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones

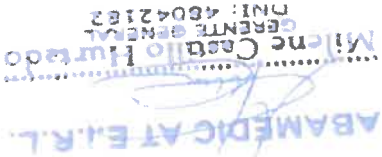
Anexo Nº 3

Cotización y declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	24/10/2024
---	---------------------	------------

2		Cotización	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	Material medico	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	x
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 72,580.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	Proforma de costos, documentos regulatorios.	

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	Nombre, firma y sello del proveedor	
---	-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Instrucciones para el llenado del formato del anexo Nº 3

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la cotización y declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación. Por otra parte, el proveedor debe señalar si cumple o no cumple las especificaciones técnicas en el caso o términos de referencia en el caso de servicios; registrar el monto total que se cotiza, así como detallar la documentación que se adjunta, cotización detallada, folletos, catálogos, entre otros, de ser el caso.
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

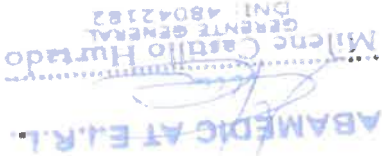
Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor

1	Fecha del documento	10/10/2024
---	---------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)		
	2.1	Descripción del objeto de la contratación	Material medico
	2.2	Monto total según informe de indagación	S/.67,500.00
	2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	Proforma de cotización, documentos sustentarios de funcionamiento.

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	Nombre, firma y sello del proveedor	
---	-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Instrucciones para el llenado del formato del anexo N° 4

Campo	Información a consignar
1	Registrar la fecha de emisión de la declaración jurada del proveedor.
2	La Entidad debe describir el objeto de la contratación; el costo total del bien o servicio a contratar de acuerdo con lo consignado en el informe de indagación; así como detallar la documentación que se adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar).
3	El texto de la declaración jurada del proveedor no debe ser modificado.
4	Precisar el nombre, firma y sello del proveedor

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001697

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/
<b>01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos y Drogas - Denid) Red Huaylas Sur</b>								
09/10/2024	0000002093	350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020017	BILIRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020018	BILIRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020187	UREA ENZIMATICA	Det	0.00	0.00	12.000.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
09/10/2024	0000002093	351100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00
09/10/2024	0000002093	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Kit	0.00	0.00	200.00	0.00
09/10/2024	0000002093	355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIPES	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
09/10/2024	0000002093	355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIPES X 1000 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
09/10/2024	0000002093	358600090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES	Kit	0.00	0.00	70.00	0.00
09/10/2024	0000002093	358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
09/10/2024	0000002093	358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
09/10/2024	0000002093	495700780011	AGUJA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	0.00	0.00	73.000.00	0.00
09/10/2024	0000002093	511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
09/10/2024	0000002093	511000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON CUIDAD	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
09/10/2024	0000002093	511000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON CUIDAD	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000350257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000	Pqte.	0.00	0.00	250.00	0.00
09/10/2024	0000002093	512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
10/10/2024	0000002096	495700280140	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA S X 100	Unidad	0.00	0.00	240.00	0.00
10/10/2024	0000002096	495700280142	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA L X 100	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00



ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001697

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 Item	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								
10/10/2024	0000002096	495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA M	Unidad	0.00	0.00	28,600.00	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 de Acreditación 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 HUAYLAS  
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
  
CPC. Aulio Calderón Alberti Antony  
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGÍSTICA

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

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



**GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH**  
**DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR**  
**"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA**  
**INDEPENDENCIA, Y DE LA COMMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE**  
**JUNÍN Y AYACUCHO"**

Huaraz, 11 de octubre del 2024.

**INFORME N°00178-2024-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED**

**A : C.D. WILDER GIRALDO FONTENLA**

Director de ODI de la R.S.H.

DOC: 03118966  
 EXP.: 01874290

**DE : Q.F. OSWALDO BLACIDO GONZALES**

Jefe de Sub Almacén Especializado de Medicamentos de la RSHS

**ASUNTO : SE SOLICITA COMPRA INSTITUCIONAL DE MATERIALES E INSUMOS**

**DE LABORATORIO CON PRESUPUESTO SIS.**

**ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RSHS.**

**REFERENCIA : INFORME N°035-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.**

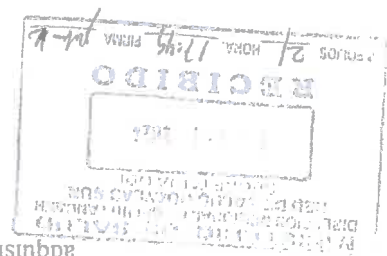
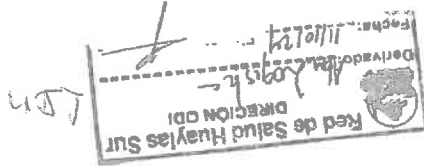
Es grato dirigirme a usted, a fin de saludarle cordialmente y al mismo tiempo solicitar la compra institucional urgente de materiales e insumos, que se encuentran en estado de desabastecimiento en todos los establecimientos de salud de nuestra jurisdicción, que cuentan con el servicio de laboratorio.

**1. BASE LEGAL.**

- 1.1. Ley N° 31953. Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2024.
- 1.2. 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".
- 1.3. 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.
- 1.4. 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.
- 1.5. Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED", 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.





- 1.6. Cuarta adenda al convenio entre el Seguro Integral de Salud, fondo intangible solidario de salud y el Gobierno Regional de Ancash para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.

## II. ANTECEDENTES.

- 2.1. En este año 2024, el ingreso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios por compra corporativa CENARES, tiene un retraso significativo que afecta en gran medida los índices de disponibilidad a nivel de la jurisdicción de la unidad ejecutora. Según la programación de compra corporativa 2024, enviada a CENARES, la unidad ejecutora Red de Salud Huaylas Sur, programó 344 ítems, de los cuales, a la fecha han ingresado solo 35, que corresponde al 10.2% del total programado.
- 2.2. La Red de Salud Huaylas Sur, cuenta con 28 establecimientos de salud con servicio de laboratorio, los cuales realizan exámenes auxiliares y complementarios a los pacientes asegurados al SIS de toda la jurisdicción. A la fecha, todos estos establecimientos carecen de materiales e insumos básicos, lo que está trayendo como consecuencia gastos de bolsillo y omisión de exámenes de laboratorio en desmedro de la salud del paciente asegurado al SIS.
- 2.3. El coordinador de Laboratorio de la RSHS, emitió una serie de informes reiterativos para la adquisición de dichos materiales e insumos como: INFORME N°018-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, INFORME N°022-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB e INFORME N°031-2024-REGIÓN-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, lo cual tuvo su demora en atender por falta de presupuesto en el SIGA, pero este problema ya fue subsanado con las liberaciones de las metas presupuestales correspondientes.

## III. ANALISIS.

Según los índices de disponibilidad de dispositivos médicos y productos sanitarios, consultados en la página del MUNDO IPRESS, actualizado hasta agosto 2024, la disponibilidad llegó al 96.%, por encima del indicador financiero N°02 del SIS de la Cuarta Adenda entre el SIS y Gobierno Regional, cuyo índice ideal debe pasar el 91% mensual, por tal motivo, para mantener este índice es necesario seguir abastecidos de insumos de alta rotación y que garantizarán una atención oportuna y de calidad al paciente asegurado al SIS.

Los materiales de laboratorio son instrumentos que son utilizados por el personal profesional y técnico de laboratorio para poder realizar sus procedimientos diagnósticos y auxiliares, los cuales tienen que tener la calidad adecuada para poder realizar los procedimientos de experimentación. En relación, a los insumos, estos apoyan de forma cualitativa y/o cuantitativa diagnósticos médicos que sirven a un adecuado tratamiento al paciente, especialmente a los que padecen enfermedades crónicas que tienen problemas de diabetes, hipercolesterolemia, o procesos infecciosos.





Así mismo, se debe recordar que, según el numeral III, de la Ley Nº 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 Nº 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios-SISMED"; aprobada con R.M. Nº 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 el estado de desabastecimiento de 30 materiales e insumos de laboratorio que repercuten negativamente en paciente asegurado al SIS, pues para completar su tratamiento tienen que hacer gasto de bolsillo adicional, surge la urgente necesidad de realizar la compra urgente de los 30 materiales e insumos de laboratorio que se detallan en el anexo Nº 05.

#### V. RECOMENDACIÓN:

Se recomienda realizar la compra en el mas breve plazo de 30 materiales e insumos de laboratorio que serán utilizados para la atención de pacientes con control o detección de enfermedades crónicas e infecciosas. Es todo en cuanto informe para su conocimiento y fines que estime conveniente.

Atentamente;

Cc: Archivo  
FOLIOS(11)

Anexo:

- INFORME Nº 035-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB con especificaciones técnicas de cada material e insumo.  
- Anexo Nº 05.



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002093

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: 09/10/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	ITEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSION		INCLUSION	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL		Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
351100020017	BILIRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020018	BILIRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
351100020187	UREA ENZIMATICA		Unidad	0.00	0.00	12.000.00	0.00
351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
351100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
351100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00
354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)		Kit	0.00	0.00	200.00	0.00
355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES		Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZAS		Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
3556000090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES		Kit	0.00	0.00	70.00	0.00
356600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL		Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
356600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL		Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
495700780011	AGUA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in		Unidad	0.00	0.00	73.000.00	0.00
5110000800261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
511000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100		Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
511000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON EDTA DIPOTÁSICO X 100		Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100		Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
512000350257	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000		Pqte.	0.00	0.00	250.00	0.00

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002093

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
MRO. IDENTIFICACION : 000740

Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETAUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día habiéndose seguido de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27). ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO 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  
Región de Salud  
Huaylas Sur  
Luz Karina Palacios Cruz  
Luz Karina Palacios Cruz  
Luz Karina Palacios Cruz

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur  
Lab. Clínico Luis Toledo Ríos  
REG-0887  
COORD. LABORATORIO - RCHS.

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
JEFE DE OFICINA  
Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002093

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

Centro de Costo: 01010809 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 09/10/2024

Código Item N.	Descripción del Item	ITEM	CANTIDAD Y/O VALORES					
			Unidad de Medida	EXCLUSION		INCLUSION		
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
350500030007	AGUA DESTILADA X 5 L		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 mL		Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00	
351100020017	BILIRRUBINA DIRECTA X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00	
351100020018	BILIRRUBINA TOTAL X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00	
351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
351100020187	UREA ENZIMATICA		Def	0.00	0.00	12,000.00	0.00	
351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00	
351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
351100020506	CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) CINETICO X 100 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00	
351100020992	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA X 25 DETERMINACIONES		Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00	
354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)		Kil	0.00	0.00	200.00	0.00	
355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES		Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00	
355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES X 1000 DETERMINACIONES X 4 PIEZAS		Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00	
355800090439	PROTEINA C REACTIVA X 100 DETERMINACIONES		Kit	0.00	0.00	70.00	0.00	
3558000170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 mL		Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00	
3558000170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 mL		Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00	
495700780011	AGUA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in		Unidad	0.00	0.00	73,000.00	0.00	
511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
5110000260188	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100		Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00	
5110000260199	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON EDTA DIPOTÁSICO X 100		Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00	
512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 MM X 22 MM X 100		Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00	
512000280390	PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
512000350267	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 UL - 100 UL X 1000		Ppte.	0.00	0.00	250.00	0.00	

## ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002093

Fecha : 10/10/2024  
Hora : 17:03:16  
Página : 2 de 2

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: 09/10/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMÁTICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO 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:

Firma: Responsable del Área Usuaria

Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
Luz Karina Palacios Cruz  
Lic. 003 20095 CMR: 41528417  
CORPO. UNIDAD DE SEGUROS

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur  
Luz Karina Palacios Cruz  
REG. 00367  
CORPO. LABORATORIO - RSHS.

DIRECCIÓN DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
CORPO. LABORATORIO

Centro de Costa: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMIID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 10/10/2024

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMM, al día habi siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LABORATORIO 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:

Firma: Responsable del Área Usuarià

Gobierno Regional de Arequipa  
Dirección General de Salud Ambiental  
Ruta al Estado Manayus S/N.  
*(Firma)*  
Lic. Liz Karina Palacios Cruz

COLEGIO NACIONAL DE LAS AMERICAS  
 Dirección de Asesoría y Salud Humana  
 Lda. CRISTINA DEL PUERTO  
 REG. 0867  
 COORD. LABORATORIO - RSAS



Ministerio de Salud del Perú  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR



Ns. de. 03118453  
Ns. 391-01874012  
Huaraz, 11 de octubre del 2024  
INFORME Nº 035-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : C.D. Wilder IRALDO FONTENLA

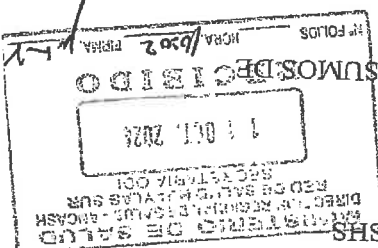
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOCY

Coordinador de Laboratorio de la RSHS

ASUNTO : REITERO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE LABORATORIO (URGENTE)

ATENCIÓN: SIS - SISMED - LOGISTICA



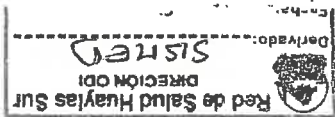
Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 30 de abril, el INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, y el (informe reiterativo) INFORME Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, de fecha 28 de mayo y el ( INFORME Nº 031-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB de fecha 10 de setiembre del 2024, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO Nº 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.J. 019-2024-SIS/I que aprobó la Directiva Nº-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EBSS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio y en la actualidad ya se encuentran desabastecidos la gran mayoría de EBSS por lo que reitero el pedido que es de mucha urgencia.

Adjunto:

- INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME Nº 031-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- Términos de Referencia por cada insumo (TDR) original
- Lista de pedidos de insumos de laboratorio

Sin otro particular, me suscribo de usted.

ALTP/



Paseje María Alvarado Trujillo Nº 241-Lib. Independencia

Teléfono - fax: 043 426955

www.redhuaylasur.gob.pe



Ministerio de Salud del Perú  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR

Huaraz, 10 de setiembre del 2024

**INFORME Nº 031-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.**

**A :** Lic. Kruspkaya INFANZON QUIJANO  
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS  
Rg. Lc. 03076400 Rg. Lc. 01849860

**DE :** Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOCY

Coordinador de Laboratorio de la RSHS

**ASUNTO : REITERO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE**

**LABORATORIO (URGENTE)**

**ATENCION: LOGISTICA**

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 24 de abril, el INFORME Nº 018- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, y el (informe reiterativo) INFORME Nº 022- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO Nº 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias -SIS según lo detallado en la R.L. 019-2024-SIS/J que aprobó la Directiva Nº-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EESS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio y en la actualidad ya se encuentran desabastecidos la gran mayoría de EESS por lo que reitero el pedido que es de mucha urgencia.

- INFORME Nº 028- 2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- ANEXO Nº 05 SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES

- Términos de Referencia por cada insumo (TDR) original  
Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente  
Lab. Clínico Luis Toledo Pocoy  
REG. 0866  
Coord. LABORATORIO : RSHS

10 SEP. 2024  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
REG. DE SALUD HUAYLAS SUR

ALTP/

Ministerio de Salud del Perú  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR



Huaraz, 28 de mayo del 2024  
INFORME Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

RECIBIDO  
12 MAY 2024  
SECRETARÍA ODI  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - HUEY  
MINISTERIO DE SALUD  
Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.  
Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.  
Nº 022-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Reyna HUARCA LOPEZ  
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS  
DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOV  
Coordinador de Laboratorio de la RSHS  
ATENCIÓN: SIS-SISMED-LOGISTICA

ASUNTO : RETIRO ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE

LABORATORIO

LABORATORIO

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que se hizo llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con fecha 24 de abril, el INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB, que hasta la fecha no se realiza por parte del SISMED el ANEXO Nº 5 solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades, lo solicitado corresponde a un gasto AUTORIZADO por la F.F. Donaciones y Transferencias - SIS según lo detallado en la R.J. 019-2024-SIS/J que aprobó la Directiva Nº-008-2024-SIS/GNF-V.03 "Directiva para el Monitoreo, Supervisión y seguimiento de la Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud" cabe resaltar que hasta la fecha los EESS ya no cuentan con materiales e insumos esenciales para el desarrollo de exámenes laboratoriales, por consecuencia los pacientes quedan sin exámenes de Laboratorio.

Adjunto:

- INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB
- INFORME Nº 057-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/US

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUAYLAS SUR  
Lab. Clínico Luis Toledo POCOV  
REG. 08881  
Coord. Laboratorio - RSHS

ALTP/



Ministerio de Salud del Perú  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS SUR



Huaraz, 30 de abril del 2024

INFORME Nº 018-2024-REGION-A-DIRES-A-RED-HS/D/ODI/LAB.

A : Lic. Reyna HUARCA LOPEZ  
Rg. lcc 02898844  
Reg. Exp. 01248111  
Directora de la Oficina de Desarrollo Institucional RSHS

DE : Tec. En Lab. LUIS TOLEDO POCOT  
Coordinador de Laboratorio de la RSHS

ASUNTO : ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE  
LABORATORIO

ATENCIÓN: SIS-FARMACIA-LOGISTICA

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez informar que: a nivel de la Red de Salud Huaylas Sur contamos con 28 laboratorios los mismos que cumplen función de apoyo al diagnóstico, para el cumplimiento de indicadores de diferentes estrategias y programas, de tal manera que hago llegar el requerimiento que corresponde al presente año 2024, con proyección y garantizando el stock hasta marzo del 2025.

Adjunto:

➤ lista de materiales e insumos de laboratorio

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Coord. Laboratorio - RSHS  
Lab. Clínico Luis Toledo Pocos  
REG. 02898844  
Dirección de Red de Salud Huaylas Sur  
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH

ALTP/

ANEXO N°01:  
 FORMATO DE REQUERIMIENTO DE BIENES - ESPECIFICACIONES  
 TÉCNICAS - EETT

REQUERIMIENTO DE BIENES - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. DATOS GENERALES DE LA CONTRATACIÓN:

1.1. Denominación de la Contratación	Adquisición de (materiales e insumos de laboratorio para el cumplimiento de campañas, actividades extramurales e intramurales y el cumplimiento de metas e indicadores)
1.2. Área Usaria (Unidad Orgánica)	LABORATORIO (ODI)
1.3. Meta Presupuestaria	
1.4. Actividad del POI	
1.5. Persona responsable del requerimiento su supervisión y seguimiento	LUIS TOLEDO POCOY
1.6. Persona(s) a las que se le(s) hará la entrega del (los) Bien(es)	ENCARGADOS DE LA RED DE SALUD HUAYLAS SUR
1.7. Persona que otorgará la Conformidad	LUIS TOLEDO POCOY

2. FINALIDAD PÚBLICA:

Cumplir con los indicadores de diferentes estrategias sanitarias en apoyo al diagnóstico

3. ANTECEDENTES:

Razones preliminares que motivan la generación de la necesidad son:  
 Atención intramurales y extramurales en campañas integrales de salud de diferentes estrategias y programas como Control Neo Natal, Anemia, Hipertensión, Diabetes, TBC, y diferentes indicadores y programas etc...

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN:

Compra de materiales e insumos para el uso en laboratorio para el apoyo al diagnóstico en campañas integrales de salud de enfermedades de los diferentes programas y estrategias sanitarias del ministerio de Salud.

5. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR:



a. Descripción y cantidad de los bienes:

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO X 100 DET</b></p> <p>Método: Colesterol Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml Contenido del kit: A. Reactivo 1 x 100 ml B. Estándar 200mg/dl 1 x 5 ml Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad: 2 mg/dl, Linealidad: 700 mg/dl.</p> <p>Muestra: Suero o plasma</p>	500	Frasco x 100 Det.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>ML GLUCOSA ENZIMATICA KIT X 100 DET O 100</b></p> <p>Método: Glucosa Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml Contenido del kit: A. Reactivo 1 x 100 ml B. Estándar 100mg/dl 1 x 5 ml Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad 2 mg/dl, Linealidad 500 mg/dl.</p> <p>Muestra: Suero, plasma o L.C.R.</p>	500	Kits 1 frasco x 100 Det. Estándar 1 x 5 ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>TRIGLICÉRIDOS ENZIMATICO X 100 DET.</b></p> <p>Método: Glicerol Fosfato Oxidasa Presentaciones: 1 x 100 ml</p>	500	Kits: 1 frasco x 100 Det. A.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>Contenido del kit:</p> <p>A. Reactivo 1 x 100 ml</p> <p>B. Estándar 200 mg/dl 1 x 5 ml</p> <p>Colorimétrico. Reactivo líquido. Inserto en español contiene datos de valores referenciales, exactitud, coeficiente de variación e interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Estabilidad del color mínimo 1 hora. Sensibilidad: 3 mg/dl, Linealidad: 1000 mg/dl.</p> <p>Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA</p>		<p>Reactivo</p> <p>1 x</p> <p>100 ml.</p> <p>B. Estándar 200 mg/dl 1 x 5 ml</p>

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>UREA ENZIMATICA X 1 DET.</b></p> <p>Método: Ureasa-GLDH</p> <p>Presentaciones: 1 x 80 ml</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Reactivo (1) 1 x 60 ml/ 3 x 50 ml/ 3 x 100 ml</p> <p>B. Reactivo (2) 1 x 20 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 100 ml</p> <p>C. Estándar 40 mg/dl 1 x 5 ml</p> <p>Cinético UV tiempo fijo, reactivo líquido, técnica monorreactiva o birreactiva. Inserto en español contiene datos de exactitud y coeficiente de variación, valores referenciales en suero y orina, interferencias. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 mg/dl. Linealidad: 300 mg/d L.</p> <p>Muestra: Suero, plasma u orina</p>	12000	1 DET.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>BILIRRUBINA TOTAL KIT X 100 DET.</b></p> <p>Método Jendrassik - Grof</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml</p> <p>B. Cafeína 2 x 100 ml</p> <p>C. Nitrito sódico 1 x 2 ml</p> <p>Colorimétrico. Reactivo líquido, una vez preparado el reactivo Diazo es estable 15 días a temperatura ambiente (<math>\leq 25^{\circ}\text{C}</math>), incluye factor. Inserto en español conteniendo datos de coeficiente de variación, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.1</p>	6	Kits:
		<p>A. Ac. Sulfanílico 1x</p> <p>B. Cafeína 50ml</p> <p>1 x 100 ml</p> <p>C. Nitrito sódico</p>



mg/dl, linealidad: 25mg/dl, valores referenciales.		1x2ml
----------------------------------------------------	--	-------

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>BILIRUBINA DIRECTA KIT 100 DET.</b> Método Jendrassik - Grof Contenido del kit: A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml B. Solución Salina 2 x 100 ml C. Nitrato sódico 1 x 2 ml Colorimétrico. Reactivo líquido, una vez preparado el reactivo Diazo es estable 15 días a temperatura ambiente ( $\leq 25^{\circ}\text{C}$ ), incluye factor. Inserto en español conteniendo datos de coeficiente de variación, dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.1 mg/dl, linealidad: 15mg/dl, valores referenciales. Muestra: Suero o plasma	6	A. Kits: A. Ac. Sulfanílico 1 x 50 ml B. Solución Salina 1 x 100 ml C. Nitrato sódico 1 x 2 ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100</b> Material de vidrio de alta calidad longitud: aprox. 75 mm $\pm$ 0,5 mm espesor de la pared: aprox. 0,275 $\pm$ 0,025 mm heparinizados con sodio (80 iu/ml $\pm$ 30 %) el extremo color rojo, pulido con fuego para reducir el desgaste de la centrifuga en tubos distribuidores de 100 piezas, por cartones de 10 tubos	500	frascos x 100 unidades c/u

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 ML CON GEL SEPARADOR X 100</b> • Tubo plástico con sistema al vacio de 13 x 100 mm • Capacidad 6ml	600	Caja x 100 unidades



DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las Puntas Azules Universales ICB, se han elaborado con polipropileno de alta calidad, el cual satisface todos los estándares.</li> <li>• Compatibles con todas las marcas de pipetas, Kartell, Gilson, Brand, entre otras.</li> <li>• Gran rango de volumen, que va desde los 100 ul hasta 1000 ul.</li> <li>• Tipo Eppendorf.</li> <li>• Bolsa con 1000 Piezas graduadas</li> </ul> <p><b>PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA 100 ul-1000 ul COLOR AZUL X 1000</b></p>		250	Bolsa x 1000 unidades

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil.</li> <li>• De color natural sin colorantes</li> <li>• Sin polvo</li> <li>• No estéril.</li> <li>• Uso único y para laboratorio.</li> <li>• Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación</li> <li>• Medidas de Talla : M</li> <li>• Ancho de Guante : 85 +/- 5 mm.</li> <li>• Largo de Guante (mínimo) : 195 mm.</li> <li>• Espesor (mínimo) : Dedo: 0.07 mm.</li> </ul> <p><b>GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA M (UNIDAD)</b></p>		28.600	unidades

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con gel separador en forma inclinada (pico de flauta)</li> <li>• Gel tipo monómero, transparente.</li> <li>• Sin activo, con activador de la coagulación (partículas de sílice esparcidas por la pared del tubo).</li> <li>• Paredes internas siliconadas para evitar adherencias de los hemáties.</li> <li>• Tapón de color amarillo.</li> </ul>			
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10UL-100UL X 1000</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las Puntas Azules Universales ICB, se han elaborado con polipropileno de alta calidad, el cual satisface todos los estándares.</li> <li>Compatibles con todas las marcas de pipetas, Kartell, Gilson, Brand, entre otras.</li> <li>Gran rango de volumen, que va desde los 10 ul hasta 100 ul.</li> <li>Tipo Eppendorf.</li> <li>Bolsa con 1000 Piezas graduadas</li> </ul>	250	Bolsa x 1000 unidades

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>AGUA DESTILADA GALON X 5 LT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>uso para bioquímica</li> <li>pH: 5.4</li> <li>Conductividad 20 °C &lt;10 S/cm.</li> <li>Nitratos &lt; 1 mg NO3/l</li> <li>Cloruros 2.5 mg Cl/l Silice 1.1 mg SiO2/l</li> <li>Calcio 0.02 mg Ca/l</li> <li>Magnesio &lt; 0.003 mg Mg/l</li> <li>Sodio 0.22 mg Na/l</li> <li>Potasio &lt; 0.03 mg K/l</li> <li>Hierro 5 g Fe/l Zinc &lt; 0.5 g Zn/l</li> <li>Conformes totales 0 ufc/100 ml.</li> </ul>	500	Galón



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>AGUA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1</b> -Aguja de acero inoxidable de alta resistencia - Las agujas están recubiertas de silicona médica, lubricante que disminuye la fricción y bisel de corte	73.000	unidad

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>TIRA RECTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES</b> <b>Especificaciones:</b> ✓ <b>Parámetros:</b> Acido ascórbico, Bilirrubina, Sangre, Densidad, Glucosa, Cetonas, Leucocitos, Nitrito, pH, Proteína, Urobilinógeno; ✓ Caja: 100 unds	200	frasco x 100 determinaciones

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>LAMINILLAS CUBRE OBJETOS 22 MM X 22 MM X 100</b> Referencia: 22 x 22 Unidad de venta: caja x 100 unidades Uso: en campos como la química y la biología - Medidas: 22 x 22 mm - No ejercer mucha presión sobre el objeto y la laminita - Color transparente - Excelente planicidad - Fabricadas de vidrio borosilicato De 263 M - Resistente a químicos y de la primera clase hidrolítica	400	caja x 100 unidades





DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>TGO/AST U.V. LIQUIDA X 100 DET.</b> Método: IFCC Presentaciones: 1 x 50 ml. Contenido del kit: A. Disol. de enzimas 1 x 40/ 2 x 100 ml/ 3 x 250 ml	25	A. Disol. de enzimas 40ml B. Sustrato 1 x

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>PROTEÍNA C REACTIVA X 100 DET (PCR)</b> Test en placa Presentaciones: 100 det. Contenido del kit: A. Reactivo látex 1 x 2 ml/ 1 x 4 ml B. Control positivo 1 x 0.5 ml C. Control negativo 1 x 0.5 ml D. Placa de reacción y agitadores desechables Partículas de poliestireno sensibilizadas con anti-Proteína C, control positivo de pool de sueros humanos con título de PCR mayor a 7.5 mg/L y control negativo menor a 7.5 mg/L. Inserto en español con valor referencial, interferencias. Con Técnica Semicuantiativa. Sensibilidad de 7.5 mg/L, fenómeno de prozona a partir de 100 mg/L. Muestra: Suero	70	Kits: x A. Reactivo 100tests B. Control 1 x 4 ml C. Control positivo 1 x C. Control negativo 1 x 0.5 ml 0.5 ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>CREATININA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES</b> Método: Jaffe Modificado Contenido del kit: A. Disol. de ác. pícrico 1 x 100 ml B. Disol.alcalina 1 x 100 ml C. Estándar 2mg/dl 1 x 5 ml Método cinético de tiempo fijo. Reactivo líquido con DMSO. Inserto en español contiene datos de exactitud y coeficiente de variación, interferencias, valores referenciales en suero/plasma y orina. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 0.03 mg/dl, Linealidad: 15 mg/dl. Muestra: Suero o plasma con heparina, orina	100	Kits: A. Disol. de ác. pícrico 1 x 100 ml B. Disol.alcalina 1 x 100 ml C. Estándar 2mg/dl 1 x 5 ml



tritacetado. - Medida de 21G x 1"(25mm) - Doble aguja, la interna revestida con una válvula de goma que permita toma múltiple. - Con tecnología Precisión Glide para un mejor desplazamiento de la aguja en vena - Producto esterilizado con radiación gamma y libre de látex para evitar reacciones alérgicas				
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

<b>DESCRIPCION</b> <b>ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA</b> <b>X 500 ML</b> <b>ESPECIFICACIONES.</b> Apariencia: Líquido amarillo claro Olor: Característico Densidad 20°C: Aproximadamente 1.02 g/cm3 Solubilidad: Casi insoluble en agua 20° C Viscosidad 20°C: 100 – 120 mPas Índice de refracción: 1.515 – 1.517 Fluorescencia: ≤ 1500 ppb			15	1 frasco x 500ml
<b>CANTIDAD</b>		<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>		

<b>DESCRIPCION</b> <b>GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH)</b> <b>X 10 ML</b> Para determinar los grupos A, B, AB y 0 así como el Rh con sangre real. Contenido: reactivos anti-A, anti-B, anti-D (anti Rh0), Conservación de +2° a +8°C			200	Kits: Unidad A,B,D de 10 ml cada uno
<b>CANTIDAD</b>		<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>		

<b>DESCRIPCION</b> <b>PLASTILINA PARA SELLADO DE MICROHEMATOCRITO</b> • con 1 áreas de depósito en la plancha de plástico con cera e ingrediente de relleno y cera de abeja natural, sin químicos dañinos al material plástico numeradas 1-24 • individualmente empaquetadas en bolsas de plástico			100	unidades
<b>CANTIDAD</b>		<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>		



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p>B. Sustrato 1 x 10 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 190 ml</p> <p>Cinético UV, reactivo líquido. Técnica monorreactiva y birreactiva, inserto en español contiene valores referenciales, estandarizada para tres tipos de temperatura 25, 30 y 37 °C, factor para cada técnica, temperatura y longitud de onda usada. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 U/L, Linealidad 680: U/L.</p> <p>Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA</p>		10 ml. 1 x

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>TGP/AST U.V. LIQUIDA X 100 DET.</b></p> <p>Método: IFCC</p> <p>Presentaciones: 1 x 50 ml.</p> <p>Contenido del kit:</p> <p>A. Disol. de enzimas 1 x 40/ 2 x 100 ml/ 3 x 250 ml</p> <p>B. Sustrato 1 x 10 ml/ 1 x 50 ml/ 1 x 190 ml</p> <p>Cinético UV, reactivo líquido. Técnica monorreactiva y birreactiva, inserto en español contiene valores referenciales, estandarizada para tres tipos de temperatura 25, 30 y 37 °C, factor para cada técnica, temperatura y longitud de onda usada. Dato de absorbancia de blanco reactivo aceptable. Sensibilidad: 2 U/L, Linealidad 680: U/L.</p> <p>Muestra: Suero o plasma con heparina o EDTA</p>	25	A. Disol. de enzimas 1 x 40ml B. Sustrato 1 x 10 ml

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<p><b>PRUEBA RAPIDA DE HORMONA GONADOTROPINACORIONICA (HCG)</b></p> <p>El Ensayo Rápido Combo de HCG OnSite es un inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral para la detección precoz del embarazo, proporcionando una prueba visual directa para la hormona placentaria, HCG, al nivel de corte de 25 mIU hCG / ml de orina o suero humanos.</p>	90	Frasco x 25 unidades



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO</li> <li>• DIFERENCIAL 3 STIRPES 4 PIEZAS</li> <li>• Serie roja: rango variable según edad y sexo</li> <li>• Serie megacariotica: (150000 - 450000)/ul</li> <li>• Serie blanca: (4000 - 10000)/ul</li> </ul>	3	1 x 500 determinaciones de 4 piezas

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO</li> <li>• DIFERENCIAL 5 STIRPES X 500 DETERMINACIONES 4 PIEZAS</li> <li>• Serie roja: rango variable según edad y sexo</li> <li>• Serie megacariotica: (150000 - 450000)/ul</li> <li>• Serie blanca: (4000 - 10000)/ul</li> <li>• Diferencial leucocitario: variable según edad</li> <li>• Adulto: Neut. (40 - 70) % Eos. hasta 5% Bas. hasta 2%</li> <li>• Linf. (25 - 50) % Mon. hasta 12%</li> </ul>	3	1 x 500 determinaciones de 4 piezas

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL X 5 ML</b> <b>FORMATO: 1 FRASCOS X 5ML</b> <b>TEMP. CONSERVACIÓN: +2/+8 °C</b> <b>REF: 994685 (1X5ML)</b> liofilizado	15	1 FRASCOS X 5ML

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO X 5 ML</b> <b>FORMATO: 1 FRASCOS X 5ML</b> <b>TEMP. CONSERVACIÓN: +2/+8 °C</b> <b>REF: 994685 (1X5ML)</b> liofilizado	15	1 FRASCOS X 5ML



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencial leucocitario: variable según edad</li> <li>• Adulto: Neut. (40 – 70) % Eos. hasta 5% Bas. hasta 2%</li> <li>• Linf. (25 – 50) % Mon. hasta 12%</li> </ul>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 ML CON EDTA DIPOTASICO CAJA X 100</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubo plástico con sistema al vacío de 12 x 75 mm</li> <li>• Capacidad 3ml</li> <li>• Co EDTA dipotasico</li> <li>• Tapón de color morado.</li> </ul>	400	Caja x 100 unidades

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN DE (LILA) NITRILLO SIN POLVO TALLA S X 100 COLOR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil.</li> <li>• De color natural sin colorantes</li> <li>• Sin polvo</li> <li>• No estéril.</li> <li>• Uso único y para laboratorio.</li> <li>• Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación</li> <li>• Medidas de Talla : S</li> <li>• Ancho de Guante : 75 +/- 5 mm.</li> <li>• Largo de Guante (mínimo) : 180 mm.</li> <li>• Espesor (mínimo) : Dedo: 0.05 mm.</li> </ul>	240	Caja x 100 unidades

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
<b>GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN DE (AZUL) NITRILLO SIN POLVO TALLA L X 100 COLOR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De superficie lisa y uniforme que no altere la sensibilidad táctil.</li> <li>• De color natural sin colorantes</li> <li>• Sin polvo</li> <li>• No estéril.</li> </ul>	100	Caja x 100 unidades

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso único y para laboratorio.</li> <li>• Con puños resistentes a la rotura y borde enrollado para facilitar la colocación</li> <li>• Medidas de Talla : L</li> <li>• Ancho de Guante : 95 +/- 5 mm.</li> <li>• Largo de Guante (mínimo) : 230 mm.</li> <li>• Espesor (mínimo) : Dedo: 0.08 mm.</li> </ul>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**b. Garantía Comercial:**

Contra defectos de diseño y/o fabricación, averías, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

**Periodo de garantía:** Los bienes deberán de tener una garantía mínima de: un (01) año y 6 meses.

los insumos a adquirir deberán tener como mínimo la fecha de expiración mayor a dos años.

**c. Capacitación y/o Entrenamiento:**

Capacitación al personal de laboratorio de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, los temas de la capacitación será programado de acuerdo al producto adquirido, deberá ser como mínimo 2 días, 8 horas por día, para 45 personas por día aproximadamente, el lugar se definirá dentro del proceso, el perfil del expositor, deberá ser de acuerdo al tema que le corresponda, como microbiología, bioquímica, hematología, inmunoseroología, inmunofluorescencia y otros, con certificación aprobada por el ministerio de salud entre otros.

**d. Lugar y plazo de ejecución de la prestación:**

**Lugar:** Los bienes serán entregados en el Almacén Central de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, sito en P.J. María Alvarado Trujillo NRO 241 – Independencia – Huaraz – Ancash.

**Plazo:** Los bienes serán entregados en un plazo de 5 (CINCO), días hábiles a partir de la notificación de la orden de compra.

**6. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**

- ✓ El proveedor, **deberá de dedicarse al rubro** de comercialización de bienes iguales o similares a los requeridos.
- ✓ Registro Único de Contribuyentes (RUC) habilitado.
- ✓ Código de Cuenta Interbancario (CCI) registrado y vinculado a su número de RUC.



✓ Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente, en el capítulo de Bienes (Se excluye en el caso que el valor del bien sea menor o igual a 1 UIT).

✓ Copia simple de Resolución Directoral de Autorización Sanitaria de Funcionarios otorgada al establecimiento farmacéuticos proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, Como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos sanitarios (ANM) o por las autoridades de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a nivel Regional (ARM), según corresponda, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente

✓ Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento vigente a nombre del proveedor, emitido por la DIGEMID como ANM o por la ARM, según corresponda, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente, solo en el caso que el proveedor sea el laboratorio nacional fabricante del bien, se presentara, la copia simple del certificado BPM.

✓ copia simple de Buenas Prácticas de Distribución de Transporte – BPDT vigente, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente, emitido por la FIGEMID como ANM o por la ARM, según corresponda.

✓ El proveedor deberá presentar una muestra de cada producto a contratar y garantizar la calidad del producto, registro sanitario y protocolo de análisis.

✓ El proveedor deberá presentar copia simple del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)



7. VALOR ESTIMADO:

El Valor estimado será determinado por la Unidad de Abastecimiento mediante el estudio de mercado:

8. ADELANTOS:

La RED DE SALUD HUAYLAS SUR, no otorga adelantos o parte de pago por la adquisición de los bienes.

9. CONFORMIDAD DE LOS BIENES:

La conformidad y la recepción de los materiales e insumos será dada por el encargado del área usuaria. (LABORATORIO) de la RED DE SALUD HUAYLAS SUR, por ser materiales e insumos especializados.



LISTA DE COMPRA LABORATORIO II-2024 SOLO ESTA LO PRIORITARIO POR QUE EL SISMED INDICA QUE NO HAY PRESUPUESTO Y HAY QUE ESPERAR LOS SALDOS

medcod	Codigo Siga	descrip	CANTIDAD DEL PEDIDO
12679	351100020181	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO - KIT - 100 DET	500
10738	351100020135	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO x 100 DETERMINACIONES	500
11188	351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA - KIT - 100 DET	500
38553	511000260188	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON GEL SEPARADOR X 100 - UNIDAD -	600
38814	355100020232	SET DE REACTIVOS PARA HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES x 1000 DETERMINACIONES x 4 PIEZA - SET -	3
20395	495700780011	AGUA PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1	73000
42953	511000260139	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3ML CON EDTA DIPOTASICO X 100	400
23113	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML	200
41364	495700280143	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA S - UNIDAD -	40000
20455	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS - KIT - 100 DET	200
36305	351100020187	UREA ENZIMATICA - KIT - 1 DET	12000
21932	351100020506	CREATININA ENZIMATICA - UNIDAD - 100 DET	100
41488	495700280145	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA M - UNIDAD -	20000
27381	350500030007	AGUA DESTILADA GALON X 5 LT	500
28530	511000080261	TUBO CAPILAR CON HEPARINA X 100 - UNIDAD -	500
10005	351000023496	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 500 ML	15
35206	358600170288	SUERO CONTROL BIOQUIMICO NORMAL - UNIDAD - 5 mL	15
31414	358600170167	SUERO CONTROL BIOQUIMICO PATOLOGICO - SOLUCI - 5 mL	15
21813	351100020992	PRUEBA RAPIDA DE HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA (HCG)	90
11734	358600090439	PROTEINA C REACTIVA - KIT - 100 DET	70
21923	512000180002	LAMINILLA CUBRE OBJETO 22 mm X 22 mm X 100 UNIDADES - UNIDAD -	400
41485	495700280146	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE DE NITRILLO SIN POLVO TALLA L - UNIDAD -	10000
34564	512000350361	PUNTERA (TIPS) UNIVERSAL PARA PIPETA AUTOMATICA 100 µL - 1000 µL COLOR AZUL X 1000	250
52254	7	PUNTERA AMARILLA PARA PIPETA AUTOMATICA 10 µL - 100 µL X 1000	250
11719	512000280390	PLASTILINA PARA SELADO DE MICROHEMATOCRITO - UNIDAD -	100
29235	351100020538	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) X 100 DETERMINACIONES	25
38750	351100020241	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) X 100 DETERMINACIONES	25
10347	351100020017	BILIRUBINA DIRECTA - KIT - 100 DET	6
28045	351100020018	BILIRUBINA TOTAL - KIT - 100 DET	6
30923	355100020068	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 3 ESTIRPES	3

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
 Directorio de Recursos Humanos  
 REG-08887  
 LABORATORIO - RARH.

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001782

UNIDAD EJECUTORA : 401 DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
NRO. IDENTIFICACION : 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								
17/10/2024	0000002183	580100080004	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580100210010	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2 g/100 g GEL 10 g	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580200430007	IBUPROFENO 100 MG/5 ML SUS 60 ML	Unidad	0.00	0.00	15.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580200430010	IBUPROFENO 400 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	190.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580200460006	PARACETAMOL 120 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	12.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580300180005	CLOFENAMINA MALEATO 10 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	5.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580300200002	LORATADINA 5 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2.500.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580600050002	MEBENDAZOL 100 MG/5 ML SUS 30 ML	Unidad	0.00	0.00	5.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700090007	AMPICILINA SODICA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	1.500.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700100007	AMOXICILINA 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	125.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700100009	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	10.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700110003	BENCILPENICILINA PROCAINICA 1000000 UI INY	Unidad	0.00	0.00	6.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700120007	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	8.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700130004	FENOXIMETILPENICILINA (COMO SAL POTASICA) 1000000 UI TAB	Unidad	0.00	0.00	1.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 250 mg + 62.5 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	3.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580700150007	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 500 mg + 125 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	50.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	580900030002	AMIKACINA (COMO SULFATO) 50 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
17/10/2024	0000002183	581000040009	CLARITROMICINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
17/10/2024	0000002183	581000080004	AZITROMICINA 200 mg/5 mL SUS 30 mL	Unidad	0.00	0.00	2.500.00	0.00
17/10/2024	0000002183	581400130004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	50.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	581400130009	CIPROFLOXACINO (COMO LACTATO) 200 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
17/10/2024	0000002183	581500080003	NITROFURANTOINA 100 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	30.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	581800060003	CLOTRIMAZOL 500 mg OVU	Unidad	0.00	0.00	17.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	582700100001	CARBIDOPA + LEVODOPA 25 mg + 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	3.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	582800010003	HIERRO (COMO SACARATO) 20 mg Fe/mL INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
17/10/2024	0000002183	582800020002	ACIDO TRANEXAMICO 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
17/10/2024	0000002183	582800020004	ACIDO TRANEXAMICO 1 g INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
17/10/2024	0000002183	582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	0.00	0.00	100.000.00	0.00
17/10/2024	0000002183	582800300002	FITOMENADIONA 10 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
17/10/2024	0000002183	583000260001	NOREPINEFRINA (COMO ACIDO TARTRATO) 1 mg/mL INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
17/10/2024	0000002183	583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00



ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001782

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/
17/10/2024	0000002183	587100070003	PREDNISONA 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00

- 01010609 - Servicio De Farmacia (medicamentos, Insumos Y Drogas - Demid) Red Huaylas Sur
- 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:

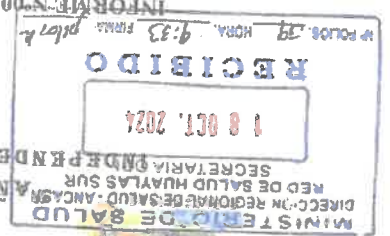
Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP

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



39

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD HUAYLAS SUR  
AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA  
PATRIA, Y DE LA COMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE  
JUNÍN Y AYACUCHO



INFORME N° 00184-2024- DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED  
A  
: C.D. WILDER GIRALDO FONTENLA  
Director de ODI de la R.S.H.  
DOC: 03127371 EXP.: 01879256  
: Q.F. OSWALDO BLACIDO GONZALES  
Jefe de Sub Almacén Especializado de Medicamentos de la RSHS

ASUNTO : SE REITERA POR SEGUNDA VEZ LA COMPRA INSTITUCIONAL DE  
MEDICAMENTOS DE ALTA ROTACIÓN QUE CONTINUAN EN ESTADO DE  
COTIZACIÓN.  
ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA DE LA RSHS.  
REFERENCIA : INFORME N° 0051-2024- DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED,  
INFORME N° 00136-2024- DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED,  
INFORME N° 00146-2024- DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED

Es grato dirigirme a usted, a fin de saludarle cordialmente y al mismo tiempo solicitar por segunda  
vez, la compra institucional urgente de medicamentos que, a la fecha, presentan condición de "sub  
stock" y "desabastecimiento", y que son de alta rotación, para todos los establecimientos de salud  
de nuestra jurisdicción.

# I. BASE LEGAL.

- 1.1. Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2024.
- 1.2. 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".
- 1.3. 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.
- 1.4. 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.
- 1.5. 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. 1. "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. 2.  
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.
- 1.6. 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. Nº 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.

1.7. Cuanta adenda al convenio entre el Seguro Integral de Salud, fondo intangible solidario de salud y el Gobierno Regional de Ancash para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.

II.

ANTECEDENTES.

2.1. En este año 2024, el ingreso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios por compra corporativa CENARES, tiene un retraso significativo que afecta en gran medida los índices de disponibilidad a nivel de la jurisdicción de la unidad ejecutora. Según la programación de compra corporativa 2024, enviada a CENARES, la unidad ejecutora Red de Salud Huaylas Sur, programó 344 ítems, de los cuales, a la fecha han ingresado solo 35, que corresponde al 10.2% del total programado.

2.2.

Ante la demora del ingreso de productos farmacéuticos por el CENARES, en el mes de marzo del 2024, se hicieron los requerimientos para compra institucional por el presupuesto de Donaciones y Transferencias (SIS), dichos requerimientos se hicieron con el siguiente documento: INFORME Nº 0051-2024 DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/OD/SISMED, de fecha 14-03-2024, cuyo asunto es "Se remite informe técnico sobre requerimiento de productos farmacéuticos desbastecidos, substock y riesgo a substock", en la cual se solicita la compra de 179 medicamentos, que a esa fecha teníamos condición de substock y riesgo de desabastecimiento con una proyección a 08 meses de abastecimiento, y ambos se que se anexa en el presente informe.

2.3.

Al día 09-08-2024, todavía no se había efectivizado la compra institucional de 61 medicamentos, por lo tanto, se remite el INFORME Nº00136-2024-DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/OD/SISMED, de fecha 09-08-2024, cuyo asunto es "SE REITERA ACELERAR COMPRA INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS DE ALTA ROTACIÓN EN ESTADO DE COTIZACIÓN", en dicho informe, se hace conocer que de la lista de 179 medicamentos solicitados para compra institucional con presupuestos SIS solicitados en el mes de marzo, 61 aún siguen en condición de "Cotización" por la oficina de Logística de la unidad ejecutora, cuya compra se debe realizar de inmediato porque son de alta rotación como Amoxicilina + ácido clavulánico 500 mg + 125 mg tableta, ampicilina sódica 1 g inyectable, Bismuto subsalicilato 87.33 mg/5mL suspensión, Clostrimazol 500 mg óvulo, ferroso sulfato 300 mg tableta, entre otros. A estos se suman 02 medicamentos: Haloperidol





decanoato 50 mg inyectable y Haloperidol 2mg/mL solución, cuya orden fue anulada por sobreprecio.

2.4.

Ante el desabastecimiento eminente de medicamentos de alta rotación y que continuaban en estado de cotización, se emitió el INFORME N°00146-2024-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED, de fecha 22-08-2024, cuyo asunto es "SE SOLICITA COMPRA INSTITUCIONAL URGENTE DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DESABATECIDOS", en dicho informe, se hace conocer que los 63 medicamentos que la oficina de logística mantiene en estado de cotización serán adquiridos por subasta inversa, pero mientras dura ese proceso, se solicita la compra urgente de 28 medicamentos priorizados de esa lista para su compra urgente, para un abastecimiento de 03 meses. Sin embargo, de este requerimiento, se lograron adquirir 16 medicamentos, en cantidades parciales a la cantidad original requerida en el INFORME N° 0051-2024-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED.

2.5.

A la fecha de presentar este informe, la Oficina de Logística refiere que por problemas de vinculación de anexos N°05 con anexos N° 06 en 55 ítems, se tiene que solicitar la exclusión de tales medicamentos para que se libere el presupuesto y se efectivice la cotización de todos los medicamentos pendientes de compra institucional, por tal motivo se presentó el INFORME N°00174-2024-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED, para que se acelere la compra de 64 medicamentos pendientes del requerimiento primigenio que data del mes de marzo 2024.

III.

### ANÁLISIS.

Según los índices de disponibilidad de dispositivos médicos y productos sanitarios, consultados en la página del MUNDO IPRESS, actualizado hasta agosto 2024, la disponibilidad llegó al 91.57%, por encima del indicador financiero N°02 del SIS de la Cuarta Adenda entre el SIS y Gobierno Regional, cuyo índice ideal debe pasar el 91% mensual, por tal motivo, para mantener este índice es necesario seguir abastecidos de insumos de alta rotación y que garantizarán una atención oportuna y de calidad al paciente asegurado al SIS.

Actualmente tenemos 64 productos farmacéuticos, de alta rotación en condición de substock y desabastecidos, 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 Indicadores Financieros N° 02 y 03 de la Cuarta adenda al convenio entre el seguro integral de salud, fondo intangible solidario de salud y el Gobierno Regional de Ancash para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados. Para poder cumplir estos indicadores financieros, la unidad ejecutora tiene que garantizar una disponibilidad mínima del 91%, tanto en productos farmacéuticos, como en dispositivos médicos y productos sanitarios. Es importante, señalar que, en el 2024, el ingreso de productos farmacéuticos, por compra corporativa, tiene un retraso muy importante, solo han ingresado 35 (10.2%) de los 344 productos programados.



Ante esta situación la jefatura del SISMED, ha solicitado de forma reiterativa la adquisición de los 63 ítem que se encuentran a la fecha en estado de cotización, pues entre ellos hay medicamentos de muy alta rotación que los pacientes afiliados al SIS están haciendo uso de bolsillo para su tratamiento médico, entre ellos: naproxeno 500 mg tableta, entre otros medicamentos desabastecidos. En relación a psicofármacos de alta rotación utilizados en los 04 centros de salud mental y comunitario de la Red de Salud Huaylas Sur, estos carecen de medicamentos que los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hacen gasto de bolsillo para su adquisición, entre ellos están el haloperidol decanoato 50 mg inyectable y haloperidol 2mg/mL, lo cual no tiene concordancia con el 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. 1. "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.

Así mismo, 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. Por tal motivo, ante el riesgo a que la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios disminuya a partir del mes de octubre del 2024, y a no garantizar la gratuidad en el asegurado al SIS, es conveniente tomar las medidas adecuadas y oportunas para la adquisición de todos los medicamentos que continúan en estado de cotización de acuerdo al requerimiento primigenio que se realizó en el mes de marzo del 2024.

#### IV. CONCLUSIÓN:

Por lo expuesto, ante la eminente caída de la disponibilidad a partir del mes de Octubre del 2024, es de suma urgencia la adquisición institucional de todos los productos farmacéuticos de alta rotación en condición de desabastecimiento y substock que continúan en estado de cotización en relación al requerimiento realizado con el INFORME N° 0051 -2024- DRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED, de fecha 14-03-2024.



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

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA  
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE  
JUNÍN Y AYACUCHO"



## RECOMENDACIÓN:

Se recomienda realizar la compra en el mas breve plazo de 64 medicamentos que continúan en proceso de cotización por la gran importancia para el tratamiento de diversas patologías en los pacientes asegurados al SIS y que realizan gasto de bolsillo para su adquisición particular.

Es todo en cuanto informe para su conocimiento y fines que estime conveniente.

Atentamente;

C. Archivo  
FOLIOS(11)

Anexo:

- Cuadro Nº 01: Lista de 63 medicamentos que continúan en proceso de cotización por la oficina de Logística de la RSHS.  
- INFORME Nº 0051 -2024- DICES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED.  
- INFORME Nº00136-2024-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED  
- INFORME Nº00146-2024-DIRES-RED-S-HUAYLAS SUR-C/ODI/SISMED.  
- Anexo Nº 05.

CUADRO N°01: PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE TODAVÍA CONTINUAN EN ESTADO DE COTIZACIÓN POR LA OFICINA DE LOGÍSTICA DE LA RSHS AL 30-10-2024.

FECHA RECEPCIÓN - LOGÍSTICA	META	TIPO	CODIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO	CANT. REQUERIDA	COMPRA POR EMERGENCIA 03 MESES	FALTANTE	ESTADO	Precio Referencial unitario	Total Referencial Total
3/04/2024	001	MEDICAMENTO	586800010004	ACIDO ALENDRONICO (COMO ALENDRONATO SODICO) - 70 mg - TABLET -	1,000	0	0	COTIZACION	0.70	700.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	582800020004	ACIDO TRANEXAMICO - 1g - INYECT - 10 ml	100	0	0	COTIZACION	4.00	400.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	582800020002	ACIDO TRANEXAMICO - 250 mg - TABLET -	1,000	0	0	COTIZACION	1.78	1,780.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580900030002	AMIKACINA (COMO SULFATO) - 50 mg/ml - INYECT - 2 ml	400	0	0	COTIZACION	2.38	952.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	583000040001	AMIODARONA CLORHIDRATO - 50 mg/ml - INYECT - 3 ml	100	0	0	COTIZACION	0.90	90.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010009	AMOXICILINA - 250 mg/5 ml - SUSPEN - 60 ml	10,000	0	0	COTIZACION	2.40	24,000.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010006	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	200,000	75,000	125,000	COMPRA PARCIAL	0.14	10,500.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) - 500 mg + 125 mg - TABLET -	6,000	3,000	3,000	COMPRA PARCIAL	7.72	23,169.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) - 500 mg + 125 mg - TABLET -	80,000	30,000	50,000	COMPRA PARCIAL	0.62	18,600.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	1,500	0	0	COTIZACION	0.72	1,080.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	2,500	0	0	COTIZACION	12.50	31,250.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	6,000	0	0	COTIZACION	0.70	4,200.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	1,500	0	0	COTIZACION	3.52	5,280.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	200	0	0	COTIZACION	2.30	460.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	10,000	4,000	6,000	COMPRA PARCIAL	0.09	18.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	50	0	0	COTIZACION	8.00	32,000.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	1,000	0	0	COTIZACION	12.40	620.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	3,000	0	0	COTIZACION	1.80	1,800.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	80,000	30,000	50,000	COMPRA PARCIAL	0.44	1,320.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	500	0	0	COTIZACION	0.21	6,300.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	1,000	400	600	COTIZACION	2.90	1,600.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	8,000	3,000	5,000	COMPRA PARCIAL	12.56	1,560.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	100	40	60	COMPRA PARCIAL	36.80	1,472.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	25,000	8,000	17,000	COMPRA PARCIAL	0.47	3,760.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	200	0	0	COTIZACION	8.88	1,776.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	120	0	0	COTIZACION	4.81	577.20
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	500	0	0	COTIZACION	1.62	810.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	500	0	0	COTIZACION	0.34	170.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	100	0	0	COTIZACION	3.75	375.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	8,000	0	0	COTIZACION	0.22	1,760.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	1,000	0	0	COTIZACION	0.76	760.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	100	0	0	COTIZACION	76.00	7,600.00
6/05/2024	001	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	50	0	0	COTIZACION	1.27	63.50
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	2,000	65,000	105,000	COMPRA PARCIAL	0.11	1,450.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	170,000	300	700	COMPRA PARCIAL	0.73	7,150.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	1,000	0	0	COTIZACION	1.01	303.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	2,500	0	0	COTIZACION	0.18	450.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	50,000	18,000	32,000	COMPRA PARCIAL	0.05	864.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	200	0	0	COTIZACION	8.00	1,600.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	6,000	0	0	COTIZACION	0.18	1,080.00
6/05/2024	001	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	500	0	0	COTIZACION	29.30	14,650.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	700	0	0	COTIZACION	2.44	1,708.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	500	0	0	COTIZACION	2.50	1,250.00
6/05/2024	001	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	15,000	0	0	COTIZACION	2.80	42,000.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	350,000	160,000	190,000	COMPRA PARCIAL	0.10	15,640.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	400	0	0	COTIZACION	7.00	2,800.00
3/04/2024	008	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	400	0	0	COTIZACION	2.81	1,124.00
26/03/2024	004	MEDICAMENTO	580700010007	AMOXICILINA - 500 mg - TABLET -	9,000	0	0	COTIZACION	4.50	40,500.00

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002183

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: 17/10/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	ITEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSION		INCLUSION	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
580100080004	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL		Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
580100210010	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2 g/100 g GEL 10 g		Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
580200430007	IBUPROFENO 100 MG/5 ML SUS 60 ML		Unidad	0.00	0.00	15,000.00	0.00
580200430010	IBUPROFENO 400 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	190,000.00	0.00
580200460006	PARACETAMOL 120 mg/5 mL JBE 60 mL		Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
580300180005	CLORFENAMINA MALEATO 10 mg/mL INY 1 mL		Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
580300200002	LORATADINA 5 mg/5 mL JBE 60 mL		Unidad	0.00	0.00	2,500.00	0.00
5806000650002	MEBENDAZOL 100 MG/5 ML SUS 30 ML		Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
580700090007	AMPICILINA SODICA 1 g INY		Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
580700100007	AMOXICILINA 500 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	125,000.00	0.00
580700100009	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL		Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
580700110003	BENCILPENICILINA PROCAINICA 1000000 UI INY		Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
580700120007	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 250 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
580700130004	FENOXIMETILPENICILINA (COMO SAL POTASICA) 1000000 UI TAB		Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 250 mg + 62.5 mg/5 mL SUS 60 mL		Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
580700150007	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 500 mg + 125 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
580900030002	AMIKACINA (COMO SULFATO) 50 mg/mL INY 2 mL		Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
581000040009	CLARITROMICINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL		Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
581000080004	AZITROMICINA 200 mg/5 mL SUS 30 mL		Unidad	0.00	0.00	2,800.00	0.00
581400130004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 500 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
581400130009	CIPROFLOXACINO (COMO LACTATO) 200 mg INY 100 mL		Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
581500080003	NITROFURANTOINA 100 MG TAB		Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
581800060003	CIOTRIMAZOL 500 mg OUV		Unidad	0.00	0.00	17,000.00	0.00
582700100001	CARBIDOPA + LEVODOPA 25 mg + 250 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
582800010003	HIERRO (COMO SACARATO) 20 mg Fe/mL INY 5 mL		Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
582800020002	ACIDO TRANEXAMICO 250 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
582800020004	ACIDO TRANEXAMICO 1 g INY 10 mL		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB		Unidad	0.00	0.00	100,000.00	0.00
582800300002	FITOMENADIONA 10 mg/mL INY 1 mL		Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
583000260001	NOREPINEFRINA (COMO ACIDO TARTRATO) 1 mg/mL INY 4 mL		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00

  
Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud Ancash  
Red de Salud Huaylas Sur  
Lic. Lilia Karina Palacios Cruz  
DNI: 41626147  
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002183

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: 17/10/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	ITEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSION		INCLUSION	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 MCG/Ml. INY 5 Ml.		Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
583000540001	DOBUTAMINA (COMO CLORHIDRATO) 250 mg/20 mL INY 20 mL		Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
583100300001	NIFEDIPINO 10 mg TAB		Tableta	0.00	0.00	7,000.00	0.00
583300950004	BENZOATO DE BENCILO 25 g/100 mL (25%) LOC 120 mL		Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
583600220011	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 g/100 mL (4 %) SOL 1 L		Unidad	0.00	0.00	60.00	0.00
583700010004	FUROSEMIDA 10 MG/Ml INY 2 Ml.		Unidad	0.00	0.00	2,500.00	0.00
583700020003	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 500 mL		Unidad	0.00	0.00	48.00	0.00
583700020004	MANITOL 20 g/100 mL (20 %) INY 1 L		Unidad	0.00	0.00	48.00	0.00
583800730003	BISMUTO SUBSALICILATO 87.33 mg/5 mL SUS 150 mL		Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	32,000.00	0.00
584400170023	HIPROMELOSA 3 mg/mL SOL OFT 15 mL		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
584400630002	TIMOLOL (COMO MALEATO) 5 mg/mL (0.5 %) SOL OFT 5 mL		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOL OFT 5 mL		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
584400680009	DICLOFENACO 1 mg/mL SOL OFT 5 mL		Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 mg/mL INY 1 mL		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
584800620007	HALOPERIDOL 2 mg/mL SOL 20 mL		Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
584800280003	DIACEPAM 5 mg/mL INY 2 mL		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
585100070012	DEXTROSA 333 mg/mL (33 %) INY 20 mL		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
585100090002	POTASIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 10 mL		Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
585100100006	SODIO CLORURO 20 g/100 mL (20 %) INY 20 mL		Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
585100110001	CALCIO GLUCONATO 100 mg/mL (Equiv. 8.4 mg/mL Ca) INY 10 mL		Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
585900010004	ACIDO ALENDRONICO (COMO ALENDRONATO SODICO) 70 mg TAB		Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
587000060001	BROMURO DE VECURONIO 4 mg/mL INY 1 mL		Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
587100020001	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) 4 mg/mL INY 1 mL		Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
587100030007	DEXAMETASONA 2 mg/5 mL ELIXIR 100 mL		Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
587100040008	METILPREDNISOLONA 500 mg INY 8 mL		Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00

  
Gobierno Regional de Arequipa  
Dirección Regional de Salud Arequipa  
Red de Salud Huaylas Sur  
L.C. LIZ KATINA PALACIOS CRUZ  
C.O. 20550  
CD. 629147  
COORD. UNIDAD DE SEGUROS

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000002183

Fecha : 18/10/2024  
Hora : 09:03:48  
Página : 3 de 3

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

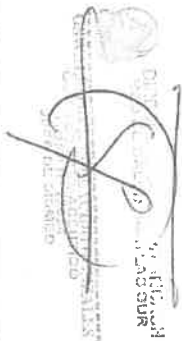
Centro de Costo: 01010609 SERVICIO DE FARMACIA (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DEMID) RED HUAYLAS SUR  
Fecha de Solicitud: 17/10/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
587100070003	PREDNISONA 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00

Susiento 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 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:



Firma: Responsable del Área Usuaría



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

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

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000615

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

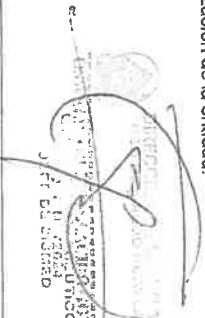
Fecha de Solicitud: 06/05/2024

Código Item N -	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION		INCLUSION	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
584800020001	DISULFIRAM 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
5848000620001	HALOPERIDOL 5 mg TAB	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 PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE SALUD MENTAL DESABASTECIDOS 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:

  
Firma del Responsable del Área Usuaria

Firma: Responsable del Área Usuaria

  
Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud Ancash  
Ruta de Salud Huaylas Sur  
Lic. Liz Karita Palacios Cruz  
COP 20965 DNI: 41626147  
COORD. UNIDAD DE SEGUROS