

Fecha de solicitud		
Día	Mes	Año
17	09	2026

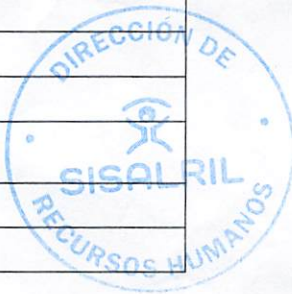
Información General

Dirección requiriente: (Dirección responsable).	Recursos Humanos
Departamento y/o Área o División requiriente: (Área que solicita el bien)	Relaciones Laborales y Sociales
Encargado del área: (Persona responsable)	Ruben Volquez
Intervienen otras Áreas: (Nombre del Área)	N/A
Descripción del bien a solicitar: (Información detallada, en qué consiste el mismo)	Solicitud de medicamentos e insumos - Dispensario Médico

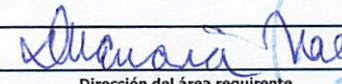
Datos Importantes

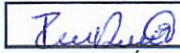
Contratación sujeta al umbral: **10 días laborables**.
Contratación Menor: **15 -20 días laborables**.
Contratación Simplificada: **50-60 días laborables**.
Licitación Pública Abreviada: **50-60 días laborables**.
Subasta Inversa: **50-60 días laborables**.
Excepciones: **30-45 días laborables**.

No.	Artículo y/o Producto	Descripción (Indicar las especificaciones técnicas del artículo/producto solicitado, ejemplo, color, tamaño, material, otros)	Cantidad	Unidad de Medida	Observaciones
1	Acetaminofen Pastilla 500 mg X 100	Acetaminofen Pastilla 500 mg X 100	3	CAJA	
2	Agua oxigenada peroxido de hidrogeno 3 %	Agua oxigenada peroxido de hidrogeno 3 %	1	GALÓN	
3	Alcohol Iso Propilico 70%	Alcohol Iso Propilico 70%	1	GALÓN	
4	Algodón rollo	Algodón rollo	2	UND	
5	Antiácidos de Bicarbonato de Sodio Masticable 1 x 36	Antiácidos de Bicarbonato de Sodio Tableta Masticable 1 x 36	2	CAJA	
6	Clorhidrato de Bencidamina Capsula 25 x 4	Clorhidrato de Bencidamina Capsula 25 x 4	2	CAJA	
7	Baja Lengua. Caja X 100	Baja Lengua. Caja X 100	2	CAJA	
8	Bajantes de Sueros	Bajantes de Sueros	15	UND	
9	Bisturis con mango	Bisturis con mango	10	UND	
10	Complejo B Frasco 10 MI	Complejo B Frasco 10 MI	30	UND	
11	Curitas Lagas 1 x 100	Curitas Largas 1 x 100	2	CAJA	
12	Curitas Redondas 1 x 100	Curitas Redondas 1 x 100	2	CAJA	
13	Dermoplate pomada 1% 30 G Tubo	Dermoplate pomada 1% 30 G Tubo	2	UND	
14	Dexametazona 8 mg Ampolla	Dexametazona 8 mg Ampolla	100	UND	
15	Dextrosa Ampolla 20 ml	Dextrosa Ampolla 20 ml	20	UND	
16	Diclofenac Ampolla 75 Mg / 2 MI	Diclofenac Ampolla 75 Mg / 2 MI	100	UND	
17	Diclofenac Gel	Diclofenac Gel	2	UND	
18	Dorixina 100 mg/2ml Ampollas	Dorixina 100 mg/2ml Ampollas	50	UND	
19	Efigmomanometro Digital	Efigmomanometro Digital	1	UND	
20	Efigmomanometro Manual	Efigmomanometro Manual	2	UND	
21	Furosemida 20 Mg /2MI	Furosemida 20 Mg /2MI	50	UND	
22	Gazas Seltas, Tipo Almohada de 36" X 100 YDS	Gazas Seltas, Tipo Almohada de 36" X 100 YDS	1	UND	
23	Glucotest	Glucotest	1	UND	
24	Gota Oftalmica Refrescante 15 MI	Gota Oftalmica Refrescante 15 MI	2	UND	



25	Guantes Esteril L. No Empolvado	Guantes Esteril L. No Empolvado	2	CAJA	✓
26	Guantes Suelto No Empolvado L	Guantes Suelto No Empolvado L	5	CAJA	✓
27	Hidrocortizona Polvo para Solucion Inyectable 100 Mg	Hidrocortizona Polvo para Solucion Inyectable 100 Mg	50	UND	✓
28	Hilo de sutura Cromico 3-0 1x 12	Hilo de sutura Cromico 3-0 1x 12	1	CAJA	✓
29	Hilo de sutura Naylon 5-0 1x 12	Hilo de sutura Naylon 5-0 1x 12	1	CAJA	✓
30	Ibuprofeno 600 Mg Pastilla. 1 X 100	Ibuprofeno 600 Mg Pastilla. 1 X 100	3	CAJA	✓
31	Jeringuilla Tuberculina 1 Cc. 1 x 100	Jeringuilla Tuberculina 1 Cc. 1 x 100	2	CAJA	✓
32	Lanceta 8 x 7 x 4 cm 1X100	Lanceta 8 x 7 x 4 cm 1X100	5	Caja	✓
33	Mariposita 23 G Esteril	Mariposita 23 G Esteril	200	UND	✓
34	Movible Desechables	Movible Desechables	10	UND	✓
35	Omeprazol 40 Mg Pastilla 1 X 100	Omeprazol 40 Mg Pastilla 1 X 100	3	CAJA	✓
36	Oxímetro portátil	Oxímetro portátil	2	UND	✓
37	Papel Camilla Bond para camilla de 60 cm de ancho x 100m de largo	Papel Camilla Bond para camilla de 60 cm de ancho x 100m de largo	5	UND	✓
38	Hidroclorato de Loperamida 50 sobre x2	Hidroclorato de Loperamida 50 sobre x2	2	CAJA	✓
39	Tirilla Segun Glucotes Segun Glucometro 1 x 50	Tirilla Segun Glucotes Segun Glucometro 1 x 50	10	CAJA	✓
40	Venda Elasticas 4 pulg	Venda Elasticas 4 pulg	10	UND	✓


Dirección del área requirente

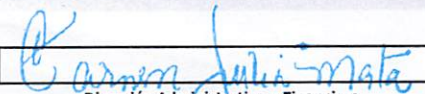

Encargado del Área requirente

¿Esta solicitud de compra se encuentra planificada en el Plan Anual de Contrataciones?

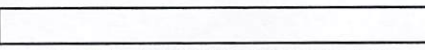
Sí ☐

No ☐

En caso de que la compra no esté planificada, este formulario deberá ir acompañado del Formulario de Modificación Presupuestaria (FM-GF01), solicitar la opinión técnica de DPD y la aprobación del Superintendente.


Dirección Administrativa y Financiera

En ejercicio de las atribuciones conferidas por la normativa vigente, **APRUEBO** la presente solicitud de compra.


Superintendente de Salud y Riesgos Laborales

CONFIDENCIAL - RESERVADO
El usuario debe asegurarse que este documento es la revisión vigente





J.B.

3:41 pm
21/9/66

J.P.
21/9/66
3:46 pm