

Higüey, 16-10-/2024

A: **Dr. Juan Santana Rodríguez**
Director

Vía: **Licda. Olga Lidia Rodríguez.**
Subdirectora Administrativa

De: Almacén Farmacia

Asunto: **Solicitud de Compra**

Por este medio solicitamos su autorización para la adquisición de **ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS.** Anexos al Requisición y ficha técnica.

Agradeceremos su colaboración.
Sin otro particular por el momento.


DIRECTOR




ADMINISTRADOR




ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO





Higüey, 16-10-2024

A: **QUIEN PUEDA INTERESAR.**

DE: **ALMACEN DE FARMACIA**

ASUNTO: **ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS**

Saludos cordiales,

Por esta vía notificamos que, dentro de la **ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS**, hubo cambios referentes a la reducción de algunos de los productos por el inventario y otros aumentaron, debido a la existencia adecuada que contamos en almacén de farmacia.

Agradecemos su colaboración.


DIRECTOR
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL Y DE ESPECIALIDADES NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
DIRECCION GENERAL
RNC: 430213179


ADMINISTRADOR
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL Y DE ESPECIALIDADES NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
RNC: 430213179


ENCARGADA DEL DEPTO.
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL Y DE ESPECIALIDADES NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
ALMACEN DE FARMACIA
RNC: 430213179



REQUISICION DE COMPRA

DEPARTAMENTO

A : ALMACEN DE FARMACIA Num. Req. : _____
 B : SOLICITUD MEDICAMENTOS
 C : ENCARGADO(A) LIC. MABEL MELO RGUEZ FECHA 16/10/2024
 A : HOSPITAL GENERAL Y DE ESPECIALIDADES NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

ITEM	Cantidad	CODIGO	UNIDAD DE MEDIDA	MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS	USO
1	5000	51101551	UD	CEFTRIAXONA SODICA 1 G	FCO
2	80	51102707	UD	JABON ANTISEPTICO (CLOREXIDINA QUIRURGICO)	GALON
3	100	51102722	UD	YODO SOLUCION	GALON
4	50	51102708	UD	FORMOL 37 a 40 %	GALON
5	1000	51102702	UD	AGUA DESTILADA	GALON
6	250	51102709	UD	AGUA OXIGENADA	GALON

Primera Copia Presupuesto
 Segunda Copia Solicitante

Mabel Melo Rguez
 SOLICITADO POR:

 SOLICITADO POR:

Mabel Melo Rguez
 RECIBIDO POR:

 RECIBIDO POR:

Mabel Melo Rguez
 AUTORIZADO POR:

 AUTORIZADO POR:



Ficha Tecnica

MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS

ITEM	Cantidad	CODIGO	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS	REFERENCIA
1	5,000.00	51101551	UD	CEFTRIAXONA SODICA 1 G	
2	80.00	51102707	UD	JABON ANTISEPTICO (CLOREXIDINA QUIRURGICO)	
3	100.00	51102722	UD	YODO SOLUCION	
4	50.00	51102708	UD	FORMOL 37 A 40 %	
5	1,000.00	51102702	UD	AGUA DESTILADA	
6	250.00	51102709	UD	AGUA OXIGENADA	

(OJO SI EL AGUA DESTILADA GALON LLEGAN MALTRATADA Y LAS CAJAS NO SE VAN A RECIBIR PORQUE ESO AFECTA A NUESTRO ALMACEN CON LA ORGANIZACIÓN)

1. Debe de Anexar a Su propuesta la fecha de vencimiento de los productos.
2. FECHA DE VENCIMIENTO MÍNIMO DE UN AÑO

Elaborado:

