



ANEXO 6

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS

Marque con una equis (x) el tipo de propuesta:

INCLUSIÓN ☐

EXCLUSIÓN ☐

MODIFICACIÓN ☐

En caso de exclusión, indique que otros insumos existentes en el Listado Oficial pueden sustituirlo

En caso de inclusión, indique que otros insumos existentes en el Listado Oficial podrían reemplazar al que se propone

1. Nombre y descripción completa del Insumo Médico Quirúrgico

2. Nombre (s) Comercial (es)

3. Fabricante (s)

4. Origen

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS

5. Señalar el nivel de uso propuesto:

- ☐ **1:** Insumos Médicos para uso de Equipo Comunitario de Salud Familiar – ECSF
(Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud y Polivalente)
que se desempeñan en Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF),
y para uso de Hospitales Departamentales, Básicos, Regionales y Especializados.
- ☐ **2:** Insumos Médicos para uso de Médicos, Enfermeras y Auxiliar de Enfermería
de Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), Hospitales
Departamentales, Básicos, Regionales y Especializados.
- ☐ **3:** Insumos médicos para uso en Hospitales Departamentales, Básicos,
Regionales y Especializados.
- ☐ **4:** Insumos médicos para uso en Hospitales Nacionales Regionales y
Especializados

6. Justificación de la propuesta:

Nombre, Profesión y cargo de la persona que solicita la inclusión, exclusión o modificación:

Firma: _____ Sello:

VoBo, firma y sello del Director del Establecimiento de Salud solicitante:

Sello del Establecimiento de Salud