



ANEXO 7

SOLICITUD DE CÓDIGOS DEL SUB-CATÁLOGO 6 DEL SINAB: INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO Y MOBILIARIO CLÍNICO.

Para la solicitud de códigos requeridos por parte de las Unidades Solicitantes del MINSAL, correspondiente al sub-catálogo 6 del Sistema Nacional de Abastecimientos (SINAB), denominado “Instrumental Médico, Equipo y Mobiliario Clínico”, se deberá seguir el siguiente lineamiento:

- 1- La Unidad Solicitante deberá verificar previamente si los códigos de los productos están incluidos en el sub-catálogo 6 del SINAB, por medio del enlace del Módulo de Solicitudes de Compra del SINAB.
En caso que no existan códigos adecuados para el ítem requerido, deberá realizar la solicitud para inclusión de código nuevo.
- 2- Para solicitud de códigos nuevos, la Unidad Solicitante deberá remitir un memorándum oficial a la Dirección de Tecnologías Sanitarias (DIRTECS) con el listado de los ítems para los que se solicita códigos, adjuntando el correspondiente Formulario (Anexo 1), completando la información para cada código solicitado.
- 3- La DIRTECS trasladará la solicitud a la Unidad de Gestión de Equipo Biomédico (UGEB).
- 4- La UGEB asignará un colaborador técnico para generar el código solicitado y podrá comunicarse con el personal de contacto designado en Anexo 1, si llegase a ser necesario, para aclaración de dudas.
- 5- Los códigos generados para los productos solicitados, serán remitidos por la UGEB a la Dirección de Cadena de Suministros vía correo electrónico, para su inclusión en el SINAB.
- 6- La Dirección de Cadena de Suministros deberá confirmar la inclusión de los códigos a la UGEB.
- 7- Una vez incorporados en el SINAB, los códigos solicitados serán remitidos a la Unidad Solicitante de forma oficial vía memorándum a través de la DIRTECS. Ningún código será válido previo el envío de dicho memorándum.



FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO Y MOBILIARIO CLÍNICO.

Área Solicitante: _____

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

INCLUSIÓN: _____

EXCLUSIÓN: _____

MODIFICACIÓN: _____

Descripción	Unidad de Medida	Tiempo de Uso	Carácter (Reusable/Descartable)

INFORMACIÓN REQUERIDA:

INCLUSIÓN

Área de Utilización:
Justificación:
Indique que otros dispositivos existentes en el Listado Oficial son semejantes al solicitado:
Nombre comercial:
Funciones básicas:
Funciones especiales (si aplica):
Características mecánicas (si aplica):
Características eléctricas (si aplica):
Fabricantes conocidos:
Personal de contacto: Nombre: Cargo: Teléfono: Correo Electrónico:



EXCLUSIÓN

Área de Utilización:
Justificación:
Otros códigos que pueden sustituirlo (si aplica):
Personal de contacto: Nombre: Cargo: Teléfono: Correo Electrónico:

MODIFICACIÓN

Área de Utilización:
Tipo de actualización solicitada: Cambio de grupo o subgrupo: Cambio de Descripción: Unidad de medida:
Justificación:
Fabricantes conocidos:
Personal de contacto: Nombre: Cargo: Teléfono: Correo Electrónico:

Nombre, Firma y Sello: _____
Jefatura Unidad Solicitante