



*Dirección de Administración*

San Esteban Tizatlán, Tlax., a 15 de octubre de 2024.  
**OFICIO No. 5018-DA-DRM/3536-10-2024.**  
**Asunto:** Respuesta de la Solicitud 291216124000326.

**C. CECILIA ZAVALA BECERRIL.**  
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA  
DEL OPD SALUD DE TLAXCALA  
P R E S E N T E.

En seguimiento al oficio No. **5018/DAJ/U.TRANSPARENCIA/763/2024**, referente a la solicitud de Información **291216124000326**, misma que a la letra dice:

*Favor de indicar la relación de **las Salidas** de todos los Almacenes **hacia los CAPASITS** en el periodo SEPTIEMBRE del 2024, con el siguiente detalle de información:*

*Datos requeridos únicamente:*

- *Mes en que salió el Medicamento.*
- *Hospitales, Clínicas, Unidades médicas, Centros de salud al que fue enviado el Medicamento.*
- *Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS) y en su caso si existiera Diferencial del Medicamento.*
- *Descripción completa y clara de la clave del CNIS del Medicamento enviado,*
- *Número de piezas enviadas por cada Medicamento.*
- *Precio por pieza de cada Medicamento enviado.*
- *Importe total por Medicamento enviado.*
- *Proveedor (o distribuidor) que entregó el Medicamento.*
- *Tipo de procedimiento de compra por el cual se adquirió el dispositivo médico (LICITACIÓN, ADJUDICACIÓN DIRECTA O INVITACIÓN A 3).*
- *Número de procedimiento de compra.*
- *Número de Contrato o Factura por Medicamento.*
- *Fecha de caducidad del Medicamento enviado.*
- *Indicar que presupuesto fue utilizado para realizar esta compra: Estatal o Federal.*