

ALMACÉN CENTRAL  
DEPTO: COORDINACIÓN DE ALMACENES Y FARMACIAS  
NÚM. DE OFICIO: OCC-ALO230/2024  
ASUNTO: RESPUESTA A SOLICITUD  
CHIHUAHUA, CHIH. 27 DE AGOSTO DEL 2024

LIC. ENRIQUE ORTIZ RIVERA  
ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES Y RECURSOS  
MATERIALES DEL INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD  
Presente.

En respuesta a la solicitud de información con número **080140424000533**, solicitada por Ligia Sosa C, en la cual solicita información referente a:

1. Favor de enviar todas las **ALTAS** de los Almacenes Delegacionales o Almacenes Estatales hacia los Hospitales, Unidades Médicas, Centros de Salud y/o Clínicas de todos los **Medicamentos**, de los grupos 010, 020, 030, 040, solo de las siguientes claves:

CLAVES SOLICITADAS:

010.000.4218.00	010.000.5851.00	010.000.6345.00
010.000.4219.00	010.000.5950.00	010.000.6355.00
010.000.5549.00	010.000.6085.00	010.000.7008.00
010.000.5550.00	010.000.6312.00	010.000.7019.00
010.000.5615.00	010.000.6313.00	010.000.7019.01
010.000.5850.00	010.000.6314.00	010.000.7019.02
		010.000.7019.03

En el periodo:

-ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE DEL 2023.

-ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO DEL 2024.

Datos requeridos:

Año en que se recibió el medicamento. (Indispensable)  
Mes en que se recibió el medicamento. (Indispensable)  
Hospitales, Unidades Médicas, Centros de Salud y/o Clínicas hacia donde registró el Alta.  
CLUES de los Hospitales, Unidades Médicas, Centros de Salud y/o Clínicas.  
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  
Número de piezas recibidas por cada medicamento,  
Precio de cada pieza de cada medicamento.  
Importe total de cada pieza de cada medicamento.

"2024, Año del Bicentenario de fundación del estado de Chihuahua"

Calle Tercera No. 604, Col. Centro

Chihuahua, Chih.

Teléfono (614) 429-3300.

www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud

*Proveedor, Distribuidor u Operador Logístico que entregó el medicamento. (Según sea el caso)*  
*Número de Licitación*  
*Número de Contrato o Factura.*  
*Número de Remisión, Orden de Suministro u Orden de Reposición. (Según sea el caso)*

Adjunto al presente un archivo en formato Excel vía correo electrónico, con la información que nos arroja el Sistema Integral de Abasto de Almacén de las entradas y salidas de esta Unidad Administrativa.

Sin otro particular, quedo de usted.

**A t e n t a m e n t e.**



**LIC. ALEJANDRO NUÑEZ DIAZ  
ENCARGADO DE ALMACEN Y ABASTO  
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD**