

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 2539-0000 ext. 8601

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE LA CREACIÓN DE UN CÓDIGO 1-11**

Código del formulario: _____ Fecha de vigencia: ____/____/____

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS

Este formulario se utiliza para solicitar las Áreas Técnicas de la Dirección de Farmacoepidemiología la asignación de un código 1-11 con aprobación excepcional para adquisición local. **No se tramitarán formularios ilegibles, incompletos o sin firma.**

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DE LA SOLICITUD

Fecha: ____/____/____

Centro de salud:

Unidad programática:

Responsable de la solicitud:

Correo institucional

Firma:

2. DATOS DEL MEDICAMENTO SOLICITADO

Nombre del medicamento:

Fuerza:

Presentación:

Número de oficio relacionado que avala la adquisición (DFE, CCF, número de resolución judicial, etc):

Cantidad por adquirir:

Costo unitario:

Moneda:

3. RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD

Código asignado: 1-11-

Nombre:

Firma: