

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año de la consolidación del Mar de Grau"



## RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 03 AGO. 2016

### VISTO:

Los expedientes N° 16-012582-001-INSN-SB y 16-011261-001-INSN-SB; sobre la aprobación del formato de Devolución de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico, y del formato de Acta de Justificación de Uso de Medicamentos, Insumos y Exámenes Especiales de Alto Costo; y,

### CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el inciso a) del artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que es función del Director Médico el "planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos";

Que, el numeral 5.1 del numeral 5. DISPOSICIONES GENERALES de la Norma Técnica N° 057-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud: Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 552-2007/MINSA, define a la "Hoja de devolución como el formato donde se registra los medicamentos y materiales médicos quirúrgicos devuelto en el día y en el cual se consigna el nombre del paciente, historia clínica, descripción, forma farmacéutica, cantidad y motivo de la devolución";

Que, mediante el literal d) del acápite II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado por Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA del 07 de julio de 2014, se establece que es función de la Dirección General el "Proponer los documentos de gestión institucional del INSN-SB y aprobarlos en los casos que corresponda, según la normatividad vigente";

Que, mediante la Nota Informativa N° 169-2016-UAIE-INSN-SB, de fecha 19 de mayo del presente, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada remitió a la Dirección General la propuesta del formato de Hoja de Devolución de medicamentos y material médico quirúrgico, según lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 057-MINSA/DIGEMID-V.01;

Que, mediante la Nota Informativa N° 197-2016-UAIE-INSN-SB, de fecha 10 de junio del presente, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada remitió a



la Dirección General la propuesta del Formato de Acta de Justificación que será utilizada para la justificación de los medicamentos, insumos y exámenes de Alto Costo;

Que, mediante la Nota Informativa N° 476-2016-UGC-INSN-SB, de fecha 21 de julio del presente, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad informó a la Dirección General de su opinión favorable respecto al formato de Hoja de Devolución de medicamentos y material médico quirúrgico, y al Formato de Acta de Justificación;

Con el Visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, en la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, en la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- Aprobar** el formato de Hoja de Devolución de medicamentos y material médico quirúrgico, que como anexo forma parte de la presente resolución.

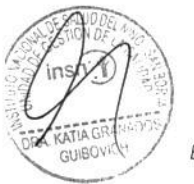
**ARTÍCULO 2°.- Aprobar** el formato de Acta de Justificación, que como anexo forma parte de la presente resolución.

**ARTÍCULO 3°.- Encargar** a la Unidad de Atención Integral Especializada la implementación de los formatos aprobados con la presente resolución.

**ARTÍCULO 4°.- Encargar** a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los formatos aprobados con la presente resolución.

**ARTÍCULO 5°.- Disponer** la publicación de la presente Resolución, en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



INSN Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja  
  
Dra. Zulema Tomás Gonzáles  
DIRECTORA GENERAL

EZTG/JCRG/kfbs

#### Distribución

- ( ) Titular
- ( ) Dirección Adjunta
- ( ) Unidad de Atención Integral Especializada
- ( ) Unidad de Gestión de la Calidad
- ( ) Unidad de Asesoría Jurídica
- ( ) Archivo
- ( ) Comunicaciones







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

## ACTA DE JUSTIFICACIÓN

Apellido Paterno		Fecha			/			/			
Apellido Materno		H. Clínica									
Nombres		Cod. Afil. SIS	-								
Servicio		Cama									

Edad  años  meses  días Régimen

Sexo   Peso  Kg Otro

DIAGNOSTICO

Procedimiento Quirúrgico

Tiempo Operatorio Promedio

Mediante la presente acta se establece dentro del esquema del manejo terapéutico de los diagnósticos y/o Procedimientos Quirúrgicos, la necesidad de utilizar los siguientes medicamentos e insumos no incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME), por lo tanto no son reconocidos por el Seguro Integral de Salud (SIS) para dicho paciente.

MEDICAMENTOS

INSUMOS

EXÁMENES

La justificación médica / sustento es el siguiente:

En razón de ellos se solicita acceder dicho pedido para el tratamiento del paciente.

\_\_\_\_\_  
Médico Tratante  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Jefe de Servicio  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Jef. y/o Audit. ESPyP  
Firma y Sello





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

## HOJA DE DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

Número / Código	Fecha	Observaciones

Servicio Origen :	
Servicio Destino :	

Nombre del Paciente	Historia Clínica	Medicamento / Material Médico Quirúrgico				
		Código	Descripción	F.F.	Cantidad	Motivo

F.F.: Forma Farmacéutica

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Entregué Conforme

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Recibí Conforme

