



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL DE ESPINAR"

PROGRAMA A
PRESUPUESTALES



"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

INFORME NRO 142 -2024/GR-CUSCO/GRSC/U.E.Nª408-HE/P.P-ITH/UPP

A : MC. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA
DIRECTOR DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE
ESPINAR.

ATENCION : RESPONSABLE DE LOGISTICA
DE : LIC. ENF. INDIRA TICONA HERRERA
COORD. DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES.

ASUNTO : SOLICITO INCLUSION DE ITEMS DEL P.P. 016,
018, 024 y 1001

FECHA : 14 DE AGOSTO DEL 2024

Previo un atento y cordial saludo me dirijo a Ud., con la finalidad de hacerle llegar la presente, solicitándole la aprobación de ítems de Incremento de cantidades de formatearía de los Programas Presupuestales: **016, 018,024 y 1001**, debido a que el presupuesto nos permite ajustar cantidades de bienes necesarios para cada programa.

ADJUNTO:

- Anexo 5 (09 folios)

Sin otro particular al respecto, es cuanto debo informar y solicitar a usted y agradezco la atención que le otorgue al presente.

Atentamente.

Gobierno Regional Cusco
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Indira Ticona Herrera
C.P. N° 941
COORD. DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES

CC.Arch
P.P.
I.T.H./i.t.h

15 08 2024
Logística

Para: Afueras

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000222

EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
IDENTIFICACIÓN : 001547

de Costo: 15470704 CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC
de Solicitud: 14/08/2024

Ítem N.-
ITEM
Descripción del ítem

10018068 FORMATO SOLICITUD DE BACILOSCOPIA BLOCK X 100 HOJAS

para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ÍTEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE HACER AJUSTE EN CUANTO A LA CANTIDAD Y/O VALORES DE LOS ÍTEMES NECESARIO PARA DIVERSAS ACTIVIDADES DEL P.P 016

En caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00

La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ESPINAR

LIC. IRVINGO MONTAÑA
COORD. DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS USUARIOS

Firma: Responsable del Área Usuaria

EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
IDENTIFICACIÓN : 001547

de Costo: 15470704 CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC
de Solicitud: 14/08/2024

Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
0018811	FOLDER PARA HISTORIA CLINICA ADULTO	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00

para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ÍTEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO ME PERMITE AJUSTAR CANTIDADES Y EL
DE USO IMPORTANTE EN EL P.P.016
al caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

resente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000224

D EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
DENTIFICACIÓN : 001547

de Costo: 15470704 CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC
de Solicitud: 14/08/2024

o ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/
00080382	AFICHE INFORMATIVO	Unidad	0.00	0.00	0.00	899.00	0.00	

o para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ITEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE REALIZAR AJUSTES Y EL
S DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL P.016
el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
ampo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

resente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
CORPORACIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE ESPINAR
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Indira Gloria Herrera
C.I. 108213
COORD. DE PRESUPUESTOS PRESUPUESTALES

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000225

EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
IDENTIFICACIÓN : 001547

Costo: 15470702 CONSULTORIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Solicitud: 14/08/2024

Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
0090087	CARTILLA DE SNELLEN	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00

para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ÍTEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE REALIZAR AJUSTES Y EL DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL P.P 018

En caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.

información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Ingrid Patricia Herrera
COORD. DE REG. Y CONTROL DE PRECATORIOS

Firma: Responsable del Área Usuaria

4.02.01.U1.MCMN ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000226

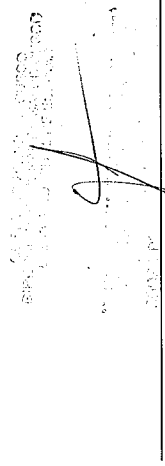
EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
ENTIFICACIÓN : 001547

e Costo: 15471004 CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER
e Solicitud: 14/08/2024

Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
		Unidad de Medida	Valor Total S/	Unidad	Valor Total S/	Unidad	Valor Total S/
1052505	FORMATO RESULTADO DE IVAA CRIOTERAPIA BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	0.00	Unidad	0.00	Unidad	500.00

para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ÍTEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE REALIZAR AJUSTES Y EL DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL P.P. 024

caso, indicar el/los año(s) que correspondá(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:
formación registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
formación registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
mpo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
esente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000227

EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
ENTIFICACIÓN : 001547

Costo: 15471004 CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER
Solicitud: 14/08/2024

Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
0080493	AFICHE CANCER DE MAMA	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00

para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ITEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE REALIZAR AJUSTES Y EL DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL P.P. 024

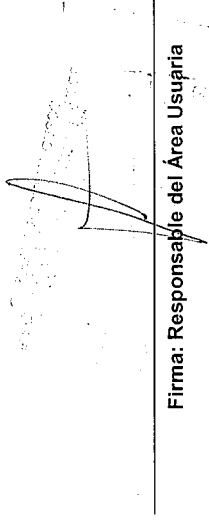
En caso, indicar el/los año(s) que correspondá(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.

La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

La presente información tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Firma: Responsable del Área Usuaria

EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
ENTIFICACIÓN : 001547

le Costo: 15471004 CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER
e Solicitud: 14/08/2024

Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
0015037	FORMATO SOLICITUD DE ANALISIS DE LABORATORIO X 100	Unidad	0.00	0.00	80.00	80.00	0.00	0.00

para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ITEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE REALIZAR AJUSTES Y EL DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL P.P. 024

caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

formación registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
formación registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
mpo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

esente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE ESPINAR
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

[Firma manuscrita]
DIRECCIÓN REGIONAL DE ESPINAR

Firma: **Responsable del Área Usuaria**

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000230

EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
ENTIFICACIÓN : 001547

Costo: 15470901 HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA
e Solicitud: 14/08/2024

Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
0015454	FORMATO HISTORIA CLINICA	Millar	0.00	0.00	0.00	249.00	0.00	

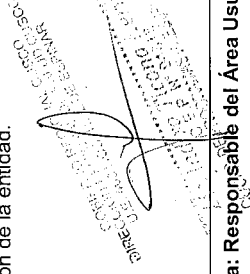
para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ITEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE REALIZAR AJUSTES Y EL DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL P.P. 1001

En caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad. La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000229

EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
IDENTIFICACIÓN : 001547

de Costo: 15470902 CONSULTORIO DE PEDIATRIA
de Solicitud: 14/08/2024

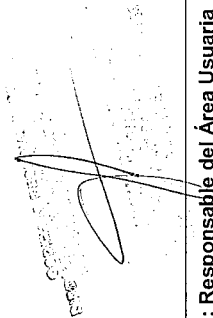
Ítem N.-	ÍTEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
0014841	CARNÉ	Unidad	0.00	0.00	160.00	0.00

para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITO INCREMENTO DE ÍTEM DEBIDO A QUE EL PRESUPUESTO NOS PERMITE REALIZAR AJUSTES Y EL DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL P.P. 1001

el caso, indicar el/los año(s) que correspondá(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000127

CUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 IFICACIÓN : 001547

N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.	Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		Valor Total S/
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
Consultorio De Enfermedades No Transmisibles								
0000000225	470300090087	CARTILLA DE SNELLEN	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00	0.00
Consultorio Diferenciado De Prevención Y Control De Tbc								
0000000222	475100018068	FORMATO SOLICITUD DE BACILOSCOPIA BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00
0000000223	475100018811	FOLDER PARA HISTORIA CLINICA ADULTO	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00
0000000224	470300080382	AFICHE INFORMATIVO	Unidad	0.00	0.00	899.00	0.00	0.00
Hospitalización Pediatría								
0000000230	475100015454	FORMATO HISTORIA CLINICA	Millar	0.00	0.00	249.00	0.00	0.00
Consultorio De Pediatría								
0000000229	475100014841	CARNÉ	Unidad	0.00	0.00	160.00	0.00	0.00
Consultorio Diferenciado De Prevención Y Control De Cáncer								
0000000226	475100052505	FORMATO RESULTADO DE IVAA CRIOTERAPIA BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
0000000227	470300080493	AFICHE CANCER DE MAMA	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00	0.00
0000000228	475100015037	FORMATO SOLICITUD DE ANALISIS DE LABORATORIO X 100	Unidad	0.00	0.00	80.00	0.00	0.00

ición registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
 ición registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
 de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
 e información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Adm. Nhon van Chozanaira Florez
 JEFE DE OFICINA

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Adm. Sofía Ccaayhuallpa
 JEFE DE OFICINA

Firma 2: Titular de la Entidad u organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad