

Espinar, 23 de Agosto 2024

INFORME N° 76- 2024/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/SG

SEÑOR : Dr. Edwin Soto Ccayahuallpa  
Director Ejecutivo del Hospital de Espinar

DE : Dominga Quispe Chambi  
Jefe de Servicio Generales

ASUNTO : SOLICITO INCLUSION DE INSUMOS DE LIMPIEZA PARA LA  
ATENCION DE PACIENTES EN GENERAL EN LAS METAS 0125,  
0117, 0038, 0071, 0072.

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA

Fecha: 23 AGO. 2024  
Registro N° 6796  
Hora: 4.30pm

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez remitir el informe de inclusión de Insumos de limpieza por motivos de que el proveedor no atendió en entregar los insumos por ello quedo anulado la O/C correspondiente a algunos ítems del CCMN Nro. 10, mediante fuente de financiamiento Recursos Ordinarios en las metas 0125, 0117, 0038, 0071, 0072; para la atención de pacientes en general de la UE 408 Hospital de Espinar detallándose en el siguiente cuadro.

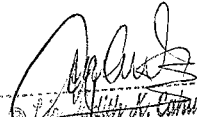
N°	INSUMOS	Cant original	inclusión	CANT TOTAL	UNIDAD	META
1	DESINFECTANTE LIMPIADOR AROMATICO X 4 L	0	120	120	UNIDAD	0125
2	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	0	100	100	UNIDAD	0125, 0117, 0038, 0071, 0072

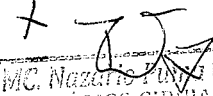
Tomando en cuenta que estos Insumos serán destinados para la atención de pacientes en general, que acuden mediante emergencias, hospitalización, cirugías y a todos los servicios de la UE 408 Hospital de Espinar.

Se adjunta el ANEXO 05 DE INCLUSION (239, 238, 237, 236)

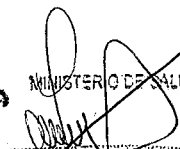
Sin otro particular me despedido no sin antes reiterar las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente

  
Dr. Edwin Soto Ccayahuallpa  
CHP. 47884 RN. 022309  
EMERGENCIA  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

  
M.C. Nazario Puma Chutas  
MÉDICO CIRUJANO  
R. 666916

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
TAP. DOMINGA QUISPE CHAMPI  
RESPONSABLE DE SERVICIOS GENERALES  
DNI: 24884806

MINISTERIO DE SALUD  
  
Coor. General Daniel  
R.N. 40456746

ECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

MODIFICACIÓN : 001547

Objeto: 15470508 AREA DE SERVICIOS GENERALES

Solicitud: 23/08/2024

n 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/
1047	DESINFECTANTE LIMPIADOR AROMATICO X 4 L	Unidad	0.00	0.00	0.00	120.00	0.00	0.00
1082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	0.00	67.00	0.00	0.00

a la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITA INCLUSIÓN PORQUE LA ORDEN SE ANULO, NO HA SIDO ATENDIDO POR EL PROVEEDOR  
o, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación.SOLICITA INCLUSIÓN PORQUE LA ORDEN SE ANULO, NO HA SIDO ATENDIDO POR EL PROVEEDOR

nación 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.

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

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

nte 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

ECUTORIA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
TIFICACIÓN : 001547

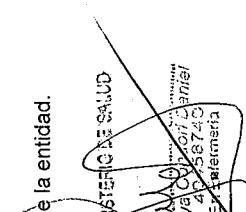
Costo: 15470705 CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOTIC  
Solicitud: 23/08/2024

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/
3082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	8.00	0.00

Para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSIÓN POR QUE SE ANULO LA ORDEN, POR NO ATENCIÓN DEL PROVEEDOR  
so, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITO INCLUSIÓN POR QUE SE ANULO LA ORDEN, POR NO ATENCIÓN DEL PROVEEDOR

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.  
La información registrada en el campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

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

  
MINISTERIO DE SALUD  
Colombiana Carolina Carriel  
C.N.I.: 4056743  
Tuc. Externista

Firma: Responsable del Área Usuaria

ECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

IFICACIÓN : 001547

osto: 15470305 CENTRO DE MONITOREO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

olicitud: 23/08/2024

n 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/
0082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	0.00	19.00		0.00

a la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITA INCLUSIÓN PORQUE LA ORDEN SE ANULO, NO HA SIDO ATENDIDO POR EL PROVEEDOR


o, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITA INCLUSIÓN PORQUE LA ORDEN SE ANULO, NO HA SIDO ATENDIDO POR EL PROVEEDOR

nación 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.

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

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

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



CEP. 47804 RIV. 023009  
 EMERGENCIA  
 U.E. 408 "HOSPITAL DE ESPINAR"

Firma: Responsable del Área Usuaria

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000238**

ECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

MODIFICACIÓN : 001547


Dósto: 15471404 ÁREA DE BANCO DE SANGRE

Solicitud: 23/08/2024

N°	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
3082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00

La aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27); SOLICITA INCLUSIÓN PORQUE LA ORDEN SE ANULO, NO HA SIDO ATENDIDO POR EL PROVEEDOR  
so, indicar el/los año(s) que correspondá(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación; SOLICITA INCLUSIÓN PORQUE LA ORDEN SE ANULO, NO HA SIDO ATENDIDO POR EL PROVEEDOR

nación 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.  
nación registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.  
o de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.  
ante información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

X 

**MC. Nozatto Pared Cintas**  
MEDICO CIRUJANO  
CMP: 088816

Firma: Responsable del Área Usuaria

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000129

ECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
TIFICACIÓN : 001547

N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		Valor Total S/
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
<b>Centro De Monitoreo De Emergencias Y Desastres</b>								
0000000237	133000240082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	19.00	0.00	0.00
<b>Area De Servicios Generales</b>								
0000000239	133000120047	DESINFECTANTE LIMPIADOR AROMATICO X 4 L	Unidad	0.00	0.00	120.00	0.00	0.00
0000000239	133000240082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	67.00	0.00	0.00
<b>Consultorio Diferenciado De Prevención Y Control De Enfermedades Metaxenicas Y Zoonotic</b>								
0000000236	133000240082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00	0.00
<b>Area De Banco De Sangre</b>								
0000000238	133000240082	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 7.5 % X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00	0.00

ación 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.  
ión 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.

nte 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

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
*Dr. Edwin Soto Ccayahualpa*  
DIRECTOR EJECUTIVO

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

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