

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000137**

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		Valor Total
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total	
06/09/2024	0000000256	607500010242	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	17,9

**15471402 - Área De Rayos X**

- 1/ 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.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente 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

*Alex A. Hihualincca*  
JAP. Alex A. Hihualincca  
Jefe (e) Logística

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

*Dr. Edwin Soto Ccañalilla*  
DR. EDWIN SOTO CCAÑALILLA  
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



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

Espinar, 06 de setiembre del 2024

INFORME N° 069 - 2024/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/SG

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

DE : TAP. JHON D. MAMANI CHOMARCO  
Jefe de Servicio Rayos X

ASUNTO : SOLICITO INCLUSION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO  
CORRECTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA

<b>HOSPITAL ESPINAR</b>	
<b>SECRETARIA</b>	
Fecha:	06 SEP. 2024
Registro N°	7198
Hora:	15:10
Folio	

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez remitir el informe de inclusión SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X, mediante fuente de financiamiento Recursos Ordinarios en las metas 0125, para la atención de pacientes en general de la UE 408 Hospital de Espinar detallándose en el siguiente cuadro.

N°	DISCRIPCION	Cant original	inclusión	CANT TOTAL	UNIDAD	META
1	SERVICIO DE AMNTENIMEINTO CORRECTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X	0	17,900	01	SERVICO	0125

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 (256)

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

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL - ESPINAR

*Isaac Saico Ylachoque*  
OPERADOR EN DIAGNOSTICO MEDICO  
COP RAYOS X  
LIC. 16281-0435-21

Hospital Espinar - Logística

PROVEIDO N° \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PASA A *JEFATURA*

Yau 09 de 09 24

Pasa A *Logística*

Para *Atención*

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000256**


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

Centro de Costo: 15471402 ÁREA DE RAYOS X  
 Fecha de Solicitud: 06/09/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
607500010242	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): INCLUSIÓN PARA SOLICITO INCLUSIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPO DE RAYOS X  
 De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ 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.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL ESPINAR**  
*Isaac Siles Yacchoque*  
 ORFEBRE EN DIAGNÓSTICO MÉDICO  
 ORGANIZACIÓN DE RAYOS X  
 Firma: Responsable del Área Usuaria