

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000151

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	CANTIDAD Y/O VALORES		
					EXCLUSIÓN	INCLU.	
11/09/2024	0000000270	587100020001	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) 4 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	45.00

15471502 - Área De Farmacia

- 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

JAP. ALEXA NAIMIBALANCCA
Jefe (a) Logística

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

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

Dr. Admir Soto Ccayahuana
DIRECTOR EJECUTIVO

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

INFORME N° 301 - 2024/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/SF

SEÑOR :

Dr. Edwin Soto Ccayahuallpa

DE :

Q.F. Delta Mellado Ortiz
Responsable de la UPSS Farmacia

ASUNTO :

SOLICITO REDUCCION EN CANTIDAD DE PF PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFILIADOS AL SIS POR FF DYT META 0124

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez remitir el informe de disminución en la cantidad de PF mediante la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y la meta 00124; para la atención de pacientes afiliados al SIS de la UE 408 Hospital de Esperanza detallándose en el siguiente cuadro.

N°	INSUMOS	CANTIDAD INICIAL	CANTIDAD FINAL	UNIDAD META
1	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) - 4 mg/mL - INYECT - 1 mL	136	45	UNIDAD 0124

Tomando en cuenta que este PF serán destinados para la atención de pacientes afiliados al SIS, al no existir saldo suficiente de presupuesto se solicita al área correspondiente la reducción de la cantidad a adquirir para asegurar la atención de los pacientes que acuden mediante emergencia, hospitalización y cirugías a la UE 408 Hospital de Esperanza.

Fuente de financiamiento: D y T

Específica: 23.18.21

Meta 124

Se adjunta anexo 5

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

Atentamente

Q.F. Delta Mellado Ortiz
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CU
HOSPITAL DE ESPERANZA

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Esperanza - Logística
PROVEIDO N°
FECHA 13-09-24
PASAA
Cc. //
Archivo
K.N.P.

DIRECCION
PROVEIDO N°
13 de setiembre 2024
PASAA
Para: Mr. Mr.
Logística

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000270

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

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA
 Fecha de Solicitud: 11/09/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor
587100020001	BETAMETASONA (COMO FOSFATO SODICO) 4 mg/ml INY 1 ml	Unidad	0.00	0.00	45.00	

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO REDUCCION EN CANTIDAD DE PF PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFILIADOS AL SIS POR META 0124
 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:


 GOBIERNO REGIONAL AUTÓNOMO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE ESPINAR

 O.R. Delgado Ortiz

Firma: Responsable del Área Usuaria