

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000142**

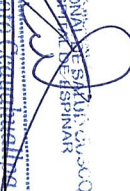
UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		
					EXCLUSIÓN	INCLU.	
				Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	
<b>15470502 - Area De Gestión Y Desarrollo Del Potencial Humano</b>							
10/09/2024	0000000266	899600150021	CASACA IMPERMEABLE CON CAPUCHA UNISEX	Unidad	12.00	0.00	0.00

- 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 HUMANA  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
**JAP Alex Jim Lindalanza**  
Jefe (a) Logística

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

GERENCIA REGIONAL DE SALUD HUMANA  
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
**J. Latorre**  
Jefe (a) Logística

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

**INFORME N° 0441-2024/GORE-C/GERESA-C/U.E.408/H.E/GMO**

**A :** MC. Edwin Soto Cayahuallpa.  
**DE :** DIRECTOR DE LA U.E 408- HOSPITAL DE ESPINAR  
**DE :** Abog Gloria Masias Quispe  
**DE :** JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS  
**ASUNTO :** SOLICITA EXCLUSION DE ITEMS QUE CONTIENE EL ANEXO 5  
**ATENCION :** UNIDAD DE LOGISTICA  
**FECHA :** Espinar, 10 de Setiembre del 2024.

Es grato dirigirme a su despacho y aprovechar la oportunidad de expresar un cordial saludo y aprovechar para solicitar LA EXCLUSION DE LOS ITEMS QUE CONTIENE EL ANEXO 5. "Casaca Impermeable con Capucha Unisex" en una cantidad de 12 Unidades. Con fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios (RO). Por lo que solicito a su despacho ordene a quien corresponda la aprobación a lo solicitado el pedido en el aplicativo SIGA. Se anexa el cuadro del anexo 5.  
 Sin otro en particular, hago propicia la oportunidad para manifestarle las muestras de mi especial consideración.

ATENTAMENTE;

MINISTERIO DE SALUD  
 GENERAL DIRECTOR GENERAL DE ESPINAR  
 UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS  
 ABOG. GLORIA MASIAS QUISPE  
 JEFE DE LA UO/DPM  
 C.A.A. N° 09923

MINISTERIO DE SALUD  
 Hospital Espinar - Logística  
 PROVEDO N° 314  
 FECHA 10-09-2024  
 PASA A J. P. P.  
 PARA

10-09-24  
 PARA J. P. P.  
 PARA H. H.  
 DIRECCION

# ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000266

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

Centro de Costo : 15470502 AREA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

Fecha de Solicitud : 10/09/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		
			EXCLUSIÓN	IN	IN
899600150021	CASACA IMPERMEABLE CON CAPUCHA UNISEX	Unidad	12.00	0.00	

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE CASACAS

De ser el caso, indicar el/los año(s) que correspondá(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  
GOBIERNO REGIONAL DE LA JUNTA GOBIERNO REGIONAL DE LA JUNTA  
C.A.A. N° 08929

  
ABOG. GLORIA BERTHA MASÍAS QUIJPE  
ABOG. GLORIA BERTHA MASÍAS QUIJPE  
C.A.A. N° 08929

Firma: Responsable del Área U