



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

Espinar, 30 de julio 2024

INFORME N° 257-2024/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/SF

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

DE : Q.F. Delia Mellado Ortiz  
Responsable de la UPSS Farmacia

ASUNTO : SOLICITO INCLUSION DE DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA  
ADQUISICION MEDIANTE LA LICITACION 019-2023-CENARES  
MEDIANTE LA FF (RDR) META 127

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA

HOSPITAL DE ESPINAR  
UNIDAD EJECUTORA 408  
Fecha: 31 JUL. 2024  
Registro N° 6013  
Hors: 8

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez remitir el informe de inclusión e incremento en la cantidad de Insumos mediante la fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados (RDR) y la meta 00127; para la atención de pacientes particulares.

N°	INSUMOS	Cant original	UNIDAD	META
1	EQUIPO MICROGOTERO CON CAMARA GRADUADA 100 mL - UNIDAD -	400	UNIDAD	0127

Tomando en cuenta que este Dispositivo Medico será adquirido mediante CENARES

Se adjunta el ANEXO 05 DE INCLUSION (215)

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

Atentamente

Cc./  
Archivo  
F.L.L.H

Gobierno Regional Cusco  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CU  
HOSPITAL DE ESPINAR  
Q.F. Delia Mellado Ortiz

7 de 31 de 07 de 20 24 PROVEIDO N°  
Fase A *logística*  
Para:  
*[Signature]*

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000215**

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


Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA  
 Fecha de Solicitud: 30/07/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor	Cantidad Total	Valor
495701290077	EQUIPO MICROGOTERO CON CAMARA GRADUADA 100 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	400.00	

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSION DE DISPOSITIVO MEDICO AL ANEXO 05 PARA AQUISION CENARES

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 CAJAMA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CU  
 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
 O.F. Delgado Ortiz

Firma: Responsable del Área Usuaria

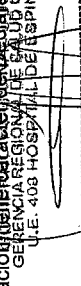
## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000121

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


N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
<b>Área De Farmacia</b>							
0000000215	495701290077	EQUIPO MICROGOTERO CON CAMARA GRADUADA 100 mL	Unidad	0,00	0,00	400,00	0,00

acción 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.  
 acción 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.

ite 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:

  
 Lic. Adm. Jhon Ivan Choquehaina Florez  
 JEFE DE LOGÍSTICA

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

  
 MUNICIPALIDAD REGIONAL DE SALTA  
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

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