



Gobierno Regional del Cusco  
 Dirección Regional de Salud Cusco  
 Unidad Ejecutora 408 Hospital Espinar



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

**INFORME N° 012- 2024- GR.CUSCO/GRSC/U.E.408/UT-HE/**

A : MC. Edwin Soto Ccayahuallpa.  
 Dirección De La Unidad Ejecutora 408 Hospital De Espinar

DE : TAP. . Wilgen Auquitayasi Taípe  
 Encargado del Servicio de Transportes

ASUNTO : ANEXO N°5 SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE  
 NESECIDADES N° 0011

ATENCION : UNIDAD DE LOGISTICA  
 OFICINA DE PRESUPUESTO

FECHA : Espinar, 14 de marzo del 2024

HOSPITAL ESPINAR

Fecha: \_\_\_\_\_

Registro N° 1738

Base: 9.00 Folio 7

Previo un atento y cordial saludo me dirijo a Ud., para presentar el ANEXO N°5 SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE NESECIDADES N° 0011 solicito la inclusión con el ITEM N° 850500050002, seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT prima seguros para las unidades móviles ambulancias y camioneta siendo esto de suma importancia para el para el normal desplazamiento de las unidades móviles.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresar a usted las muestras de mi mayor consideración.

Atentamente,

DIRECCION DE SALUD CUSCO  
 U.E. N° 408 HOSPITAL ESPINAR

*[Signature]*  
 Víctor Lenin Mamani Cervante  
 DNI 41706987

Y auri 14 de 03 del 20 24 PROVEIDO N° \_\_\_\_\_

Fase A *Logística*

Responde presupuesto *Responde presupuesto*

Para *Ats*

\_\_\_\_\_

*[Signature]*  
 DIRECCION

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000011**

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

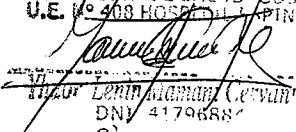
Centro de Costo: 15470507 AREA DE TRANSPORTE

Fecha de Solicitud: 13/03/2024

ÍTEM			CANTIDAD Y/O VALORES			
Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
850500050002	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO - SOAT ( PRIMA DE SEGURO )	Servicio	0	0.00	0	

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

DIRECCION DE SALUD LUNDA  
 U.E. N° 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
 Leonilda Cervantes  
 DNI 4179688

**Firma: Responsable del Área Usuaria**

### ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000005

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
MODIFICACIÓN : 001547

N° de Solicitud de Modificación	Código ítem N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
<b>Area De Transporte</b>							
0000000011	850500050002	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO - SOAT ( PRIMA DE SEGURO )	Servicio	0.00	0.00	0.00	750.00

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.

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

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

Lic. Adm. Iván Choquenaira Florez  
JEFE DE LOGISTICA

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

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

Dr. Edwin Soto Ccahuallpa  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 00000004

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