

INFORME N.º 11-2024 /DRSC/UE-408/HE/SOE/B

A : DR. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA U.E 408 HOSPITAL ESPINAR

DE : C.D. BORIS RAÚL VEGA ZEGARRA

JEFE DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

ASUNTO : SOLICITO MODIFICACIÓN DE CANTIDADES EN REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS – ANEXO 5

ATENCIÓN: UNIDAD DE LOGÍSTICA

FECHA : 22 de MAYO del 2024

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo y a través del presente, solicitar MODIFICACIÓN DE CANTIDADES EN REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ODONTOLÓGICOS – ANEXO 5, el mismo que deberá hacerse en el aplicativo SIGA.

La mencionada modificación se sustenta por haberse superado el techo presupuestal asignado a las metas de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal fuente de financiamiento DONACIONES Y TRANSFERENCIAS. Se adjunta cuadro resumen y anexo 05.

ITEM	META ASIGNADA	REQUERIMIENTO INICIAL	MODIFICACIÓN
FLUOR BARNIZ X 0.5ML X 50 UNIDADES - CAJA	47	02	01
FLUOR GEL ACIDULADO 1.23% X 200ML - FRASCO	47	09	08
FRESA DE ACERO A/V REDONDA MEDIANA	48	15	20
RESINA FLUIDA A-2 X 2.5GR	47	06	01
IONOMERO DE VIDRIO AUTOCURABLE PARA BASE	48	06	05

Agradeciendo se sirva prestar atención a la presente, me despido.

Atte.

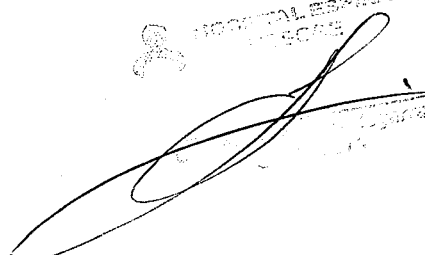
23 de MAYO del 2024

Para A Logística

Para Atención

A

HOSPITAL ESPINAR



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000114

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

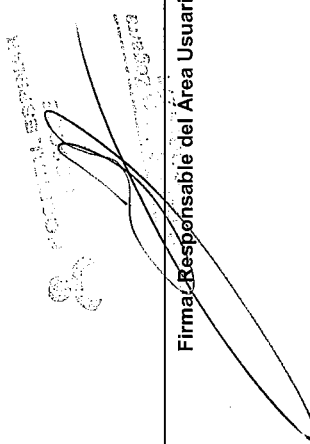
de Costo: 15471101 CONSULTORIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
de Solicitud: 22/05/2024

Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
10080049	IONOMERO DE VIDRIO AUTOCURABLE PARA BASE (POLVO-LIQUIDO 12.5 g/8.5 mL)	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

fo para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

formación 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.
formación registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
ampo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

resente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Firma Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000111

D EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
IDENTIFICACIÓN : 001547

Costo: 15471101 CONSULTORIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
de Solicitud: 22/05/2024

Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
00130060	RESINA FLUIDA A2 X 2.5 g	Unidad	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Item para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

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.
Información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
Campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
Presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:


Firma: Responsable del Área Usuaría

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000112

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

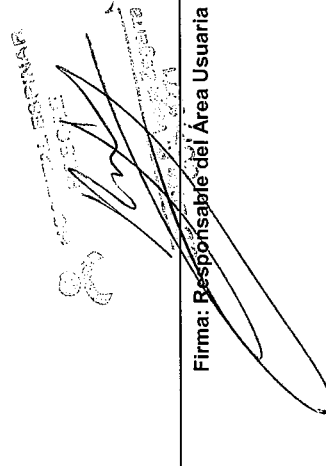
de Costo: 15471101 CONSULTORIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
de Solicitud: 22/05/2024

Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
10070183	FRESA DE ACERO DE ALTA VELOCIDAD REDONDA MEDIANA	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

to para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

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.
información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

resente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000110

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

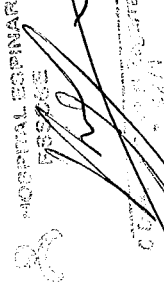
de Costo: 15471101 CONSULTORIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
de Solicitud: 22/05/2024

Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
0060011	FLUOR GELACIDULADO 1.23% X 200 mL	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

to para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

formación 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.
formación registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
ampo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

resente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000109

D EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
IDENTIFICACIÓN : 001547

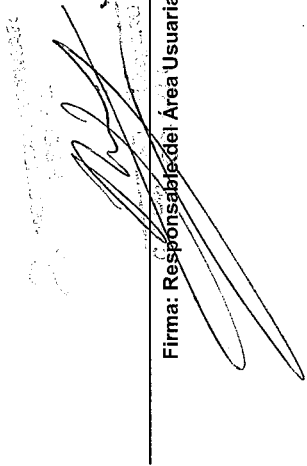
Costo: 15471101 CONSULTORIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
de Solicitud: 22/05/2024

ÍTEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
		Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
00060057 FLUOR BARNIZ X 0.5 mL X 50 UNIDADES	Unidad	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

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.
Información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
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 del Área usuaria, se suscribe:



Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000064

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/
Consultorio De Odontología							
000000109	492900060057	FLUOR BARNIZ X 0.5 mL X 50 UNIDADES	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00
000000110	492900060011	FLUOR GEL ACIDULADO 1.23% X 200 mL	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00
000000111	492900130060	RESINA FLUIDA A2 X 2.5 g	Unidad	5.00	0.00	0.00	0.00
000000112	495100070183	FRESA DE ACERO DE ALTA VELOCIDAD REDONDA MEDIANA	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00

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. Jhon Ivan Choquenaira Florez
JEFE DE LOGISTICA

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

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

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