



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

Espinar, 24 de mayo del 2024

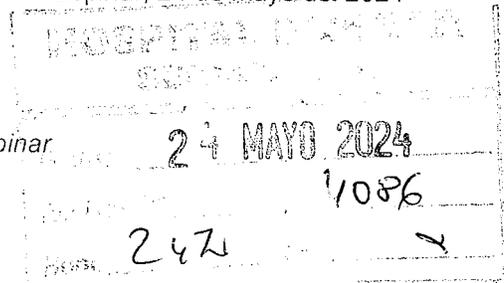
INFORME N° 174 - 2024/GR CUSCO/DRSC/U.E-408-HE/SF

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

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

ASUNTO : SOLICITO LA INCLUSION DE ITEMS DEL ANEXO 05, PARA LA
ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS MEDIANTE LA FF
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS DE PROGRAMAS
PRESUPUESTALES

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGISTICA



Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez solicitar la INCLUSION AL SISTEMA SIGA que contiene el ANEXO 05 de Dispositivos Médicos que serán adquiridos mediante la fuente de financiamiento de Donaciones y Transferencias mediante la meta :

N°	DISPOSITIVO MEDICO	CANTIDAD	META
1	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO DE TELA 30 cm X 9.1 m APROX. 5 CORTES - - UNIDAD -	70	122 Y 124
2	BOLSA DE JEBE PARA AGUA CALIENTE X 2 L - - UNIDAD -	18	123
3	CUCHILLA CRESCENT DESCARTABLE DE 2.1MM LAMINA DE INCISION X 11 cm de LONGITUD	20	78
4	CHUCHILLETE DESCARTABLE DE INCISION PARA PARENTESIS DE 1.20 mm	75	78
5	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	12000	78 Y 45
6	MANDIL DESCARTABLE TALLA M	1470	84 Y 21
7	COMPRESA GASA QUIRURGICA RADIOPACA ESTERIL 48 cm X 48 cm X 5 - - UNIDAD -	500	11
8	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S - - UNIDAD -	20000	11

Existiendo la necesidad de adquisición de estos Dispositivos Médicos para la atención de los pacientes asegurados que acuden a su atención mediante consultorio externo, emergencia y cirugía. Se solicita la adquisición de estos insumos debido a que existió la modificación de presupuesto según informe n°092-2024-GR.CUSCO/DRSC/UE408:HE/US.

Se adjunta el anexo 05 de INCLUSION ; 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131.

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

Atentamente

Cc./
Archivo
F.L.L.H



OF Delia Mellado Ortiz

Pase A

Logística

Para

Atención

GOBIERNO REGIONAL CUSCO 24 de mayo del 2024

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE ESPINAR

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000124

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

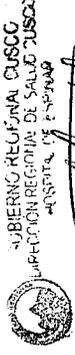
de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA
de Solicitud: 23/05/2024

Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
10270229	COMPRESA GASA QUIRURGICA RADIOPACA ESTERIL 48 cm X 48 cm X 5	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
10280012	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00

ito 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.
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:



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE ESPINAR
[Signature]
D.F. Delia Mellado Ortiz

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000125

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

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA
Fecha de Solicitud: 24/05/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN		
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
495500011376	MANDIL DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	120.00	

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:


F. Peña Meliada
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE ESPINAR

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000126

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

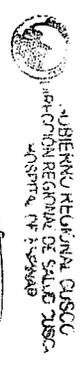
Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA

Fecha de Solicitud: 24/05/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		Unidad	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
			EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN				
495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00		0.00	8,000.00	

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:



P. Delio Meléndez Ortiz
 P. Delio Meléndez Ortiz

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000127

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

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA
Fecha de Solicitud: 24/05/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
495500011438	MANDIL DESCARTABLE NO ESTÉRIL	Unidad	0.00	0.00	1,350.00	

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:



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
AREQUIBA, 15° REGION

[Firma]
O P. Dalia Melhado Ortiz

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000128

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

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA

Fecha de Solicitud: 24/05/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
495100320077	CUCHILLA CRESCENT DESCARTABLE DE 2.1 mm LAMINA DE INCISION X 11 cm de LONGITUD	Unidad	0.00	0.00	20.00	
495100320119	CUCHILLETE DESCARTABLE DE INCISION PARA PARECENTESIS DE 1.20 mm	Unidad	0.00	0.00	75.00	
495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLAM	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	

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 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:



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE ESPINAR

[Handwritten Signature]
Dolita Meléndez Ortiz

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000129

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

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA

Fecha de Solicitud: 24/05/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
495700250300	ESPARADRAPO HIPOALERGÉNICO DE TELA 30 cm X 9.1 m APPROX. 5 CORTES	Unidad	0.00	0.00	33.00	

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 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:



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
SISTEMA DE REGISTRO

Dalia Melindo, Priv

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000130

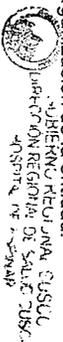
UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACION : 001547

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA
Fecha de Solicitud: 24/05/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION	Valor Total \$/.	INCLUSION	Valor
495701430009	BOLSA DE JEBE PARA AGUA CALIENTE X 2 L	Unidad	0.00	0.00	18.00	

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 ellos años(s) que correspondan(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:



[Signature]
Dña. Delia Meliada, Cruz

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000131

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

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA
Fecha de Solicitud: 24/05/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSION	INCLUSION		
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor
495700250300	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO DE TELA 30 cm X 9.1 m APROX. 5 CORTES	Unidad	0.00	0.00	37.00	

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 correspondan) 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 CUSCO
 OFICINA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE ESPINAR
 O P *Dolita Melián, Cruz*

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000071

ECUTORA : 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/
Área De Farmacia							
0000000124	495700270229	COMPRESA GASA QUIRURGICA RADIOPACA ESTERIL 48 cm X 48 cm X 5	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
0000000124	495700280012	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA S	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
0000000125	495500011376	MANDIL DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	120.00	0.00
0000000126	495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
0000000127	495500011438	MANDIL DESCARTABLE NO ESTÉRIL	Unidad	0.00	0.00	1,350.00	0.00
0000000128	495100320077	CUCHILLA CRESCENT DESCARTABLE DE 2.1 mm LAMINA DE INCISION X 11 cm de LONGITUD	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
0000000128	495100320119	CUCHILLETE DESCARTABLE DE INCISION PARA PARECENTESIS DE 1.20 mm	Unidad	0.00	0.00	75.00	0.00
0000000128	495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
0000000129	495700250300	ESPARADRAPO HIPOALERGÉNICO DE TELA 30 cm X 9.1 m APROX. 5 CORTES	Unidad	0.00	0.00	33.00	0.00
0000000130	495701430009	BOLSA DE JEBE PARA AGUA CALIENTE X 2 L	Unidad	0.00	0.00	18.00	0.00
0000000131	495700250300	ESPARADRAPO HIPOALERGÉNICO DE TELA 30 cm X 9.1 m APROX. 5 CORTES	Unidad	0.00	0.00	37.00	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 LOGÍSTICA

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 Ccaguahuallpa
 DIRECTOR EJECUTIVO
 CMP. 066484

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