



**Gobierno Regional del Cusco**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO**  
**HOSPITAL ESPINAR**



"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

HOSPITAL ESPINAR

28 MAYO 2024

**INFORME ° 01/JEHE/HE.**

**A :** DIRECTOR HOSPITAL ESPINAR  
DR EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA 4166

**De :** LIC. PAULA ROSA YABAR MAMANI 2.50 Pello 7  
RESPONSABLE DEL PROGRAMA 129

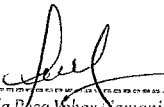
**Asunto :** SOLICITO MODIFICACION DEL ANEXO 05 POR EL CUADRO MLTIANUAL DE NECESIDADES N 00000132

**ATENCION :** UNIDAD LOGISTICA

**FECHA :** 28 de mayo del 2024

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez solicitar la modificatoria del ANEXO 05 POR EL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N. 0000000132.

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



Paula Rosa Yabar Mamani  
LIC. EN ENFERMERIA  
C. E. N. 63678

Atentamente

01.00.U1.MCMN ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000132

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

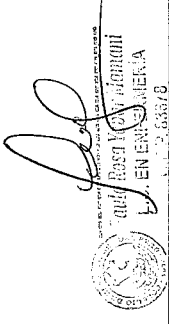
Costo: 15470703 CONSULTORIO DE MEDICINA FÍSICA Y REAHABILITACIÓN  
Solicitud: 28/05/2024


Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
2340	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 323 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	7.00	0.00

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

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.  
La información 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:



  
 RASHI HAYASHIMANI  
 EN ENTREGA  
 2024-05-28

Firma: Responsable del Área Usuaría

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000075**

JECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
 TIFICACIÓN : 001547

N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
<b>Consultorio De Medicina Física Y Reahabilitación</b>							
000000132	767400062340	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 323 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	7.00	0.00

ración 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.

ración registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

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

nte 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 Chocuenaira Florez  
 JEFE DE LOGÍSTICA

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

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

Dr. Edwin Soyo Cuayamancha  
 DIRECTOR EJECUTIVO  
 CMP 066484

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

INFORME ° 01/JEHE/HE.

A : DIRECTOR HOSPITAL ESPINAR  
DR EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA

De : LIC. PAULA ROSA YABAR MAMANI  
RESPONSABLE DEL PROGRAMA 129

Asunto : SOLICITO MODIFICACION DEL ANEXO 05 POR EL  
CUADRO MLTIANUAL DE NECESIDADES N 000000132



ATENCION : UNIDAD LOGISTICA

FECHA : 28 de mayo del 2024


HOSPITAL ESPINAR  
28 MAYO 2024  
4166  
Folio 254

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez solicitar la modificatoria del ANEXO 05 POR EL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N. 0000000132.

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

  
  
Paula Rosa Yabar Mamani  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.E.P. 83678

Atentamente

Recibido en el 28 de mayo del 2024 PROVEIDO N°  
Para A: Logística  
Para: Atm.  


01.00.U1.MCMN ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000132

JECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
IFICACIÓN : 001547

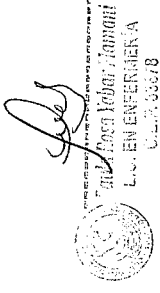
Costo: 15470703 CONSULTORIO DE MEDICINA FÍSICA Y REAHABILITACIÓN  
Solicitud: 28/05/2024


Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
2340	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 323 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	7.00	0.00

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

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

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



  
 Dra. Paola Kober Jarama  
 Lic. EN ENFERMERÍA  
 C.O.P. 50678

Firma: Responsable del Área Usuaria