



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

ESP

Espinar, 03 de junio del 2024

RECIBIDO JUN. 2024

Región: 4326

Hora: 11:00

INFORME N° 188-2024/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 LA INCLUSION DE ITEMS DEL ANEXO 05, PARA LA ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS MEDIANTE LA FF DONACIONES Y TRANSFERENCIAS PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

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 Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos que serán adquiridos mediante la fuente de financiamiento de Donaciones y Transferencias mediante la meta 124.

Existiendo la necesidad de adquisición de estos Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos para la atención de los pacientes asegurados que acuden a su atención para la ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA solicitado mediante el INFORME N° 015-2024/D.O/HE/UE408/DRSC.

Se adjunta el anexo 05 de INCLUSION; 138 Y 139

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

DONACIONES Y TRANSFERENCIAS PARA EL SERVICIO DE  
Atentamente

Cc./  
Archivo  
F.L.L.H



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL DE ESPINAR

x *[Signature]*  
Q.F. Delia Mellado Ortiz

Yauri 03 de 06 del 2024 PROVEIDO N°

Fase A *Unidad de Logística*

Para *AL*

*[Signature]*

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

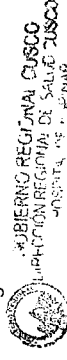
Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA

Fecha de Solicitud: 03/06/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor	Cantidad Total	Valor
			583400020001	DORZOLAMIDA 20 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00
583400060001	TROPICAMIDA 10 mg/mL (1 %) SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	40.00	
584400100001	CARBACOL 100 µg/mL INY 1.5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	
584400180001	LATANOPROST 50 µg/mL (0.005 %) SOL OFT 2.5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	
584400240006	PROXIMETACAINA 5 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	40.00	
584400490002	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	
584400580002	ACICLOVIR 3 g/100 g (3%) UNG OFT 3.5 g	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	
584400620001	PILOCARPINA CLORHIDRATO 20 mg/mL SOL OFT 10 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	
584400630002	TIMOLOL (COMO MALEATO) 5 mg/mL (0.5 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	
584400700004	ATROPINA SULFATO 10 mg/ mL (1 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	

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:



*[Signature]*  
O.F. Delia Meliando Ortiz

Firma: Responsable del Área Usuaria

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000139**

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

Centro de Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA  
Fecha de Solicitud: 03/06/2024

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor		
495100320070	CUCHILLETE CRESCENT ANGULADO ESTANDAR BISEL SUPERIOR	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	
495100320138	CUCHILLETE 1.0 mm DE DIÁMETRO ANGULADO 15°	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	
495701350558	SUTURA ACIDO POLIGLICOLICO 8/0 C/DOBLE AGUJA 3/8 CIRCULO ESPATULADA 6.4 mm X 45 cm	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	
495701360484	SUTURA NAILON NEGRO MONOFILAMENTO 10/0 C/DOBLE AGUJA 3/8 CIRCULO ESPATULADA 6.5 mm X 30 cm	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	
496700040124	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRÍA 23.0 CÁMARA POSTERIOR PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	
496700040432	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRÍA 19.0 CÁMARA ANTERIOR NO PLEGABLE 1 PIEZA	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	
496700040433	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRÍA 20.0 CÁMARA ANTERIOR NO PLEGABLE 1 PIEZA	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	
496700040448	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRÍA 20.0 CÁMARA POSTERIOR NO PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	
496700040450	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRÍA 21.0 CÁMARA POSTERIOR NO PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	8.00	
496700040452	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRÍA 22.0 CÁMARA POSTERIOR NO PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	8.00	
496700090009	AZUL DE TRIPAN 500 µg/mL SOL 1.5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	
496700090018	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 2 g/100 mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	

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 y/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  
MUNICIPALIDAD DE SAN RAFAEL

*[Handwritten Signature]*  
O.F. Delia Meliada C.B.T.

Firma: Responsable del Área Usuaria

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000077**

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

N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	Valor Total S/
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
<b>Área De Farmacia</b>									
0000000138	583400020001	DORZOLAMIDA 20 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00
0000000138	583400060001	TROPICAMIDA 10 mg/mL (1 %) SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	40.00	0.00
0000000138	584400100001	CARBACOL 100 µg/mL INY 1.5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00
0000000138	584400180001	LATANOPROST 50 µg/mL (0.005 %) SOL OFT 2.5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00
0000000138	584400240006	PROXIMETACAINA 5 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	40.00	0.00
0000000138	584400490002	KETOTIFENO 0.25 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00
0000000138	584400580002	ACICLOVIR 3 g/100 g (3%) UNG OFT 3.5 g	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00
0000000138	584400620001	PILOCARPINA CLORHIDRATO 20 mg/mL SOL OFT 10 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00
0000000138	584400630002	TIMOLOL (COMO MALEATO) 5 mg/mL (0.5 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00
0000000138	584400700004	ATROPINA SULFATO 10 mg/mL (1 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	0.00
0000000139	495100320070	CUCHILLETE CRESCENT ANGULADO ESTANDAR BISEL SUPERIOR	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	0.00
0000000139	495100320138	CUCHILLETE 1.0 mm DE DIÁMETRO ANGULADO 15°	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	0.00
0000000139	495701350558	SUTURA ACIDO POLIGLICOLICO 8/0 C/DOBLE AGUJA 3/8 CIRCULO ESPATULADA 6.4 mm X 45 cm	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	0.00
0000000139	495701360484	SUTURA NAILON NEGRO MONOFILAMENTO 10/0 C/DOBLE AGUJA 3/8 CIRCULO ESPATULADA 6.5 mm	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	0.00
0000000139	496700040124	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRIA 23.0 CÁMARA POSTERIOR PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	0.00
0000000139	496700040432	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRIA 19.0 CÁMARA ANTERIOR NO PLEGABLE 1 PIEZA	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00
0000000139	496700040433	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRIA 20.0 CÁMARA ANTERIOR NO PLEGABLE 1 PIEZA	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	0.00
0000000139	496700040448	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRIA 20.0 CÁMARA POSTERIOR NO PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00
0000000139	496700040450	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRIA 21.0 CÁMARA POSTERIOR NO PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	8.00	0.00
0000000139	496700040452	LENTE INTRAOCULAR DIOPTRIA 22.0 CÁMARA POSTERIOR NO PLEGABLE 3 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	8.00	0.00
0000000139	496700090009	AZUL DE TRIPAN 500 µg/mL SOL 1.5 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000077

ECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
TIFICACIÓN : 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>Area De Farmacia</b> 0000000139 496700090018 HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 2 g/100 mL NY 2 mL				0.00	0.00	30.00	0.00

ación 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. Atm. Jhon Ivan 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 Cordero  
 DIRECTOR GENERAL

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