



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

Espinar, 03 de junio 2024

INFORME N° 193- 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 INCLUSION E INCREMENTO EN CANTIDAD DE  
DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES  
AFILIADOS AL SIS POR PF DYT META 0091.

ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA

Fecha: 04 JUN. 2024  
Registro: 4381  
Hora: 8.24, P.M.

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez remitir el informe de inclusión e incremento en la cantidad de Insumos mediante la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y la meta 0091; para la atención de pacientes afiliados al SIS de la UE 408 Hospital de Espinar detallándose en el siguiente cuadro.

N°	INSUMOS	Cant original	inclusión	CANT TOTAL	UNIDAD	META
1	VENDA ELASTICA 4" X 5 yd	200	200	400	UNIDAD	0091
2	VENDA ELASTICA 6" X 5 yd	1300	1050	2350	UNIDAD	0091
3	VENDA ELASTICA 8" X 5 yd	50	100	150	UNIDAD	0091

Tomando en cuenta que estos Insumos serán destinados para la atención de pacientes afiliados al SIS, al existir alta demanda de consumo de los productos detallados en el cuadro se solicita el incremento para asegurar la atención de los pacientes que acuden mediante emergencia, hospitalización y cirugías a la UE 408 Hospital de Espinar.

Se adjunta el ANEXO 05 DE INCLUSION (142)

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

Atentamente

Cc/  
Archivo  
F.L.L.H



HOSPITAL DE ESPINAR  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTORA 408  
*Delia Mellado Ortiz*  
O.F. Delia Mellado Ortiz

El día 04 de 05 del 2024 PROVEIDO EN

Para A *Logística*

Para *Ah*

*[Signature]*

MANEJO

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000142**

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

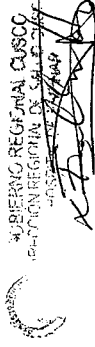
Costo: 15471502 ÁREA DE FARMACIA  
Solicitud: 03/06/2024

N.º	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
0002	VENDA ELASTICA 4 in X 5 yd	Unidad	0.00	0.00	0.00	200.00	0.00	0.00
0008	VENDA ELASTICA 8 in X 5 yd	Unidad	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00
0057	VENDA ELASTICA 6 in X 5 yd	Unidad	0.00	0.00	0.00	1,050.00	0.00	0.00

Para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):  
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.  
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 del Área usuaria, se suscribe:



*C.F. Delia Meléndez Cruz*

Firma: Responsable del Área Usuaria

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000079

ECUTORIA : 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>Área De Farmacia</b>							
0000000142	495700670002	VENDA ELASTICA 4 in X 5 yd	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
0000000142	495700670008	VENDA ELASTICA 8 in X 5 yd	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
0000000142	495700670057	VENDA ELASTICA 6 in X 5 yd	Unidad	0.00	0.00	1,050.00	0.00

La 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.

La modificación 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

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

Lic. Jhon Ivan Choquenaira Florez  
JEFE DE LOGÍSTICA

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