



DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 - HOSPITAL DE ESPINAR
UPSS CENTRO DE HEMOTERAPIA



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

Espinar, 04 de Junio del 2024.

INFORME N° 097 - 2024/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC.

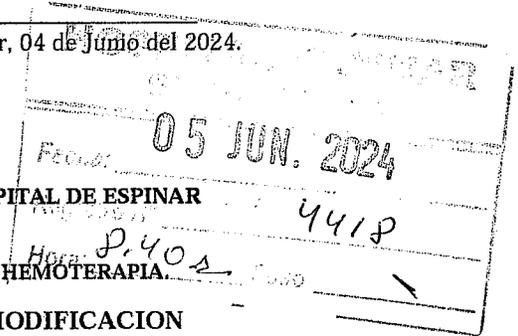
A : Dr. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA
DIRECTOR(A) DE LA UNIDAD EJECUTORA 408 - HOSPITAL DE ESPINAR

DE : Dr. NAZARIO PUMA CHUTAS
JEFE DEL SERVICIO BANCO DE SANGRE Y CENTRO DE HEMOTERAPIA.

ASUNTO : INCLUSION DEL ANEXO N°5 SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE NESECIDADES N° 00143

ATENCION : LOGISTICA

REFERENCIA : INFORME N° 066 - 2024/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC.



Previo un atento y cordial saludo me dirijo a Ud., para presentar **LA INCLUSION DEL ANEXO N°5 SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE NESECIDADES N° 00143** con la justificación de la presente INCLUSION DE ITEM por tener la estricta necesidad de realizar la adquisición del siguiente accesorio para la reparación de equipo:

➤ **Refrigeradora conservadora de reactivos.**

Equipo que requiere de los siguientes repuestos:

Clasificador	Item	Descripcion	Monto a modificar
23.15.41	Electricidad, iluminación y electrónica.	Capacitor (condensador) de arranque 60 uF 220v +- 10%	300.00

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresar a usted las muestras de mi mayor consideración.

Atentamente.

[Handwritten Signature]
MC. Nazario Puma Chutas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 088916

Recibido el 05 de junio del 2024
Para A: *[Handwritten Signature]*
P: *[Handwritten Signature]*
C: *[Handwritten Signature]*

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000143

Centro de Costo: 15471404 ÁREA DE BANCO DE SANGRE
 Fecha de Solicitud: 04/06/2024

Código ítem N.-	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/
261700010030	CAPACITOR (CONDENSADOR) DE ARRANQUE 50 µF 220V +/- 10% (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:		0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	0.00

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" o "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:

[Firma]
 M.C. Néstor P. Cruz
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.B. 018816

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000081

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/
Área De Banco De Sangre							
0000000143	261700010030	CAPACITOR (CONDENSADOR) DE ARRANQUE 60 µF 220V +/- 10%	Unidad	0.00	0.00	2.00	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 Iván 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

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