

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000036

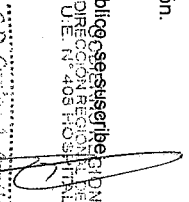
UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total
1547.07.01 - Hospitalización De Servicio De Medicina								
20/02/2026	0000000035	475100016063	FORMATO DE INFORME DE INTERCONSULTA	Ciento	0.00	0.00	20.00	
20/02/2026	0000000035	475100016368	FORMATO EVALUACION MEDICA	Ciento	0.00	0.00	5.00	
20/02/2026	0000000035	475100016496	FORMATO HOJA DE PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES	Ciento	0.00	0.00	5.00	
20/02/2026	0000000035	475100017142	FORMATO HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA	Ciento	0.00	0.00	20.00	
20/02/2026	0000000035	475100018349	FORMATO INDICACIONES MEDICAS	Millar	0.00	0.00	1.00	
20/02/2026	0000000035	475100019034	FORMATO INFORME DE ALTA BLOCK X 50 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	20.00	
20/02/2026	0000000035	475100019892	FORMATO EXAMEN CLINICO.	Ciento	0.00	0.00	3.00	
20/02/2026	0000000035	475100050146	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	Ciento	0.00	0.00	10.00	
20/02/2026	0000000035	475100050147	FORMATO DE EPICRISIS.	Ciento	0.00	0.00	5.00	
20/02/2026	0000000035	475100050766	FORMATO DE HISTORIA CLINICA	Ciento	0.00	0.00	3.00	
20/02/2026	0000000035	475100050826	FORMATO DE HOJAS GRAFICAS	Ciento	0.00	0.00	2.00	
20/02/2026	0000000035	475100050856	FORMATO ALTAS HOSPITALARIAS	Ciento	0.00	0.00	5.00	
20/02/2026	0000000035	475100053885	FORMATO MONITOREO DE CONTROLES VITALES	Unidad	0.00	0.00	200.00	

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público.
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 caso de bienes.
4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público, se suscribe:


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

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento


C.D. Cynthia Arce
DIRECTORA EJECUTIVA

Firma 2: Máxima autoridad administrativa de la Entidad del Sector Público, o a quien se hubiera delegado dicha facultad